



BMP.UKI : YA-24-KMB1-PK-IV-2019

PETUNJUK PRAKTIKUM KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I

Penyusun :

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

Ns. Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep

Ns. Erita, S.Kep., M.Kep

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
2019**

KATA PENGANTAR

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

Dalam buku ini akan membahas praktikum sistem pernafasan, kardiovaskular, pencernaan dan penginderaan. 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

BAB I.....	3
SISTEM PERNAPASAN.....	3
Menghitung Pernafasan.....	3
Tindakan Keperawatan Latihan Nafas Dalam	5
Memberikan Terapi Nebulizer	9
Pemberian dengan masker oksigen	16
Pemberian Terapi Oksigen Via NASAL KANUL.....	18
Pemberian Terapi Oksigen Face Mask	24
Pemberian Terapi Oksigen dengan Face Tent	28
PEMERIKSAAN SPUTUM.....	35
Fisioterapi Dada	41
Perkusi (Clapping)	47
Vibrasi.....	51
Drainase Postura.....	55
BAB II	63
SISTEM KARDIOVASKULER.....	63
MEMASANG INFUS	63
MELEPASKAN INFUS	74
MELAKUKAN PERAWATAN INFUS.....	78
Mengukur tekanan darah	88
Menghitung nadi	88
BAB III.....	89
SISTEM PENCERNAAN	89
MENIMBANG BERAT BADAN PASIEN.....	89
Menghitung Berat Badan	90
MENGUKUR TINGGI BADAN	93
MENGHITUNG INDEKS TUBUH (IMT).....	98

MEMASANG NGT.....	99
MEMBERI MAKAN PER-SONDE ATAU MELALUI NGT	105
MELEPAS NGT.....	109
BAB IV	113
SISTEM PENGINDERAAN.....	113
PEMERIKSAAN PENDENGARAN.....	113
Cara rine	115
Cara weber	116
Cara schwabach	117
PROSEDUR PEMBERIAN OBAT DALAM KEPERAWATAN	118
Konsep dan teknik cara pemberian obat secara topical(kulit, mata, telinga dan hidung)	121
Pemberian Obat Pada Kulit.....	121
Pemberian Obat Pada Mata.....	122
Pemberian Obat pada Telinga	123
Pemberian Obat Pada Hidung.....	124

BAB I

SISTEM PERNAPASAN

Menghitung Pernafasan

Pengertian

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

Tujuan

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

Persiapan

Persiapan Alat :

1. Arloji tangan dengan petunjuk detik
2. Buku catatan

Persiapan Pasien

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

Persiapan mahasiswa

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

Pelaksanaan

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

Nilai nafas normal

1. Bayi : 30-40 kali per menit

2. Anak : 20-50 kali per menit
3. Dewasa 16-24 kali per menit

Pola pernafasan

Tabel Pola pernafasan

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

Tindakan Keperawatan Latihan Nafas Dalam

Pengertian

Nafas dalam adalah bernapas (inhalasi dan ekshalasi) untuk mengambil oksigen maksimal.

Nafas dalam adalah suatu tindakan keperawatan dimana perawat akan mengajarkan / melatih klien agar mampu dan mau melakukan napas dalam secara efektif sehingga kapasitas vital dan ventilasi paru meningkat. Sedangkan yang disebut dengan



Tujuan

1. Meningkatkan kapasitas paru
2. Mencegah atelectasis
3. Mahasiswa mampu melakukan latihan nafas dalam dengan mandiri

Persiapan

Persiapan Alat :

1. Bantal

Persiapan Pasien

2. Pasien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang akan diberikan
3. 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. $\cong$ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 $\cong$ 11
7. Anjurkan kepada klien untuk melakukan latihan napas dalam ini paling sedikit 5 pernafasan empat kali sehari.
8. Rapikan klien.

Tahap terminasi

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

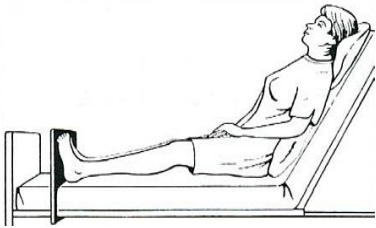
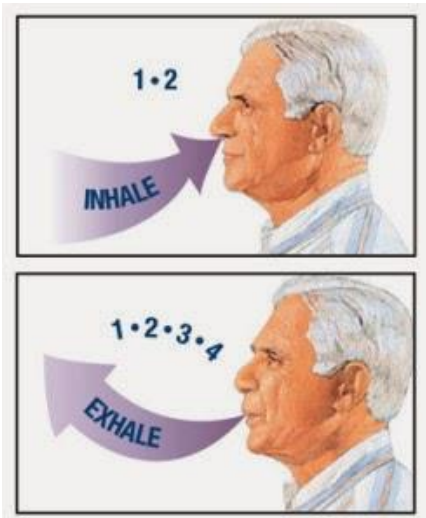
Indikasi

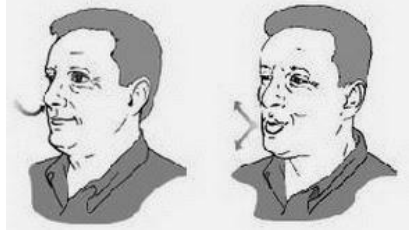
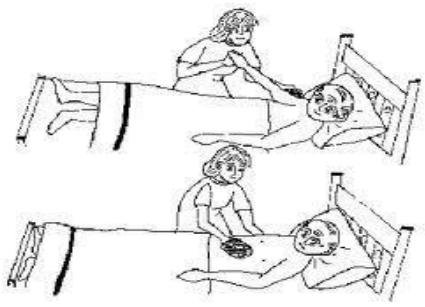
Indikasi klien dilakukan latihan napas dalam adalah :

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 :

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. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya			
C. Tahap Kerja 1. Mengatur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk. 2. Mengajukan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen. 3. Melatih pasien melakukan pernapasan perut (memerintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan) 4. Mengajukan 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, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan			

Memberikan Terapi Nebulizer

Pengertian

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



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 efektifitasnya akan berkurang secara signifikan
2. Pada klien dimana suara nafas tidak ada atau berkurang maka pemberian medikasi nebulizer menjadi kontraindikasi, kecuali jika medikasi nebulizer diberikan melalui endotracheal 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, katekolamin 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 : mual, muntah, tremor, bronkospasme (misalnya dikarenakan alergi terhadap obat inhalasi yang diberikan) dan takikardia
3. Gunakan tubing, nebulizer cup, mouthpiece/ mask 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, minta klien mengatur nafas dengan menarik nafas dalam melalui hidung dan tiup melalui mulut selama pemberian terapi.
7. Perhatikan perubahan yang terjadi, seperti kebiruan (sianosis), batuk berkepanjangan, gemetar (tremor), berdebar-debar, mual, muntah, dll.
8. Lakukan palpasi 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

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

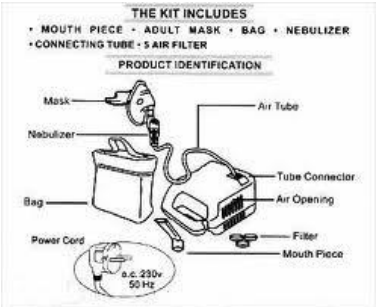
Nama : Ny. A(35 tahun)

Ruang Anggrek RS UKI

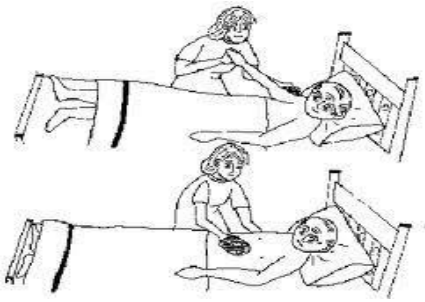
Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & nama
16 april 2018	12.00	2	Memberikan klien terapi nebulizer : Bisolvon 2,5 mg dan NaCl 20 tetes (1cc) Respon : obat dapat terhirup habis oleh klien. Klien merasa lebih nyaman karena secret dapat dikeluarkan. Sekret yang dikeluarkan kental, berwarna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

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM TERAPI NEBULIZER

Nama :

