

PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

Editor : Made Martini



Yunie Armiyati
Anggra Trisna Ajani
Muhammad Zaki
Dewi Nur Sukma Purqoti
Aulia Asman
Kurniawaty
Mariza Elvira
Mike Asmaria
Suanda Saputra
Sandra Dewi
Nikmatul Khayati
Warsono
Ramaita

BUNGA RAMPAI

**PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR
KEPERAWATAN**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

Yunie Armiyati
Anggra Trisna Ajani
Muhammad Zaki
Dewi Nur Sukma Purqoti
Aulia Asman
Kurniawaty
Mariza Elvira
Mike Asmaria
Suanda Saputra
Sandra Dewi
Nikmatul Khayati
Warsono
Ramaita

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

Yunie Armiyati
Anggra Trisna Ajani
Muhammad Zaki
Dewi Nur Sukma Purqoti
Aulia Asman
Kurniawaty
Mariza Elvira
Mike Asmaria
Suanda Saputra
Sandra Dewi
Nikmatul Khayati
Warsono
Ramaita

Editor :
Made Martini

Tata Letak :
Linda Setia Kasih Zendrato

Desain Cover :
Nathanael

Ukuran :
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :
vi, 232

ISBN :
978-623-195-149-6

Terbit Pada :
Maret 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Prosedur Keterampilan Dasar Keperawatan”, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait prosedur keterampilan dasar keperawatan.

Sistematika buku ini dengan judul “Prosedur Keterampilan Dasar Keperawatan” mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 13 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Standar Praktik Keperawatan; Aturan dan Kebijakan Praktik Keperawatan; Prosedur Infeksi Nosokomial; Prosedur Pemeriksaan Fisik dan Tingkat Kesadaran; Prosedur Pemeriksaan Tanda-tanda Vital; Prosedur Pemenuhan Oksigenasi; Prosedur Pemenuhan Nutrisi; Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit; Prosedur Penuhan Eliminasi; Prosedur Pemenuhan Mobilisasi; Prosedur Pemberian Terapi Obat; Prosedur Perawatan Luka Akut, Kronis dan Penjahitan Luka; Prosedur Perawatan Jenasah dan Perawatan Keluarga Pasien Berduka dan Kehilangan.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai prosedur keterampilan dasar keperawatan, sesuai dengan *update* keilmuan.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Maret 2023
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 STANDAR PRAKTIK KEPERAWATAN.....	1
Pendahuluan	1
Standar Praktik Keperawatan	2
Standar Praktik Profesional	6
Standar Kinerja Profesional	12
2 ATURAN DAN KEBIJAKAN PRAKTIK KEPERAWATAN	23
Pendahuluan	23
Definisi praktik keperawatan	24
Landasan praktik keperawatan.....	25
Aturan praktik keperawatan	26
3 PROSEDUR INFEKSI NOSOKOMIAL	41
Pendahuluan	41
Pengertian	42
Maksud dan Tujuan.....	43
Prinsip Kewaspadaan Infeksi Nosokomial	43
Komponen Penting Kewaspadaan Terhadap Infeksi Nosokomial	46
4 PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK DAN TINGKAT KESADARAN.....	59
Prosedur Pemeriksaan Fisik.....	59
Inspeksi (melihat/observasi)	60
Prosedur Pemeriksaan Tingkat Kesadaran	69
Pemeriksaan GCS (<i>Glasgow coma scale</i>)	70

5	PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA- TANDA VITAL	75
	Pendahuluan	75
	Jenis - Jenis Pemeriksaan Tanda –Tanda Vital	76
	Prosedur Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital	79
	Konsep Teori.....	80
6	PROSEDUR PEMENUHAN OKSIGENASI	91
	Pendahuluan	91
	Pedoman Pemberian Terapi Oksigen	94
	Metode Pemberian Oksigen.....	96
	Prosedur Pemberian Oksigen dengan Masker Rebreathing dan Non-Rebreathing	103
	Sistem Aliran Tinggi.....	105
7	PROSEDUR PEMENUHAN NUTRISI	109
	Pendahuluan	109
	Saluran Pencernaan Makanan	110
	Pengertian Nutrisi.....	114
	Fungsi Nutrisi.....	114
	Kebutuhan Nutrisi Sesuai Tingkat Perkembangan Usia	117
	Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Nutrisi	118
	Pemberian Nutrisi Melalui Oral.....	119
	Pemberian Nutrisi Melalui Pipa Lambung	121
	Pemberian Nutrisi Parenteral	124
8	PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT	129
	Pendahuluan	129
	Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	131

	Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	132
9	PROSEDUR PENUHAN ELIMINASI.....	145
	Pendahuluan	145
	Tujuan Umum	145
	Tujuan Khusus	146
	Metode Praktikum	146
	Lingkup Bahasan Praktek.....	146
10	PROSEDUR PEMENUHAN MOBILISASI	167
	Konsep Dasar Mobilisasi.....	167
	Tujuan Mobilisasi	168
	Jenis Mobilisasi	169
	Struktur Muskuloskeletal yang Mempengaruhi Mobilisasi	170
	Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi.....	172
	Diagnosis Keperawatan.....	175
11	PROSEDUR PEMBERIAN TERAPI OBAT	179
	Pendahuluan	179
	Standar Operasional Prosedur Pemberian Obat	186
12	PROSEDUR PERAWATAN LUKA AKUT, KRONIS DAN PENJAHITAN LUKA.....	201
	Perawatan Luka	201
	Perawatan Luka Akut	206
	Perawatan Luka Kronis.....	207
	Prosedur Penjahitan Luka.....	209

13	PROSEDUR PERAWATAN JENASAH DAN PERAWATAN KELUARGA PASIEN BERDUKA DAN KEHILANGAN	215
	Perawatan Jenasah.....	215
	Perawatan Keluarga Pasien Berduka dan Kehilangan.....	221

STANDAR PRAKTIK KEPERAWATAN

Dr. Ns. Yunie Armiyati, M.Kep., Sp.Kep.MB
Universitas Muhammadiyah Semarang

Pendahuluan

Asuhan keperawatan adalah kunci penting dalam mencapai hasil positif bagi klien yang sakit, dan dalam peningkatan kepuasan klien di semua fase perawatan kesehatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk pencegahan penyakit, penyediaan rehabilitasi untuk kondisi kompromi, dan maksimalisasi kesehatan (Doenges et al., 2019).

Perawat harus mengintegrasikan ilmu dan seni keperawatan ke dalam praktik asuhan keperawatan, agar kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien berada pada tingkat keunggulan yang bermanfaat baik bagi dan bagi keluarga mereka (Potter et al., 2017). Praktik keperawatan didasarkan pada *body of knowledge* yang terus berubah dengan berbagai penemuan baru yang dalam penerapannya harus berdasarkan standar.

Standar praktik merupakan salah satu perangkat yang diperlukan oleh setiap tenaga profesional, termasuk profesi keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan yang baik harus memenuhi standar profesi yang telah ditetapkan (Potter et al., 2017).

Standar praktik keperawatan juga diperlukan untuk menjaga kualitas pelayanan keperawatan.

Standar asuhan keperawatan akan menjaga konsistensi pelayanan pada semua profesi perawat sehingga pasien menerima perawatan yang berkualitas. Standar praktik keperawatan merupakan bagian penting asuhan keperawatan yang diberikan perawat.

Standar Praktik Keperawatan

1. Pengertian

Pengertian standar disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 17 tahun 2013 dalam Pasal 1 ayat 4 sebagai pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi berupa standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional (Kementrian Kesehatan, 2013). Definisi lain menyebutkan bahwa standar adalah pernyataan deskriptif tentang penampilan kerja yang dapat diukur melalui kualitas struktur, proses dan hasil (Gillies, 2006). Kualitas dan standar memiliki hubungan yang terkait erat, karena melalui standar dapat dikuantifikasi sebagai bukti pelayanan meningkat dan memburuk (Wilkinson, 2011).

Standar perawatan merupakan pedoman yang memberikan dasar tentang bagaimana seorang perawat harus bertindak, dan apa yang harus dan tidak boleh mereka lakukan dalam kapasitas profesional mereka (Potter et al., 2017). Standar praktik keperawatan disebutkan sebagai harapan minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standar praktik keperawatan profesional adalah pernyataan otoritatif dari tugas-tugas perawat, terlepas dari peran,

populasi, atau spesialisasi, secara kompeten yang merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan oleh perawat (*American Nursing Association*, 2015).

Persatuan perawat Nasional Indonesia (PPNI) menyebutkan bahwa standar praktik keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan perawat. Standar praktik keperawatan menegaskan tentang mutu pekerjaan perawat yang dianggap baik, tepat, dan benar, yang digunakan sebagai pedoman pemberian pelayanan asuhan keperawatan.

2. Tujuan standar praktik keperawatan

Standar keperawatan penting karena sejumlah tujuan dan alasan. Standar keperawatan memberikan perawat informasi yang diperlukan untuk mengetahui kualitas layanan perawatan yang harus diberikan kepada pasien dan menetapkan langkah-langkah untuk mengevaluasi perawatan yang diberikan. Perawat sangat penting untuk mematuhi standar perawatan untuk melindungi masyarakat sebagai subjek pelayanan. Standar juga merupakan alat kontrol terhadap penampilan kerja. Standar praktik keperawatan memberikan arah dan panduan langsung pada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Tujuan utama standar adalah memberikan kejelasan dan pedoman untuk mengidentifikasi ukuran dan penilaian hasil akhir. Secara ringkas, tujuan ditetapkannya standar praktik keperawatan antara lain:

- a. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan memberikan perhatian pada upaya peningkatan kinerja perawat terhadap target pencapaian tujuan.
 - b. Meminimalkan tindakan-tindakan yang tidak bermanfaat bagi klien agar dapat menekan biaya perawatan klien.
 - c. Memberikan landasan untuk mengantisipasi suatu hasil yang tidak memenuhi standar asuhan keperawatan atas kelalaian perawat.
 - d. Menjaga mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien di masyarakat, komunitas, kelompok dan keluarga
3. Perkembangan, fungsi dan manfaat standar praktik

Standar praktik keperawatan dapat berfungsi sebagai bukti standar perawatan, dengan pemahaman bahwa penerapan standar tergantung pada konteks. Standar dapat berubah dengan dinamika profesi keperawatan. Kondisi spesifik dan keadaan klinis dapat memengaruhi penerapan standar pada waktu tertentu, misalnya, selama bencana alam atau epidemi (*American Nursing Association*, 2015).