Aspek yang dinilai	Ya	Tidak	Gambar ilustrasi
A. Tahap Pra Interaksi - Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien - Mencuci tangan - Menyiapkan alat			 The image shows a diagram titled '6 LANGKAH HIGIENE CUCI TANGAN' (6 Steps of Hand Hygiene) with six numbered steps illustrating proper handwashing technique. Below the diagram is a photograph of a nebulizer machine with its tubing, a small bottle of medication, and several capsules.
B. Tahap Orientasi - Memberikan salam, panggil klien dengan namanya - Tanyakan apa yang dirasakan pasien - Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan			 A photograph showing a female nurse in blue scrubs smiling and talking to an elderly male patient lying in a hospital bed. An IV drip is visible in the background.
C. Tahap Kerja - Cuci tangan - Gunakan handscone - Atur posisi klien - Hubungkan kabel power Nebulizer ke terminal listrik, pastikan bahwa mesin Nebulizer menyala - Masukkan obat sesuai dosis yang dibutuhkan kedalam face mask Nebulizer lalu tutup			 The image shows a person washing their hands at a sink and a pair of white sterile gloves. The text 'Sarung Tangan Steril' (Sterile Gloves) is written next to the gloves.  A diagram titled 'THE KIT INCLUDES' and 'PRODUCT IDENTIFICATION' showing the components of a nebulizer kit: Mouth Piece, Adult Mask, Bag, Nebulizer, Connecting Tube, Air Filter, Air Tube, Tube Connector, Air Opening, Filter, and Power Cord. A note indicates 'a.c. 230v 50 Hz'.

kembali dengan cara diputar 6. Monitor uap atau obat (dengan cara hidupakan 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 selesa, 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. Merapikan klien dan membiarkan klien beristirahat		   
---	--	--

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, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan			
--	--	--	--

Pemberian dengan 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.

Indikasi :

Klien dengan kadar tekanan CO₂ yang rendah.

- c. Non rebreathing mask mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen sampai 80- 100% dengan kecepatan aliran 10-12 liter/menit. Pada prinsipnya, udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi karena mempunyai 2 katup, 1 katup terbuka pada saat inspirasi dan tertutup saat pada saat ekspirasi, dan 1 katup yang fungsinya mencegah udara kamar masuk pada saat inspirasi dan akan membuka pada saat ekspirasi.

Indikasi :

Klien dengan kadar tekanan CO₂ yang tinggi.

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
 - c. Percaya diri

Pelaksanaan

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

Pemberian Terapi Oksigen Via NASAL KANUL

Pengertian

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

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

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

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

Tujuan

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

Persiapan

Persiapan Alat

1. Tabung Oksigen dengan/flow meter
2. Humidifier menggunakan cairan steril, airdistilasi 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 manometer dan humidifier)

4. Putar kenop oksigen hingga diperoleh kecepatan oksigen yang sesuai dengan intruksi dan pastikan peralatan berfungsi dengan baik.

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



(Pasien dengan nasal kanula)

Identifikasi hasil dan perencanaan

Hasil yang diharapkan :

- 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

Umum

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 intruksi dokter atau tindak selanjutnya. Gunakan masker wajah daripada kanula nasal untuk memberikan kontrol konsentrasi oksigen inspirasi yang lebih baik. Jika diperlukan konsentrasi oksigen yang tinggi, penggunaan kanula nasal mungkin tidak tepat untuk pemberian oksigen dalam situasi darurat. Jika klien tidak memiliki riwayat penyakit paru menahun atau penyalahgunaan tembakau yang kronis, **JANGAN MEMBERIKAN OKSIGEN NASAL LEBIH DARI 2 SAMPAI 3 L (30% MASKER WAJAH) TANPA PROGRAM DARI DOKTER.**

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MEMBERIKAN OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Persiapan Alat : 1. Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen 2. Flow meter (pengukur aliran) 3. Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) 4. Selang oksigen 5. Nasal kanule 6. 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 ujung selang 4. Masukkan cabang kanule ke dalam lubang hidung klien ±1-2 cm dan kaitkan tali di belakang telinga klien, lalu rapatkan pengatur selang oksigen dibawah dagu klien. 5. Minta klien untuk setiap menarik napas melalui hidung 6. Menanyakan kepada klien apakah sesaknya berkurang atau tidak 7. Mengobservasi status pernapasan klien 8. Memberitahu klien bahwa tindakan sudah selesai 9. Rapiakan 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 :

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

Kriteria Penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. Kurang / TL : ≤80

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

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

Pemberian Terapi Oksigen Face Mask

Pengertian

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

Bentuk dari face mask bermacam-macam



Perbedaan antara rebreathing mask dan non-rebreathing mask terletak pada adanya valve yang mencegah udara ekspirasi terhisap kembali

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 distilasi, 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 instruksi 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:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Persiapan Alat : 1. Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen 2. Flow meter (pengukur aliran) 3. Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) 4. Selang oksigen 5. Face Mask 6. 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. Rapiakan 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 :

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

Kriteria Penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. Kurang / TL : ≤80

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

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

Pemberian Terapi Oksigen dengan Face Tent

Pengertian

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



(Pasien dengan face tent)



(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 intruksi dan pastikan peralatan berfungsi dengan baik.

- a. Pastikan oksigen mengalir dengan bebas melalui slang dan anda dapat merasakan oksigen keluar dari kanula nasal. Tidak terdengar bunyi pada slang, sambungan tidak bocor, dan terdapat gelembung udara pada humidifier saat oksigen mengalir melewati air.
- b. Atur kecepatan aliran oksigen sesuai dengan terapi yang direkomendasikan.
5. Pasang tent pada wajah pasien dan ikatkan melingkar kepada kepala
6. Lakukan evaluasi umum pada pasien dalam 15-30 menit pertama, bergantung pada kondisi pasien. Selanjutnya, lakukan evaluasi umum secara teratur yang meliputi pengkajian tingkat kecemasan; kemudahan bernapas ketika alat dipasang; TTV; pola napas; pergerakan dada; warna kulit; kuku; kulit; telinga; membrane mukosa hidung; mulut; dan faring; tanda hipoksia; tanda hiperkarbia; bunyi napas bilateral; AGD; toleransi aktivitas; adanya takikardia; dispnea; konfusi; kelelahan; dan sianosis.
7. Amati kulit wajah dengan sering dengan sering untuk mengetahui jika terdapat goresan atau kelembapan. Jika perlu, keringkan di area lembab dan tangani goresan.
8. Inspeksi peralatan secara teratur. Periksa volume kecepatan aliran oksigen dan ketinggian cairan steril pada humidifier dalam 30 menit dan ketika memberi perawatan pada pasien. Pertahankan ketinggian air di dalam humidifier dan pastikan petunjuk keamanan dipatuhi.
9. Dokumentasikan hasil pengkajian, terapi yang diberikan, dan data yang relevan dalam dokumentasi keperawatan.

Tujuan Umum Pemberian Terapi Oksigen

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

Tabel Tujuan Khusus tiap jenis oksigen

Jenis	Tujuan Khusus
Nasal Kanul	1. Memberikan terapi oksigen dengan konsentrasi rendah 2. Memberikan terapi oksigen tanpa harus ada interupsi aktivitas lain, seperti makan dan minum 3. Memberikan terapi oksigen dengan konsentrasi dan atau tingkat kelembapan yang lebih tinggi dari nasal kanul
Face Mask	1. Menyediakan terapi oksigen dengan tingkat kelembapan yang tinggi 2. Menyediakan oksigen pada klien yang tidak bisa toleransi terhadap face mask
Face Tent	1. Menyediakan terapi oksigen dengan konsentrasi yang tinggi

Indikasi

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 non repleating dapat menimbulkan tanda dan gejala keracunan oksigen. Hal ini dikarenakan jenis masker partial repleating dan non repleating dapat mengalirkan oksigen dengan konsentrasi yang tinggi yaitu sekitar 90% - 95%
2. Face mask tidak bisa dianjurkan pada pasien yang mengalami muntah-muntah
3. Jika pasien terdapat obstruksi nasal maka hindari pemakaian nasal kanal

Hal-hal Yang Harus Diperhatikan

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



(Gambar humidifier)



(Gambar Flowmeter)

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

Pengkajian

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

Masalah Keperawatan

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

Rencana Tindakan Keperawatan

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

Implementasi tindakan keperawatan

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

Evaluasi Formatif

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

Contoh Dokumentasi Implementasi tindakan Keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS UKI

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & nama
16 april 2009	12.00	1	Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter / menit Respon : klien mengatakan sesak berkurang setelah diberikan oksigen, merasa lebih nyaman, tekanan darah 120/80 mmHg, RR 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	
Persiapan Alat : 1. Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen 2. Flow meter (pengukur aliran) 3. Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) 4. Selang oksigen 5. Face Mask 6. 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. Rapiakan 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 setelah perubahan konsentrasi							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria Penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. 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 :

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:

Berujuan untuk mendapatkan specimen untuk analisis dengan resiko kontaminasi yang minimal

Indikasi:

1. Bronkitis
2. Bronkopneumonia
3. Pneumonia
4. Bronkiektasis
5. Abses paru
6. Fibrosis kistik

Kontradiksi:

1. Anak dalam serangan asma akut
2. Terdapat tanda distress nafas
3. Terdapat wheezing
4. Tanda vital abnormal
5. Epistaksis
6. Pneumotoraks
7. Fraktur iga atau trauma toraks
8. Baru menjalani prosedur dalam mata

Pengkajian:

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

Persiapan alat:

1. Kacamata pelindung
2. Gown masker
3. Alat pengambil spuun steril
4. Alat penghisap sputum
5. Kantung specimen dan label
6. Sarung tangan steril dan nonsteril

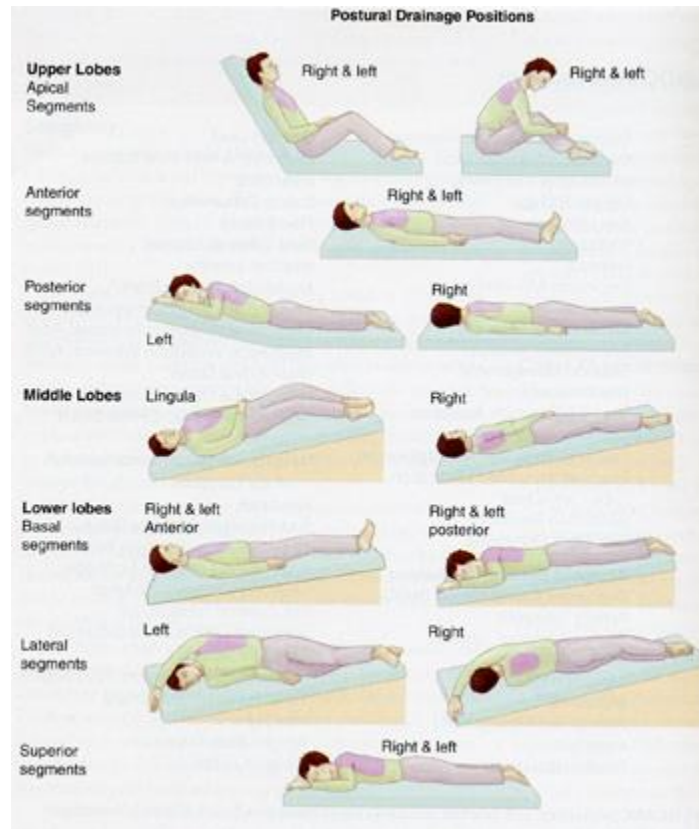
Langkah – langkah pemeriksaan sputum

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 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.

Hal yang perlu diperhatikan

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

Gambar tindakan



FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MENGUKUR SPUTUM

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	TGL :		TGL :		TGL :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Persiapan Alat: 1. Kacamata pelindung 2. Gown masker 3. Alat pengambil spuun steril 4. Alat penghisap sputum 5. Kantung specimen dan label 6. Sarung tangan steril 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 1. Teliti, sopan, dan sabar.							

Keterangan :

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

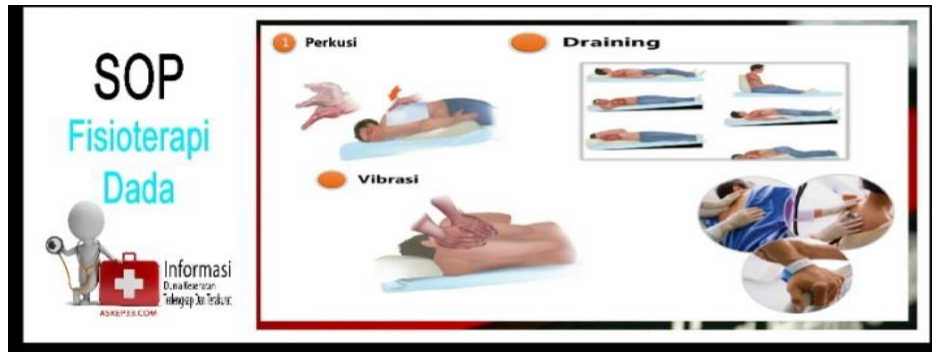
Kriteria Penilaian

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. 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 :

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 tehnik 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	
Persiapan alat : 1. Celemek/perlak 2. Bengkok 3. Lysol 4. Masker 5. Handscoen 6. Handuk/tissue 7. 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 dengan baju 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 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							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria penilaian :

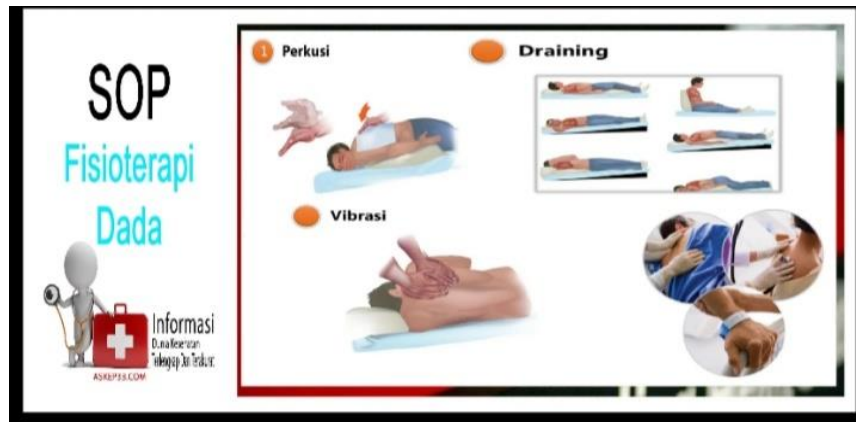
1. Baik sekali : 100

2. Baik : 81 – 99
3. 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 :

Perkusi (Clapping)



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

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

Persiapan klien

3. Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (*head down*) dan atur agar pasien merasa nyaman.
4. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan
5. 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	
Persiapan alat : 1. Handuk jika perlu 2. Peniti jika perlu							

Persiapan lingkungan : 1. Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien 2. Ciptakan lingkungan yang tenang 3. Periksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien.							
Persiapan perawat dan klien : 1. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan 2. Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak 3. Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (<i>head down</i>) dan atur agar pasien merasa nyaman.							
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							

Keterangan :

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

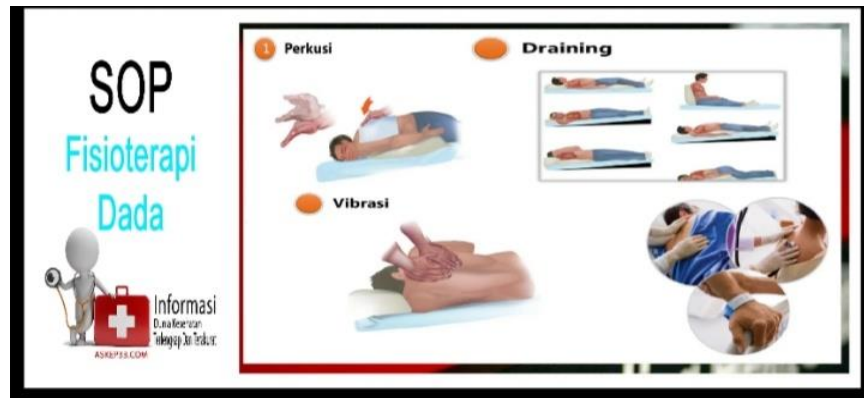
Kriteria penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81 – 99
3. 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 :

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

Vibrasi dilakukan setelah prosedur perkusi 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

Persiapan alat

Tidak ada

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	
Persiapan alat: Tidak ada							
Persiapan lingkungan : 1. Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien 2. Ciptakan lingkungan yang tenang 3. Periksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien.							
Persiapan perawat dan klien: 1. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan							

2. Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak 3. Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (<i>head down</i>) dan atur agar pasien merasa nyaman.							
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 <i>pursed lip breathing</i>.							
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							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