Fokus utama standar praktik keperawatan adalah klien. Standar praktik keperawatan digunakan untuk mengetahui proses dan hasil pelayanan keperawatan yang diberikan dalam upaya mencapai pelayanan keperawatan kepada klien. Melalui standar praktik dapat diketahui apakah tindakan keperawatan yang diberikan perawat sesuai dengan yang direncanakan dan apakah klien dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Standar asuhan keperawatan bermanfaat untuk meningkatkan kualitas asuhan pada pasien dan memungkinkan fasilitas pelayanan

kesehatan dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas layanannya. Perawat juga dapat menggunakan standar praktik keperawatan untuk mengkomunikasikan asuhan yang diberikan kepada tenaga kesehatan lain. Standar praktik keperawatan membantu mengetahui batas kewenangan profesi kesehatan lain agar saling menghormati dan bekerjasama secara baik dalam menjalankan profesinya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

Standar praktik keperawatan juga bermanfaat untuk melindungi perawat dan masyarakat dari malpraktik. Standar asuhan keperawatan bermanfaat untuk membimbing perawat dalam penentuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap pasien.

Manfaat ini juga terkait dengan perlindungan perawat dari kelalaian dalam melakukan tindakan keperawatan dengan membimbing perawat melakukan tindakan keperawatan secara tepat (Potter et al., 2021).

4. Ruang lingkup standar praktik keperawatan.

Standar praktik keperawatan terdiri dari dua ruang lingkup standar, yaitu standar praktik profesional dan standar kinerja professional (*American Nursing Association*, 2015).

a. Standar praktik profesional

Standar praktik profesional terdiri dari lima standar. Standar tersebut meliputi: standar I yaitu pengkajian, standar II adalah diagnosis keperawatan, standar III yaitu perencanaan, standar IV berupa pelaksanaan tindakan (implementasi) dan standar V adalah evaluasi.

b. Standar kinerja profesional

Standar kinerja profesional terdiri dari delapan standar. Standar I jaminan mutu, standar II pendidikan, standar III penilaian kerja dan standar IV adalah kesejawatan (*collegial*). Standar lain adalah standar V etik, standar VI kolaborasi, standar VII riset dan standar VIII pemanfaatan sumber-sumber.

Standar Praktik Profesional

Standar praktik profesional menggambarkan tingkat asuhan keperawatan yang kompeten seperti yang ditunjukkan oleh model berpikir kritis yang dikenal sebagai proses keperawatan meliputi komponen penilaian (pengkajian), diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (*American Nursing Association*, 2015). Berikut akan dijelaskan standar dalam praktik profesional keperawatan.

1. Standar I : Pengkajian keperawatan.

Perawat mengumpulkan data dan informasi terkait kondisi kesehatan klien yang dirawatnya. Perawat mengumpulkan data status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (*American Nursing Association*, 2015). Pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan, bertujuan menetapkan data dasar tingkat kesehatan klien yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan.

Kriteria proses dalam standar pengkajian adalah: (a) pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (dari hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnosis), serta mempelajari

catatan kesehatan lain; (b) sumber data dalam pengkajian keperawatan adalah klien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis, serta catatan lain. Kriteria proses lain adalah bahwa data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi berbagai kondisi yaitu : status kesehatan klien saat dan masa lalu, status biologis (fisiologis), status psikologis, sosial kultural, status spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal dan risiko masalah potensial.

2. Standar II : Diagnosis keperawatan

Perawat menganalisis data, menentukan diagnosis dan masalah aktual atau potensial. Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan (*American Nursing Association*, 2015). Diagnosa keperawatan semacam keputusan klinik yang mencakup klien, keluarga, dan respon komunitas terhadap sesuatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses kehidupan (NANDA, 2020).

Tujuan diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi kekuatan klien dan masalah kesehatan yang dapat dicegah atau diselesaikan dengan intervensi keperawatan (Berman et al., 2022).

Proses diagnosis terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data-data dari hasil pengkajian baik data subyektif maupun obyektif dibandingkan dengan nilai-nilai normal, juga mengidentifikasi tanda dan gejala yang bermakna. Tanda/gejala yang bermakna selanjutnya dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar.

Langkah kedua adalah mengidentifikasi masalah, dilakukan untuk menentukan apakah masalah yang muncul merupakan masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan. Langkah terakhir adalah perumusan diagnosis keperawatan berupa diagnosis keperawatan aktual, diagnosa risiko, dan promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan dirumuskan sebagai dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan klien. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah tolok ukur atau acuan yang digunakan sebagai pedoman penegakan diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (*problem*), penyebab (etiologi), gejala/tanda (*symptom and sign*) atau terdiri dari masalah dengan penyebab. Masalah merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Etiologi merupakan penyebab munculnya masalah keperawatan. Faktor terkait adalah komponen integral dari semua diagnosa keperawatan yang berfokus pada masalah.

Faktor terkait dengan respons aktual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan dan dapat berubah dengan menggunakan intervensi keperawatan khusus (Potter et al., 2021). Tanda disebut juga dengan *sign*, berupa data obyektif yang diperoleh dari pengkajian (anamnesis dan pemeriksaan fisik). Gejala disebut dengan *symptom*, merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Standar III: Perencanaan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan (*American Nursing Association*, 2015). Perencanaan yaitu bagaimana mendukung kekuatan klien dan bagaimana menerapkan intervensi keperawatan secara terorganisir, individual, dan terarah pada tujuan. Perencanaan keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat, didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Pokja SIKI PPNI, 2018). Tujuan perencanaan keperawatan adalah mengembangkan rencana perawatan untuk menentukan tujuan klien atau hasil yang diinginkan dan intervensi keperawatan terkait (Berman et al., 2022).

Aktivitas dalam perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas dan tujuan atau hasil yang diinginkan bekerja sama dengan klien. Aktivitas lain yaitu menentukan tujuan atau hasil yang diinginkan dan memilih strategi dan intervensi keperawatan. Kriteria hasil dalam standar perencanaan keperawatan adalah bahwa perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan. Rencana asuhan keperawatan ditulis dan selanjutnya dikomunikasikan kepada penyedia layanan kesehatan lainnya.

Perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat (Berman et al., 2022).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolok ukur yang digunakan untuk panduan penyusunan intervensi keperawatan di Indonesia dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. SIKI memuat intervensi keperawatan dan tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat berdasar pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai *outcome* yang diinginkan. Tindakan keperawatan adalah aktivitas spesifik yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah disusun (Pokja SIKI PPNI, 2018).

4. Standar IV: Pelaksanaan tindakan (implementasi)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien menyelesaikan masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik sesuai kriteria hasil yang diharapkan. Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam mengatasi permasalahan klien (*American Nursing Association*, 2015).

Ada beberapa kriteria proses dalam standar pelaksanaan tindakan keperawatan. Kriteria proses standar tindakan keperawatan antara lain: (a) bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan; (b) melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien; (c) berkolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan klien; (d) menjadi koordinator pelayanan dan advokasi klien. Kriteria proses lain adalah: memberikan informasi tentang status kesehatan kepada klien; mengedukasi klien/keluarga tentang keterampilan perawatan

kesehatan dan membantu mereka untuk memodifikasi lingkungan dalam meningkatkan status kesehatan; mengkaji ulang dan merevisi tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

5. Standar V: Evaluasi.

Evaluasi adalah proses penentuan sejauh mana tujuan atau hasil telah dicapai dan mengidentifikasi faktor-faktor yang secara positif atau negatif mempengaruhi pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan (Berman et al., 2022). Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (*American Nursing Association*, 2015). Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien. Perawat menilai apakah tujuan atau hasil telah tercapai, menentukan rencana keperawatan berikutnya dan mendokumentasikan pencapaian hasil serta modifikasi rencana perawatan (Berman et al., 2022).

Standar luaran menjadi acuan dalam penentuan evaluasi keperawatan. Standar luaran keperawatan adalah aspek yang dapat dilihat dan diukur dengan kondisi, perilaku, dan persepsi klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) merupakan tolok ukur panduan penyusunan luaran keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (PPNI, 2019).

Ada beberapa kriteria proses standar evaluasi keperawatan. Kriteria proses tersebut yaitu: (a) menyusun perencanaan evaluasi secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus; (b) menggunakan

data dasar dan respon klien dalam mengukur pencapaian tujuan; (c) memvalidasi, menganalisis data baru dengan sejawat dan klien; (d) bekerja sama dengan klien untuk memodifikasi rencana keperawatan; (e) mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

Standar Kinerja Profesional

Standar kinerja profesional menggambarkan tingkat perilaku yang kompeten dalam peran profesional, termasuk kegiatan yang berkaitan dengan etika, praktik yang selaras secara budaya, komunikasi, kolaborasi, kepemimpinan, pendidikan, praktik dan riset berbasis bukti, kualitas praktik, evaluasi praktik profesional, pemanfaatan sumber daya, serta kesehatan lingkungan. Perawat diharapkan terlibat dalam kegiatan kinerja profesional, termasuk kepemimpinan, sesuai dengan pendidikan dan posisi mereka (*American Nursing Association*, 2015). Berikut akan diuraikan delapan standar kinerja profesional perawat sebagai berikut:

1. Standar I : Jaminan mutu

Penjaminan mutu asuhan keperawatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh sebuah institusi secara berkelanjutan, sistematis, objektif dan terpadu untuk merumuskan masalah mutu dan penyebabnya, berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Perawat secara sistematis melakukan evaluasi mutu dan efektivitas praktik keperawatan. Evaluasi mutu asuhan keperawatan merupakan cara untuk memenuhi kewajiban profesi dalam menjamin pasien mendapat asuhan bermutu.