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

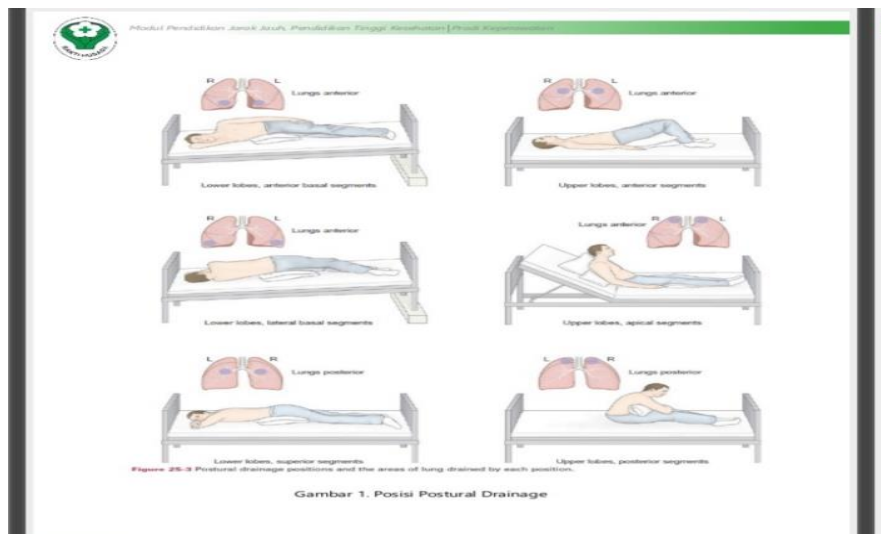
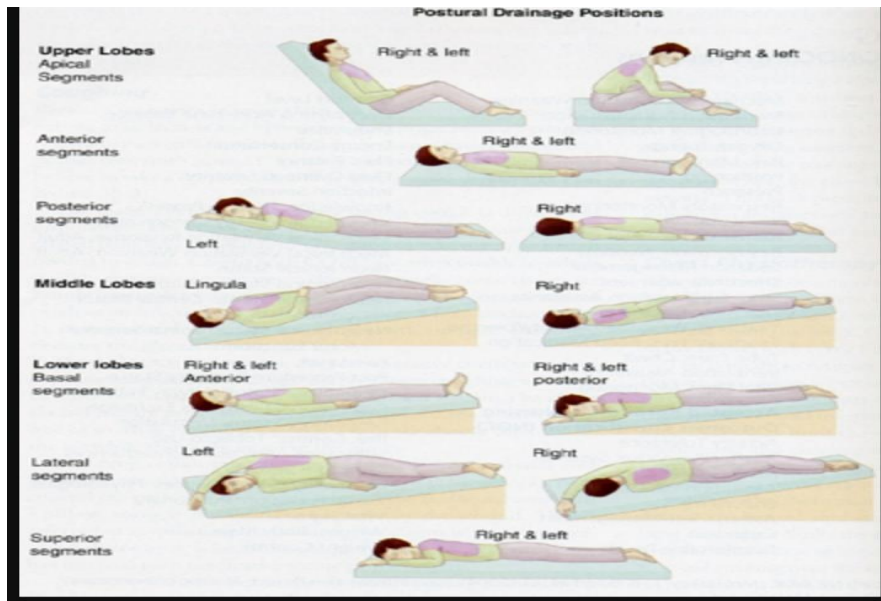
Kriteria penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81 – 99
3. 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 :

Drainase Postura



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

1. Pasien yang memakai ventilasi, pasien yang melakukan tirah baring yang lama, pasien yang produksi sputum meningkat seperti pada fibrosis kistik, bronkiektasis.
2. Pasien dengan atelektasis yang disebabkan oleh sekret, pasien dengan abses paru, dan pasien dengan pneumonia.
3. Ketidakmampuan pasien untuk berganti posisi
4. Produksi sputum lebih dari 25-30 ml/hari
5. Sistik fibrosis
6. Potensial atau Aktual Atelekaksis
7. Adanya *plug* pada mukosa

Kontraindikasi

1. Tension pneumotoraks, hemoptisis, gangguan sistem kardiovaskuler seperti hipotensi, hipertensi, infark miokard, akutrd infark dan aritmia.
2. Peningkatan TIK
3. Ketidakstabilan hemodinamik
4. Empysema
5. Cedera tulang belakang/leher
6. Fraktur costase
7. Efusi pleura

Pengkajian

1. Mengkaji mengenai pola nafas dan kualitas dan sekresi klien
2. 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 veruki 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	
Persiapan alat : 1. Bantal 2 atau 3 buah 2. Papan pengatur posisi 3. Kertas tisu 4. Segelas air minum 5. Wadah sputum							
Persiapan lingkungan : 1. Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien 2. Ciptakan lingkungan yang tenang 3. Periksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien.							
Persiapaan perawat dan klien : 1. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan 2. Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak 3. Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (<i>head down</i>) dan atur agar pasien merasa nyaman.							

Langkah-langkah : 1. Cuci tangan. <i>Mencegah transmisi mikroorganisme</i> 2. 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> 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. <i>Posisi khusus dipilih untuk drainase area yang mengalami penyumbatan</i> 4. Minta klien mempertahankan posisi tersebut selama 10-45 menit. <i>Pada klien dewasa, drainase setiap memerlukan</i>							
--	--	--	--	--	--	--	--

waktu lebih lama. Pada anak-anak, prosedur ini membutuhkan waktu sekitar 3-5 menit							
5. Selama klien berada dalam posisi drainase postural, lakukan verkusi dan vibrasi dada di atas area yang mengalami penumpukan sekresi. <i>Memberi dorongan mekanik yang bertujuan memobilisasi sekresi pada jalan napas</i> 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. <i>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</i> 7. Minta klien untuk istirahat sebentar jika perlu. <i>Periode istirahat di antara</i>							

<i>drainase postural dapat mencegah kelelahan dan membantu klien menoleransi terapi dengan baik.</i> 8. Minta klien untuk minum. <i>Menjaga mulut tetap basah sehingga memudahkan pengenceran sekresi.</i>							
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. <i>Drainase postural dilakukan hanya untuk drainase area yang mengalami penumpukan sekresi berdasarkan pengkajian individual</i> 10. Ulangi pengkajian dada di seluruh bidang paru. <i>Memungkinkan Anda mengkaji kebutuhan drainase postural selanjutnya atau mengganti program drainase postural</i> 11. Cuci tangan. <i>Mencegah transmisi mikroorganisme</i> 12. Dokumentasikan tindakan pada catatan perawatan							
Sikap : 1. Melakukan tindakan							

dengan sistematis							
2. Komunikatif dengan klien							
3. Percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81 – 99
3. 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 2

SISTEM KARDIOVASKULER

MEMASANG INFUS

Definisi

Proses memasukkan 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

Pemasangan infuse diindikasikan pada klien dengan;

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:
 - a. Hindari penusukan pada kulit yang terdapat luka, kuli yang terinfeksi atau bagian yang mengalami penurunan sensasi (misalnya hemiparesis setelah stroke). Terkadang perawat perlu untuk menentukan palpasi untuk menentukan lokasi penusukan.
 - b. Hindarkan penusukan pada pergelangan tangan dan lengan atas.
 - c. Pilih terlebih dahulu bagian distal.
 - d. Hindarkan menusuk di bagian tangan dominan.
 - e. Bila klien pernah dilakukan mastektomi, maka hindarkan penusukan di sisi ekstermitas yang dilakukan mastektomi.



4. Ukuran abocath untuk anak-anak adalah 22-24 sedangkan pada klien dewasa adalah 24-26 agar mengurangi trauma penusukan dan aliran infuse cukup sesuai kebutuhan.
5. Gunakan sudut 5-15 derajat pada saat penusukan untuk klien manula karena letak vena lebih supervisial.
6. Lakukan pengawasan terhadap pemberian terapi cairan infuse setelah pemasangan infuse.
7. Perawat harus mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan aliran infus, seperti posisi lengan, posisi dan kepatenan abocath, ketinggian botol infuse, dan ukuran abocath.
8. Instruksikan klien untuk memberitahu perawat jika terdapat tanda dan gejala inflamasi dan flebitis, seperti kemerahan, bengkak dan nyeri pada lokasi penusukan infus. Minta klien juga untuk memberitahukan jika terdapat darah di selang infus atau aliran infus menjadi terlalu lambat atau terlalu cepat dari biasanya.
9. Ajarkan klien untuk untuk meninggikan botol infus jika klien berpindah tempat, misalnya ke toilet. Minta klien agar tidak membuat lokasi penusukan infus menjadi basah terkena air.