Kriteria proses dari standar jaminan mutu adalah: perawat berperan serta secara teratur dan sistematis pada evaluasi praktik keperawatan.

Peran perawat dilakukan melalui : penetapan indikator kritis dan alat pemantauan, pengumpulan dan analisis data, perumusan kesimpulan, umpan balik dan rekomendasi, penyebaran informasi, penyusunan rencana tindak lanjut dan pelaksanaan secara periodik. Kriteria hasil standar jaminan mutu yaitu: (a) adanya hasil pengendalian mutu; (b) adanya tindakan perbaikan yang diidentifikasi melalui program evaluasi.

2. Standar II : Pendidikan

Standar ini maknanya adalah bahwa perawat wajib mencari pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan praktik keperawatan saat ini. Perawat bertanggung jawab untuk memperoleh ilmu pengetahuan mutakhir dalam praktik keperawatan. Perkembangan ilmu dan teknologi, sosial, ekonomi, politik dan pendidikan masyarakat menuntut komitmen perawat untuk terus menerus melakukan peningkatan pengetahuan (American Nursing Association, 2015).

Beberapa kriteria proses yang perlu diperhatikan dalam standar ini antara lain: (a) perawat mempunyai prakarsa belajar mandiri agar dapat mengikuti perkembangan ilmu dan meningkatkan keterampilan; (b) perawat berperan serta dalam kegiatan pemantapan keilmuan di tempat kerja melalui diskusi ilmiah, ronde keperawatan; (c) perawat melakukan *upgrade* ilmu melalui pelatihan, seminar atau pertemuan profesional lainnya; (d) perawat membantu sejawat mengidentifikasi kebutuhan belajar. Kriteria hasil standar ini adalah adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat tentang ilmu keperawatan dan teknologi terkini, serta adanya pemanfaatan ilmu pengetahuan, teknologi terkini dalam praktik keperawatan.

3. Standar III : Penilaian kerja

Perawat berkontribusi pada praktik keperawatan yang berkualitas. Perawat mengevaluasi praktik keperawatan yang dilakukan berdasarkan standar praktik profesional. Penilaian kinerja perawat merupakan suatu cara untuk menjamin tercapainya standar praktik keperawatan (American Nursing Association, 2015).

Kriteria proses yang perlu diperhatikan dalam standar penilaian kinerja adalah: perawat berperan serta secara teratur dan sistematis pada penilaian kinerja dan perawat memanfaatkan hasil penilaian untuk memperbaiki dan mempertahankan kinerja.

Peran perawat dalam penilaian kinerja dilakukan melalui penetapan mekanisme dan alat penilaian kinerja, pengkajian kinerja berdasarkan kriteria yang ditetapkan, perumusan hasil penilaian kinerja meliputi area yang baik dan yang kurang, serta pemberian umpan balik dan rencana tindak lanjut.

4. Standar IV : Kesejawatan (collegial).

Patient Based Centre menuntut kesejawatan harus diterapkan secara baik dalam memberikan asuhan kepada klien. Perawat adalah profesi mandiri yang memiliki otonominya sendiri yang berkontribusi dalam mengembangkan keprofesian dari sejawat kolega untuk meningkatkan kualitas asuhan pelayanan kesehatan pasien.

Kriteria proses yang perlu diperhatikan dalam standar kesejawatan adalah bahwa Perawat berperan serta aktif dalam melaksanakan kolaborasi antar interdisiplin melalui mekanisme telaah antar sejawat dan perawat memanfaatkan hasil kolaborasi sejawat dan melaksanakan asuhan keperawatan.

Kriteria hasil yang standar kesejawatan adalah adanya kesepakatan antar sejawat dan dilakukan upaya perbaikan tindakan berdasarkan hasil pertemuan kolaborasi dengan sejawat.

5. Standar V : Etik

Kelompok profesional kesehatan menetapkan standar perilaku etis dalam perawatan kesehatan, yang memandu mereka tentang tindakan benar dan salah. Standar ini memberikan panduan untuk navigasi pada situasi sulit saat dihadapkan pada dilema dalam perawatan pasien, keputusan perawatan kesehatan menjelang akhir kehidupan pasien, ketidaksepakatan tentang apa yang merupakan perilaku benar dan salah atau masalah keadilan sosial (Potter et al., 2021).

Berbagai isu spesifik tentang etik yang menjadi kepedulian perawat. Perawat wajib menjalankan praktik keperawatan secara etis.

Keputusan dan tindakan perawat atas nama pasien ditentukan dengan cara yang etis (sesuai dengan norma, nilai budaya dan idealisme profesi). Kode etik perawat merupakan parameter bagi perawat dalam membuat penilaian etis (American Nursing Association, 2015).

Kriteria struktur dalam standar tentang etik adalah: adanya komite etik keperawatan, adanya kriteria masalah etik, adanya mekanisme penyelesaian masalah etik dan adanya program pembinaan etik profesi keperawatan. Kriteria proses dalam standar etik yaitu: (a) praktik perawat berpedoman pada kode etik; (b) perawat menjaga kerahasiaan pasien; (c) perawat bertindak sebagai advokat pasien; (d) perawat memberikan asuhan tanpa menghakimi dan tanpa diskriminasi dengan melindungi otonomi, martabat

dan hak- hak pasien; (e) perawat mencari sumber-sumber untuk membantu menetapkan keputusan etik pada pasien.

6. Standar VI : Kolaborasi

Kolaborasi multidisiplin mutlak diperlukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas asuhan dan untuk membantu pasien mencapai kesehatan optimal. Melalui proses kolaboratif kemampuan yang khusus dari pemberi asuhan kesehatan digunakan untuk mengkomunikasikan, merencanakan, menyelesaikan masalah dan mengevaluasi pelayanan (Potter et al., 2017). Perawat bekerja sama dengan konsumen perawatan kesehatan dan pemangku kepentingan utama lainnya dalam melakukan praktik keperawatan. Perawat berkolaborasi dengan pasien, keluarga dan semua pihak terkait serta tim multidisiplin kesehatan dalam memberikan keperawatan pasien. Rasionalnya adalah bahwa kerumitan dalam pemberian asuhan membutuhkan pendekatan multi disiplin.

Kriteria proses yang harus diperhatikan dalam standar tentang kolaborasi adalah: perawat berkonsultasi dengan profesi lain sesuai kebutuhan; perawat mengkomunikasikan pengetahuan dan keterampilan keperawatan agar sejawat dapat mengintegrasikannya dalam asuhan pasien; dan perawat melibatkan pasien dalam tim multidisiplin. Kriteria proses lain dalam standar kolaborasi adalah: perawat menjadi advokat pasien; perawat berkolaborasi dengan tim multidisiplin dalam program pengajaran, supervisi dan upaya-upaya penelitian; serta perawat mengakui dan menghormati sejawat (American Nursing Association, 2015).

7. Standar VII : *Evidence-based practiced* dan Riset

Evidence-based practice (EBP) atau praktik berbasis bukti memandu perawat dan penyedia layanan kesehatan lainnya dalam membuat keputusan klinis yang efektif, tepat waktu, dan tepat. Praktik berbasis bukti adalah pendekatan pemecahan masalah untuk praktik klinis yang menggabungkan penggunaan bukti terbaik yang teliti dalam kombinasi dengan keahlian dokter, preferensi dan nilai-nilai pasien, dan sumber daya perawatan kesehatan yang tersedia dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien (Potter et al., 2021). Perawat harus mengintegrasikan bukti riset serta menggunakan hasil riset ke dalam praktik praktik keperawatan.

Kriteria struktur yang harus dipenuhi dalam standar ini meliputi: (a) Tersedianya kebijakan institusi tentang riset; (b) Tersedianya pedoman riset; (c) Tersedia kesempatan bagi perawat untuk melakukan dan atau berpartisipasi dalam riset; (d) Tersedianya peluang dan fasilitas untuk menggunakan hasil riset keperawatan. Kriteria proses dalam standar ini adalah: (a) perawat mengidentifikasi masalah dalam praktik keperawatan yang memerlukan riset; (b) perawat melaksanakan riset yang telah direncanakan; (c) perawat menggunakan hasil riset dalam asuhan keperawatan pada pasien; (d) perawat menjamin adanya mekanisme untuk melindungi manusia sebagai subjek. Kriteria proses lainnya adalah perawat mengembangkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi telaah riset sesuai tingkat pendidikan; dan perawat mendiseminasikan hasil riset yang dilakukan.

8. Standar VIII : Pemanfaatan sumber-sumber.

Perawat menggunakan sumber daya yang tepat untuk merencanakan, menyediakan, dan mempertahankan layanan keperawatan berbasis bukti yang aman, efektif, dan bertanggung jawab secara penuh. Perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang terkait dengan keamanan, efektifitas dan biaya dalam pemberian asuhan pasien. Perawat perlu berpartisipasi dalam menggali dan memanfaatkan sumber-sumber bagi pasien (American Nursing Association, 2015).

Kriteria struktur dalam standar pemanfaatan sumber-sumber dalam asuhan keperawatan pasien antara lain: tersediannya sumber dana sesuai dengan anggaran yang disetujui; tersedianya standar kinerja yang jelas dan mekanisme penyelesaian konflik; tersedianya sistem informasi manajemen yang digunakan untuk menerima, mengatur, menganalisis dan menyampaikan serta menyimpan informasi yang diperlukan untuk merencanakan pelaksanaan keperawatan, mengatur tenaga keperawatan, mengarahkan kegiatan keperawatan dan evaluasi keluaran keperawatan. Kriteria struktur lainnya dari standar ini adalah tersedianya program K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) di fasilitas pelayanan kesehatan; tersedianya protokol penting penanggulangan kondisi kegawatdaruratan, dan tersediannya berbagai peralatan yang dibutuhkan pasien.