10. Minta klien juga untuk memakai pakaian yang mudah untuk dipakai dan dilepaskan, seperti kemeja.
11. Penempatan kanula pada vena proksimal (kubiti atau lengan bawah) sangat dianjurkan untuk larutan infus dengan osmolaritas > 500 mOsm/L. Hindarkan vena pada punggung tangan jika mungkin, pertama pada pasien usia lanjut.
12. Jangan gunakan vena bagian punggung tangan bila anda memberikan : Asam Amino + glukosa; Glukosa + elektrolit; D5 atau NS yang telah dicampur dengan obat suntik atau Meylon dan lain-lain.
13. Pemasangan infus dapat menyebabkan beberapa komplikasi ,seperti:
 - a. Hematoma, yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri vena, atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukan jarum, atau “tusukan” berulang pada pembuluh darah.
 - b. Infiltrasi, yakni masukan cairan infus kedalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah), terjadi akibat ujung jarum infus melewati pembuluh darah.
 - c. Tromboflebitis, atau bengkak (inflamasi) pada pembuluh vena, terjadi akibat infus yang dipasang tidak dipantau secara ketat dan benar.
 - d. Emboli udara, yakni masuknya udara ke dalam sirkulasi darah, terjadi masuknya udara yang di dalam cairan infuse ke dalam pembuluh darah.
 - e. 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 0,45% dan Dekstrosa 2,5%

Cairan isotonic	Osmolaritsnya (tingkat kepekatan) cairannya mendekati serum (bagian cair komponen darah), sehingga terus berada di dalam pembuluh darah. Bermanfaat pada pasien yang mengalami hipovolemi (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 eletrolit dari jaringan dan sel ke dalam pembuluh darah. Mampu menstabilkan tekanan darah, meningkatkan produksi urin, dan mengurangi edema (bengkak). Penggunaannya kontradiktif dengan cairan hipotonik. Misalnya Dextrose 5%, NaCl 45% hipertonik, Dextrose 5%+ Ringer – Laktat,Dextrose 5% + NaCl 0,9, produk darah darah,dalam albumin.

Tabel Pembagian Jenis Cairan Berdasarkan Kelompoknya

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

Pengkajian

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

Masalah keperawatan yang terkait

1. Kekurangan volume cairan dan elektrolit : kurang dari kebutuhan.
2. 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 keperawatan

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	
Persiapan alat : 1. Sarung tangan bersih. 2. Kapas alcohol. 3. Tourniquet. 4. Pengalas. 5. Kassa steril. 6. Plester. 7. Abocath. 8. Infus set. 9. Betadin. 10. Botol infus(kolf). 11. 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 ke arah 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 keteter 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 kelm dalam posisi “on “sehingga cairan infus dapat mengalir melalui selang infus kearah 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:

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

Kriteria penilaian

1. Baik sekali : 100
2. baik :81 – 99
3. kurang / TL : ≤ 80

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

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

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

Efektif dilakukan pada klien yang:

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

Kontraindikasi

Tidak ada

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

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

Keterangan :

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

Kriteria penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81 – 99
3. 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 :

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

Kontraindikasi

Tidakada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

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

Tabel Skala Flebitis

SKALA	TANDA DAN GEJALA	SOLUSI
0	Tidak ada gejala flebitis	observasi
1	Nyeri dan kemerahan ringan di area penusukkan	observasi
2 (early stage)	Nyeri, bengkak dan terdapat eriterna di area penusukkan	Ganti abocath
3 (medium stage)	Nyeri sepanjang kanul abocath, terdapat eritema	Ganti abocath, pertimbangan untuk pemberian terapi
4 (advanced stages)	Nyeri sepanjang kanul abocath, terdapat eritema, tonjolan pembuluh vena yang abnormal	Gant iabocath, pertimbangkan untuk pemberian terapi
5 (advanced stages)	Nyeri sepanjang kanul abocath, terdapat eritema,	Ganti abocath, mulai pengobatan untuk mengurangi gejala

tromboflebitis)	tonjolan pembuluh vena yang abnormal, panas yang tinggi	
-----------------	---	--

Catatan

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

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

Pengkajian

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

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	
Persiapan alat : 1. Kassa steril berukuran 2×2 cm atau 4×4 cm. 2. Transparant dressing. 3. Cairan desinfektan. 4. Kapas alkohol. 5. Plester. 6. Sarung tangan bersih. 7. Label kecil untuk penanggalan.							
Persiapan lingkungan 1. Jaga privasi klien							
Persiapaan 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. Bersihkakan dengan cairan desinfektan area penusukan dengan gerakan sirkular dari arah dalam ke arah 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 dan perlengkapan. 10. Lepaskan sarung tangan. 11. Cuci tangan 12. Dokumentasi							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81 – 99
3. 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 :

MENGANTI CAIRAN INFUS

Definisi

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

Tujuan

Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.

Indikasi

Efektif pada klien yang masih membutuhkan terapi intravena.

Kontraindikasi

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

Hal-hal yang di perhatikan:

1. Ganti cairan infuse jika sudah mencapai leher botol infuse untuk mencegah udara masuk kedalam selang infus (bahkan vena) sehingga terjadi bekuan darah.
2. Hati – hati pada saat mengganti cairan infus, jangan menyentuh area steril. Cairan infus yang terkontaminasi akan meningkatkan resiko infeksi.
3. Jika klien mengalami penyakit yang sangat kritis, perawat harus melihat catatan kolaborasi dokter minimal tiap 2 jam.
4. Untuk pergantian infus yang akan datang, maka jenis cairan yang di butuhkan harus sudah tersedia 1 jam sebelum di butuhkan. Jika disediakan oleh ahli farmasi, yakinkan cairan tersebut sudah ada di ruangan. Cek kembali nama dan jenis cairan infus yang di butuhkan.
5. Perhatikan pencatatan intake dan output jangan sampai terjadi dehidrasi ataupun overload / kelebihan cairan. Salah satu yang dapat di jadikan indikator adalah bertambah atau berkurangnya BB.

Tabel 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.

Implementasi tindakan keperawatan

Mengganti cairan infuse.

Evaluasi formatif

1. Evaluasi tanda dan gejala overhidrasi atau dehidrasi untuk menilai respon klien terhadap terapi cairan.
2. Evaluasi kembali jenis cairan infus.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MENGGANTI CAIRAN INFUS.

Nama mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Persiapan alat: 1. Cairan infus yang di pesankan dokter 2. 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 1/3 sd ½ 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 :

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

Kriteria penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81 – 99
3. 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 :

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:

1. Tensimeter (spigmanometer air raksa/aneroid lengkap).
2. Manset sesuai dengan ukuran.
3. Stetoskop.
4. Buku catatan.

Prosedur pelaksanaan:

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan/beritahu prosedur yang akan dilakukan;
3. Atur posisi dengan berbaring atau duduk dengan lengan tersokong setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas;
4. Palpasikan arteri brakhialis dan pasang manset pada daerah pengukuran tekanan darah, yaitu setinggi 2,5 cm di atas denyut arteri brakhialis;
5. Pasang stetoskop dengan meletakkan diafragma dari stetoskop di atas arteri brakhialis;
6. Kembangkan /pompa manset dengan kecepatan rata-rata 20 mm/Hg hingga di atas titik nadi menghilang;
7. Lepaskan tekanan manset dengan kecepatan kira-kira 2-3 mmHg/detik.
8. Baca hasil dengan denyutan pertama atau korotkoff 1 menunjukkan tekanan sistolik dan korotkoff IV/V menunjukkan tekanan diastolic;
9. Catat hasil
10. Cuci tangan.

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:

1. Jam atau *stopwatch*.
2. Alat tulis.
3. Buku catatan nadi.

Prosedur pelaksanaan:

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

BAB III

SISTEM PENCERNAAN

MENIMBANG BERAT BADAN PASIEN

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 kuncilah 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	
Persiapan Alat : 1. Timbangan 2. 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 :

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

Kriteria Penilaian

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. Kurang/TL : < 80

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

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

MENGIKUT 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.