Penutup

Standar praktik keperawatan merupakan acuan untuk praktik keperawatan yang harus dicapai oleh seorang perawat dan dikembangkan untuk membantu perawat melakukan validasi mutu dan mengembangkan keperawatan. Melalui standar praktik dapat diketahui apakah intervensi atau tindakan keperawatan itu yang telah diberi sesuai dengan yang direncanakan dan apakah klien dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

Daftar Pustaka

- American Nursing Association. (2015). *Nursing: scope and standards of practice*. (3rd ed.). Nursesbooks.org.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2022). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing concept, process and practice* (11th ed.). Pearson United Kingdom.
- Doenges, M., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plans: Guidelines for individualizing client care across the life span. In *FA Davis* (10th ed.). FA Davis.
- Gillies, D. A. (2006). Manajemen keperawatan suatu pendekatan sistem. In *Terjemahan Illinois WB Saunders Company* (Edisi Kedua). EGC.
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat*.
<https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/KMK-No-HK-01-07-MENKES-425-2020-ttg-Standar-Profesi-Perawat.pdf>
- Kemenkumham. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009*. BPHN.
<https://jdihn.go.id/files/4/2009uu044.pdf>
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/148/I/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat*. Kementerian Kesehatan RI.
http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum

- NANDA. (2020). *Nursing Diagnoses Definitions & Classification 2021-2023* (S. K. Heather T. Herdman (ed.)). Thieme.
- Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia definisi & tindakan keperawatan* (I). PPNI.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Potter & Perry's Essentials of Nursing Practice, Sae, E Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamental of nursing* (9th ed.). Elsevier.
- PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Wilkinson, J. M. (2011). *Nursing Process and Critical Thinking*. Pearson.
<https://books.google.co.id/books?id=C7qYcQAACAAJ>

Profil Penulis

Dr. Ns. Yunie Armiyati, M.Kep., Sp.Kep.MB



Penulis menyelesaikan pendidikan SD hingga SMA Negeri di kota Semarang dan melanjutkan kuliah di Akper Muhammadiyah Semarang. Usai menamatkan pendidikan Diploma III, penulis melanjutkan pendidikan Strata Satu (S1) serta profesi ners di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia (UI), lulus tahun 2002 dan menyelesaikan pendidikan Akta IV di Universitas Negeri Semarang pada tahun 2004. Penulis menamatkan pendidikan Magister Keperawatan serta Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di UI pada tahun 2010 dan menyelesaikan program pendidikan Doktor di Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (Undip) pada tahun 2021.

Penulis menjadi dosen tetap keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang (Unimus) sejak tahun 2005 hingga saat ini. Penulis aktif sebagai peneliti di bidang keperawatan dan kesehatan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, RSUP Dr. Kariadi Semarang, Kemenristek DIKTI dan *World Health Organization (WHO)*. Penulis juga melakukan beberapa kegiatan pengabdian kepada masyarakat dengan pendanaan dari perguruan tinggi, Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Kemenristek DIKTI (Kemdikbud). Penulis telah menulis beberapa modul, sepuluh buku referensi dan beberapa artikel di media massa sebagai wujud kontribusi positif bagi bangsa. Saat ini penulis aktif menjadi editor dan *reviewer* beberapa jurnal nasional dan internasional terakreditasi.

Email Penulis: yunie@unimus.ac.id

ATURAN DAN KEBIJAKAN PRAKTIK KEPERAWATAN

Ns. Anggra Trisna Ajani, S.Kep., M.Kep
Universitas Negeri Padang

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan terutama pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada pasiennya pada saat ini mengalami perkembangan yang sangat pesat. Perawat memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan berusaha agar dapat mencapai tujuan dari asuhan keperawatan pada pasien. Dalam praktik keperawatan, perawat diwajibkan memiliki kompetensi dan memenuhi standar praktik keperawatan. Perawat dalam memberikan praktik keperawatan, harus tetap memperhatikan kode etik dan moral profesi keperawatan. Hal ini dikarenakan dengan seiringnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi potensi untuk mempermasalahkan sesuatu yang dianggap tidak sesuai dengan harapan atau secara nyata melanggar aturan menjadi lebih besar. Perawat memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap setiap bahaya yang ditimbulkan terhadap kesalahan yang dilakukannya (Huynh, Annie P & Haddad, 2022). Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) merupakan sebuah organisasi profesi yang bertanggung jawab dalam upaya memelihara dan meningkatkan profesionalisme serta mutu dari anggotanya dan akan berupaya sebisa

mungkin untuk dapat memberikan perlindungan hukum kepada anggotanya yang mengalami permasalahan hukum dalam lingkup profesi keperawatan (Sarkisova, 2017). Dalam praktiknya, seorang perawat tunduk pada peraturan hukum yang tercantum pada Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Permenkes No. 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, selain itu perawat juga harus mematuhi kode etik keperawatan (Kemenkes, 2019). Apabila seorang perawat melanggar peraturan tersebut maka perawat dapat diberikan sanksi berupa sanksi administratif, sanksi perdata, sanksi pidana, maupun sanksi moral (Lintang, 2021).