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	
Persiapan Alat: 1. Alat pengukur Tinggi badan dan penggaris segitiga siku-siku. 2. Kertas serta 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. 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. <i>Pada pasien yang tidak dapat berdiri</i> 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 :

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

Kriteria Penilaian

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. Kurang/TL : < 80

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

16

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

MENGHITUNG INDEKS TUBUH (IMT)

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

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

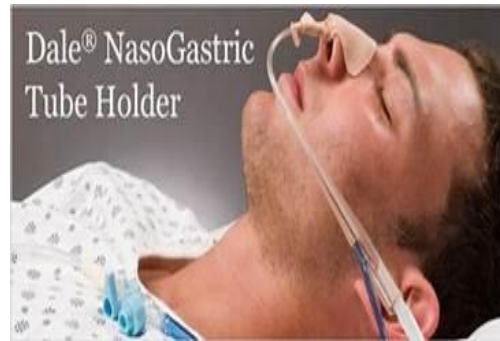
Kategori IMT :

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.

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.



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 operasi pneumonectomy untuk mencegah muntah dan kemungkinan aspirasi isi lambung sewaktu recovery (pemulihan dari anestesi umum)
4. 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 diagnosis atau analisa isi lambung.

Kontraindikasi

Pemasukan NGT dikontraindikasikan pada klien dengan kondisi ekstrim, seperti :

1. Perhatikan ukuran selang NGT berdasarkan usia klien. Untuk klien dewasa maka selang NGT yang dapat dipakai adalah ukuran 14-18 Fr, sedangkan untuk klien bayi dan anak-anak dengan ukuran 10-14 Fr (Manarboe Community Collage, 2009)
2. Klien dengan trauma kepala, injury tulang maksilaris, atau fraktur tengkorak bagian anterior. Memasukkan NGT begitu saja (*blind action*) melalui hidung berpotensi

masuknya selang NGT melewati *criboform plate*, karena akan menimbulkan penetrasikan intrakranial dan menimbulkan peningkatan TIK.

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

Masalah yang umumnya terjadi	Solusi
Tersedia selama NGT dimasukkan	- Tarik kembali NGT lalu ulangi tindakan - Minta klien unutk 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	- Peradarahan 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	- 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

memasukkan NGT	
Iritasi kulit disekitar area hidung atau lubang hidung	- Jaga area di areahidung tetap kering dan bersih -Ganti plester dengan plester hipoalergik. Jika memungkinan, ganti area pelekatan plester - Pasang NGT dilubang hidung yang lain

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.

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

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)
Sesama

Ruang Anggrek RS Peduli

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:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Persiapan Alat : 1. Selang NGT 2. Sduit NGT 60 cc. 3. Plester hipoalergik. Potong ± 10 cm. 4. Strip indicator PH 5. 1 gelas air dan sedotannya 6. Stetoskop 7. Handuk kecil 8. Bengkok / basin							

9. Tissue 10. Sarung tangan bersih 11. Penlight 12. Spatel 13. 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 dank lien. 17. Lepaskan sarung tangan. 18. Cuci tangan. 19. Dokumentasi.							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria Penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. Kurang/TL : ≤ 80

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

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

MEMBERI MAKAN PER-SONDE ATAU MELALUI NGT

Persiapan Alat

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

Tujuan

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

Indikasi

Pasien dewasa :

1. Pasien dengan abdomen
2. Pasien dengan perdarahan pada saluran pencernaan atas
3. Pasien dengan keadaan koma

Pasien Bayi/balita :

1. Bayi yang tidak dapat makan
2. Bayi dengan kanker

3. Bayi dengan sepsis
4. Bayi dengan trauma

Kontraindikasi

1. Kondisi-kondisi yang mengakibatkan perubahan fungsi saluran cerna (obstruksi).
2. Menyeluruh pada saluran cerna bagian distal, pendarahan saluran cerna hebat, *vistula enterokutan high-output intractable diarrhea*, kelainan congenital pada saluran cerna
3. Gangguan perkusi saluran cerna (instabilitas kemonamik, syok spetik)
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 udara 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. Rapiakan 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	
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.							
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. 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 klem 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 :

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

Kriteria Penilaian

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. Kurang/TL : < 80

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

13

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

MELEPAS NGT

Definisi

Proses mengambil dan melepaskan NGT dari saluran pencernaan,

Tujuan

1. Membuat klien lebih nyaman karena tidak perlu lagi menggunakan NGT atau digantikandengan 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 unutm 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.

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:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Persiapan Alat : 1. Sarung tangan bersih 2. Pengalas dada 3. Tissue 4. Plastik sampah 5. Sduit besar isi 20-50 cc (jika perlukan).							
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.							
Langkah – Langkah : 1. Cuci tangan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Pasang pengalas dada 4. Masukkan udara ± 50 cc ke dalam sduit lalu masukkan ke dalam lambung klien untuk membersihkan selang dari isi lambung. 5. Lepaskan plester di hidung klien 6. Minta klien untuk tarik nafas dalam agar glostis tertutup sehingga mencegah							

aspirasi isi lambung 7. Tarik selang dengan perlahan 8. Bersihkan hidung atau mulut klien dengan tissue 9. Buang selang di plastik 10. Rapihkan alat dank lien 11. Lepaskan sarung tangan 12. Cuci tangan 13. Dokumentasi							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria Penilaian :

1. Baik sekali : 100
2. Baik : 81-99
3. 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 :

\

BAB IV
SISTEM PENGINDERAAN
PEMERIKSAAN PENDENGARAN

- **Pengertian:**

Pendengaran merupakan salah satu perlengkapan sensori khusus, yang tergolong dalam reseptor mekanik(*mechanoreceptive sense*) dimana reseptornya mampu merespon getaran mekanik dari gelombang suara di udara.

Yang dikembangkan dalam bentuk organ auditif sehingga informasi dalam bentuk gelombang suara dapat disalurkan ke system saraf pusat, diolah bersama dengan informasi lainnya , dirangkum untuk diberi arti,sehingga dapat ditetapkan tindakan atau langkah-langkah lebih lanjut dari individu dalam merespon informasi yang tiba.

- **Tujuan praktikum :**

Menentukan ketajaman pendengaran,hantaran udara dan hantaran tulang pada proses pendengaran serta dapat membedakan tuli.

- **Bahan dan alat :**

1. Garpu tala dengan frekuensi 100,256,dan 512 Hz.
2. Arloji tangan berdetak(bisa menggunakan *stop watch*)
3. Op dan ruang kedap suara.

- **Cara kerja :**

A. Pemeriksaan ketajaman pendengaran

1. Pemeriksaan sebaiknya dilakukan di ruang sunyi/ruang kedap suara
2. Telinga kiri op ditutup dengan kapas
3. Tempatkan arloji ditelinga kanan op untuk mendengarkan detiknya, setelah op mendengar bunyi detiknya. Jauhkan arloji dari telinga secara perlahan-lahan sampai tidak terdengar lagi suara detiknya (beri kode jari saat masih mendengar dan sudah tidak mendengar bunyi detik,jangan ada yang bersuara) ukurlah jaraknya

4. Percobaan di ulangi, tetapi arloji ditempatkan pada tempat yang jauh kemudian di dekatkan ketelinga sampai dapat didengar suara detiknya. Ukurlah jaraknya
5. Ulangi percobaan untuk pemeriksaan telinga kiri
6. Bandingkan hasil seluruh percobaan dan beri kesimpulan.

B. Pemeriksaan ketulian pendengaran

1) Cara Rinne

Getarkan garpu tala frekuensi 256 Hz, dengan cara memukulkannya pada tepi telapak tangan (tidak boleh ke meja/benda keras lainnya) atau bisa juga dengan cara menjentikannya (pegang garpu tala pada pangkalnya)

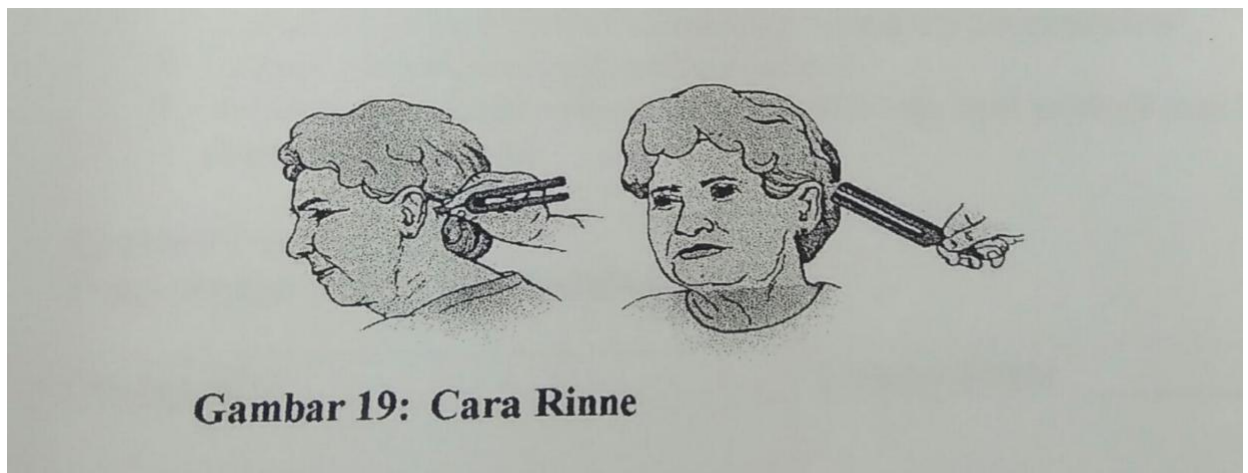
Tekankanlah pangkal gagang garpu tala yang sedang bergetar itu pada *prosesus mastoideus* telinga kanan op secara tegak lurus.

Suruh op memberikan tanda dengan jari tangannya, (tanpa bersuara), bila ia dapat mendengar suara dengungan garpu tala dan segera memberi tanda bila ia tidak dapat mendengar lagi suara dengungan tersebut.

Segera angkat garpu tala dari *prosesus mastoideus*, kemudian tempatkan ujung garpu tala sedekat-dekatnya ke liang telinga op. (jangan sentuh pada daun telinga). Tanyakan apakah dengungan garpu tala dapat didengar kembali?

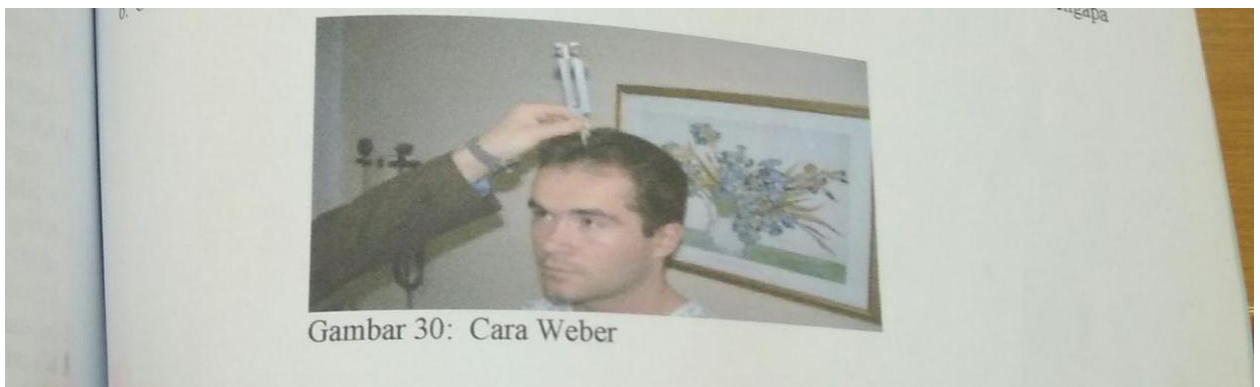
Bila op :

- Dapat mendengar kembali : maka hasil (+)
 - Tidak mendengar kembali : maka hasil (-)
6. Hitung waktu saat op, mendengar kembali suara garpu tala saat ditempatkan di depan liang telinga sampai suara tersebut tidak terdengar sama sekali (biasanya dengan dengungan masih terdengar kembali selama 45 detik)
 7. Ulangi pemeriksaan untuk telinga kiri
 8. Bila ada kelainan kulit pada *prosesus mastoideus*, penempatan penala boleh dipindahkan ditengah-tengah batas rambut dahi.
 9. Berilah penilaian secukupnya dari hasil percobaan.



2) Cara weber

1. Getarkanlah garpu tala frekuensi 512 hz, seperti menggetarkan pada cara rinne.
2. Tekankan pangkal gagang garpu tala pada vertek/garis median tulang tengkorak
3. Tanyakan pada op, apakah dia mendengar dengungan “sama keras” atau “tidak sama keras” pada kedua telinga
4. Bila terdengar sama keras : hasilnya “tidak ada laterilisasi”, bila terdengar tidak sama keras hasilnya “
5. Ulangi percobaan dengan menutup salah satu telinga op dengan kapas, apa hasilnya? Mengapa demikian”
6. Ulangi percobaan untuk telinga lainnya.



3) Cara schwabach

1. Getarkan garpu tala 100hz
2. Tekankan pangkal gagang garpu tala pada prosesus mastoideus op, suruh op memberi tanda bila dengungan tidak terdengar lagi.
3. Segera pindahkan gagang garpu tala ke prosesus mastoideus pemeriksa(telinga pemeriksa harus normal)
4. Bila pemeriksa masih bisa mendengar dengungan , maka hasil tes schwabach”memendek”
5. Ulangi percobaan akan tetapi sekarang garpu tala ditempatkan lebih dahulu ke prosesus mastoideus pemeriksa. Bila dengungan tidak terdengar lagi,segera pindahkan ke prosesus mastoideus op. suruhlah op memberi tanda jika dia masih dapat mendengar dengungan
6. Bila op masih dapat mendengarkan dengungan,maka hasilnya schwabach “memanjang”
7. Bila kedua hasil percobaan hampir sama antara op dengan pemeriksa(atau sama) maka hasilnya tes schwabach “ sama dengan pemeriksa”
8. Ulangi pemeriksaan pada telinga lainnya.

PROSEDUR PEMBERIAN OBAT DALAM KEPERAWATAN

A. Pentingnya obat dalam keperawatan

Obat merupakan Semua zat kimiawi, hewani, nabati, yang dalam ***dosis layak*** dapat menyembuhkan, meringankan, dan mencegah penyakit/ gejalanya, yang diberikan kepada pasien dengan maksud tertentu sesuai dengan guna obat tersebut. Pemberian obat yang aman dan akurat adalah tanggung jawab penting bagi seorang perawat. Meskipun obat menguntungkan, namun bukan berarti tanpa reaksi yang merugikan. Sebagai seorang perawat harus mengetahui prinsip-prinsip dalam pemberian obat secara aman dan benar. Karena obat dapat menyembuhkan atau merugikan pasien, maka pemberian obat menjadi salah satu tugas perawat yang paling penting.

Selain itu juga peran perawat sangat berperan penting dikarenakan perawatlah yang bertanggung jawab terhadap pemberian obat secara langsung kepada pasien. Oleh sebab itu dalam pemberian obat oleh perawat sering menggunakan konsep enam benar.

1. Benar Pasien

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

2. Benar Obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang kita asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi.

Jika pasien meragukan obatnya, perawat harus memeriksanya lagi. Saat memberi obat perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

3. Benar Dosis

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya. Misalnya

ondansentron 1 amp, dosisnya berapa ? Ini penting !! karena 1 amp ondansentron dosisnya ada 4 mg, ada juga 8 mg. ada antibiotik 1 vial dosisnya 1 gr, ada juga 1 vial 500 mg. jadi Anda harus tetap hati-hati dan teliti !

4. Benar Cara/Rute

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberikan peroral, sublingual, parenteral, topikal, rektal, inhalasi.

5. Benar Waktu

Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Ingat dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat.

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

6. Benar Obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang kita asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi.

Jika pasien meragukan obatnya, perawat harus memeriksanya lagi. Saat memberi obat perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

7. Benar Dosis

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya. Misalnya ondansentron 1 amp, dosisnya berapa ? Ini penting !! karena 1 amp ondansentron dosisnya

ada 4 mg, ada juga 8 mg. ada antibiotik 1 vial dosisnya 1 gr, ada juga 1 vial 500 mg. jadi Anda harus tetap hati-hati dan teliti !

8. Benar Cara/Rute

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberikan peroral, sublingual, parenteral, topikal, rektal, inhalasi.

9. Benar Waktu

Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Ingat dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat.

10. Benar Dokumentasi

Setelah obat itu diberikan, harus didokumentasikan, dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan. Bila pasien menolak meminum obatnya, atau obat itu tidak dapat diminum, harus dicatat alasannya dan dilaporkan.

Perawat bertanggung jawab dalam pemberian obat – obatan yang aman . Perawat harus mengetahui semua komponen dari perintah pemberian obat dan mempertanyakan perintah tersebut jika tidak lengkap atau tidak jelas atau dosis yang diberikan di luar batas yang direkomendasikan . Secara hukum perawat bertanggung jawab jika mereka memberikan obat yang diresepkan dan dosisnya tidak benar atau obat tersebut merupakan kontraindikasi bagi status kesehatan klien . Sekali obat telah diberikan , perawat bertanggung jawab pada efek obat yang diduga bakal terjadi. Buku-buku referensi obat seperti , Daftar Obat Indonesia (DOI) , Physicians, Desk Reference (PDR), dan sumber daya manusia , seperti ahli farmasi , harus dimanfaatkan perawat jika merasa tidak jelas mengenai reaksi terapeutik yang diharapkan , kontraindikasi , dosis , efek samping yang mungkin terjadi , atau reaksi yang merugikan dari pengobatan (Kee and Hayes, 1996).

B. Masalah dalam pemberian obat dan intervensi dalam keperawatan

a. Menolak pemberian obat

Jika pasien menolak pemberian obat, intervensi keperawatan pertama yang dapat dilakukan adalah dengan menanyakan alasan pasien melakukan hal tersebut. Kemudian, jelaskan kembali kepada pasien alasan pemberian obat. Jika pasien terus menolahkan, maka sebaiknya tunda pengobatan, laporkan ke dokter, dan catat dalam laporan.

b. Integritas kulit terganggu

Untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit, lakukan penundaan dalam pengobatan, kemudian laporkan ke dokter dan catat dalam laporan.

c. Disorientasi dan bingung

Masalah disorientasi dan bingung dapat diatasi oleh perawat dengan cara melakukan penundaan pengobatan. Jika pasien ragu, laporkan ke dokter dan catat dalam laporan.

d. Menelan Obat

Sebagai perawat yang memiliki peran dependen, jika pasien menelan obat, maka sebaiknya laporkan kejadian tersebut kepada dokter, untuk selanjutnya dokter yang akan melakukan intervensi.

e. Alergi Kulit

Apabila terjadi alergi kulit atas pemberian obat kepada pasien, keluarkan sebanyak mungkin pengobatan yang telah diberikan, beritahu dokter dan catat dalam pelaporan.

C. Konsep dan teknik cara pemberian obat secara topical(kulit, mata, telinga dan hidung)

1. Pemberian Obat Pada Kulit

Memberikan obat pada kulit merupakan pemberian obat dengan mengoleskannya di kulit yang bertujuan mempertahankan hidrasi, melindungi permukaan kulit, mengurangi iritasi kulit atau mengatasi infeksi. Jenis obat kulit yang diberikan dapat bermacam-macam seperti krim, losion, aerosol dan spray.

- a. Persiapan alat dan bahan:
 - a. Obat dalam tempatnya (seperti krim, losion, aerosol dan spray).
 - b. Pinset anatomis.
 - c. Kain kasa.
 - d. Kertas tisu.
 - e. Balutan.
 - f. Pengalas.
 - g. Air sabun, air hangat.

- h. Sarung tangan.

b. Prosedur kerja:

- a. Cuci tangan.
- b. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan.
- c. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dilakukan tindakan.
- d. Gunakan sarung tangan.
- e. Bersihkan daerah yang akan diberi obat dengan air hangat (apabila terdapat kulit mengeras) dan gunakan pinset anatomis.
- f. Berikan obat sesuai dengan indikasi dan cara pemakaian seperti mengoleskan dan mengompres.
- g. Kalau perlu, tutup dengan kain kasa atau balutan pada daerah yang diobati.
- h. Cuci tangan.

2. Pemberian Obat Pada Mata

Pemberian obat pada mata dengan obat tetes mata atau saleb mata digunakan untuk persiapan pemeriksaan struktur internal mata dengan mendilatasi pupil, pengukuran refraksi lensa dengan melemahkan otot lensa, serta penghilangan iritasi mata.

a. Persiapan alat dan bahan:

- a. Obat dalam tempatnya dengan penetes steril atau berupa saleb.
- b. Pipet.
- c. Pinset anatomi dalam tempatnya.
- d. Korentang dalam tempatnya.
- e. Plester.
- f. Kain kasa.
- g. Kertas tisu.
- h. Balutan.
- i. Sarung tangan.
- j. Air hangat/ kapas pelembab.

b. Prosedur kerja:

- a. Cuci tangan.
- b. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan.
- c. Atur posisi pasien dengan kepala menegadah dengan posisi perawat disamping kanan.
- d. Gunakan saryng tangan.
- e. Bersihkan daerah kelopak dan bulu mata dengan kapas lembab dari sudut mata kearah hidung. Apabila sangat kotor basuh dengan air hangat.
- f. Buka mata dengan menekan perlahan-lahan bagian bawah dengan ibu jari, jari telunjuk di atas tulang orbita.
- g. Teteskn obat mata diatas sakus konjungtiva. Setelah tetesan selesai sesuai dengan dosis, anjurkan pasien untuk menutup mata dengan perlahan-lahan, apabila menggunakan obat tetes mata.

- h. Apabila obat mata jenis saleb, pengang aplikasi saleb diatas pinggir kelopak mata kemudian pencet tube sehingga obat keluar dan berikan obat pada kelopak mata bawah. Setelah selesai, anjurkan pasien untuk melihat kebawah, secara bergantian dan berikan obat pada kelopak mata bagian atas. Biarkan pasien untuk memejamkan mata dan merenggangkan kelopak mata.
- i. Tutup mata dengan kasa bila perlu.
- j. Cuci tangan.
- k. Catat obat, jumlah, waktu dan tempat pemberian.

3. Pemberian Obat pada Telinga

Memberika obat pada telinga dilakukan dengan obat tetes telinga atau salep. Pada umumnya, obat tetes telinga dapat berupa obat antibiotic diberikan pada gangguan infeksi telinga, khususnya otitis media pada telinga tengah.

a. Persiapan alat dan bahan:

- a. Obat dalam tempatnya.
- b. Penetes.
- c. Speculum telinga.
- d. Pinset anatomi dalam tempatnya.
- e. Korentang dalam tempatnya.
- f. Plester.
- g. Kain kasa.
- h. Kertas tisu.
- i. Balutan.

b. Prosedur kerja:

a) Cuci tangan.

- a. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan digunakan.
- b. Atur posisi pasien dengan kepala miring kekanan atau kekiri sesuai dengan daerah yang akan diobati, usahakan agar lubang telinga pasien ke atas.
- c. Luruskan lubang telinga dengan menarik daun telinga ke atas/kebelakang pada orang dewasa dan kebawah pada anak-anak.
- d. Apabila obat berupa obat tetes, maka teteskan obat dengan jumlah tetesan sesuai dosis pada dinding saluran untuk mencegah terhalang oleh gelembung udara.
- e. Apabila berupa salep, maka ambil kapas lidi dan masukan atau oleskan salep pada liang telinga.
- f. Pertahankan posisi kepala $\pm 2-3$ menit.
- g. Tutup telinga dengan pembalut dan plester kalau perlu.
- h. Cuci tangan.

- i. Catat jumlah, tanggal, dan dosis pemberian.

4. Pemberian Obat Pada Hidung

Memberikan obat tetes pada hidung dapat dilakukan pada hidung seseorang dengan keradangan hidung (rhinitis) atau nasofaring.

- a. Persiapan alat dan bahan:
 - a. Obat dalam tempatnya.
 - b. Pipet.
 - c. Speculum hidung.
 - d. Pinset anatomi dalam tempatnya.
 - e. Korentang dalam tempatnya.
 - f. Plester.
- g. Kain kasa.
- h. Kertas tisu.
- i. Balutan
- b. Prosedur kerja:
 - a. Cuci tangan.
 - b. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dijalankan.
 - c. Atur posisi pasien dengan cara:
 - d. Duduk di kursi dengan kepala menengadah ke belakang.
 - e. Berbaring dengan kepala ekstensi pada tepi tempat tidur.
 - f. Berbaring dengan bantal dibawah bahu dan kepala tengadah ke belakang.
 - g. Berikan tetesan obat sesuai dengan dosis pada tiap lubang hidung.
 - h. Pertahankan posisi kepala tetap tengadah ke belakang selama 5 menit.
 - i. Cuci tangan.
 - j. Catat cara, tanggal, dan dosis pemberian obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Black & Hawks. (2009). Keperawatan Medikal Bedah. Buku 1-3. Jakarta: EGC
- Brunner & Suddarth. (2011). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC
- Eni Kusyanti. (2014). Ketrampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta: EGC
- Reny. (2010). Askep Klien Gangguan Kardiovaskular. Jakarta: EGC