Definisi praktik keperawatan

Keperawatan merupakan suatu profesi dalam bentuk pelayanan profesional yang terintegrasi ke dalam pelayanan keperawatan yang berbentuk bio-psiko, sosial dan spiritual yang komprehensif berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga dan komunitas baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh aspek kehidupan. Menurut Permenkes nomor 26 Tahun 2019 tentang keperawatan yang menyatakan bahwa praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk asuhan keperawatan. Keperawatan dalam melaksanakan perannya yang memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat dengan mengimplementasikan kompetensi *hard skill* dan *soft skills* (Ariga, 2020).

Landasan praktik keperawatan

Situasi Indonesia Pasca amandemen UUD 1945, jaminan hak asasi manusia di Indonesia semakin diperkuat. Hal ini karena aturan tidak hanya diakui oleh undang-undang, tetapi juga secara eksplisit dirumuskan dalam konstitusi. Secara khusus, Pasal 28H (1) UUD 195 menyatakan, “Setiap orang berhak hidup sehat jasmani dan rohani, bertempat tinggal, mendapat barang dan lingkungan hidup yang sehat, serta mendapat pelayanan kesehatan.

Hak untuk menerima sebagai hak asasi manusia, hal ini harus diwujudkan dalam bentuk komitmen kesehatan masyarakat luas melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Dikenal sebagai perawat dalam pelayanan kesehatan masyarakat baik untuk petugas kesehatan maupun masyarakat untuk pelayanan kesehatan dimana pelayanan tersebut diberikan (Asmadi, 2008; Larenggam, 2013).

Tenaga keperawatan merupakan salah satu tenaga medis yang terlibat dalam penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan di unit pelengkap. Perawat sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat memegang peranan penting karena berhubungan langsung dengan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kompetensi dan pelatihannya. Tidak ada keraguan tentang kontribusi besar perawat terhadap kinerja tugas perawatan kesehatan. Perawat juga memainkan peran penting dalam mendukung sistem kesehatan dari masa kolonial hingga kemerdekaan Indonesia dan hingga saat ini. Seperti diketahui, peran perawat baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta, baik di perkotaan maupun di pelosok desa, selalu memberikan kontribusi yang signifikan dalam

mendukung pelayanan kesehatan masyarakat (Asmadi, 2008).

Oleh karena itu harus diakui bahwa yang benar-benar dibutuhkan adalah landasan hukum berupa peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang profesi atau praktik pengasuhan. Undang-undang tersebut bertujuan untuk mengatur setidaknya dua masalah besar, termasuk: Perlindungan hukum atas bekerja/berpraktiknya profesi keperawatan; dan mendorong profesionalisme perawat.

Sehubungan dengan itu, Dewan Perwakilan Rakyat dan Pemerintah dalam penyusunan Prolegnas Prioritas 2009 menyepakati RUU Praktik Keperawatan sebagai salah satu RUU Prioritas 2009. Hal ini tertuang dalam Keputusan DPR RI No. 02A/DPR RI/II/2009 tentang Prolegnas RUU Prioritas Tahun 2009.

Ini termasuk satu RUU praktik keperawatan (dimasukkan dalam nomor urut 26) dari 35 RUU prioritas (PERMENKES RI, 2010).

Aturan praktik keperawatan

UU keperawatan telah diwujudkan melalui kegiatan perkembangan zaman sejak tahun 1990-an. Indonesia telah menyelesaikan RUU Keperawatan bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Medis Kementerian Kesehatan dan konsultan WHO. Pada tahun 1995, Prolegnas Undang-Undang Keperawatan (Program Legislatif Nasional) diajukan ke DPR RI dengan nomor urut 160 oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk diundangkan pada periode 2004-2009. Pengurus Pusat PP Persatuan Perawat Nasional Indonesia, disingkat PPNI. Kampanye publik pada 12 Mei 2008 meminta pemerintah dan DPR untuk mengesahkan UU

Keperawatan atas prakarsa DPR RI paling lambat tahun 2009 (Asmadi, 2008; Ariga, 2020; Manurung *et al.*, 2021).

Pada tanggal 1 Januari 2010 Mutual Recognition Arrange (MRA) perawat-perawat asing sudah bebas masuk ke Indonesia, Sementara Indonesia sebagai tuan rumah belum memiliki pengaturan hukum yang dapat melindungi masyarakat dan perawat Indonesia. Akhirnya pada hari Kamis Tanggal 25 September 2014 adalah hari yang bersejarah bagi perawat Indonesia. Pada hari tersebut Sidang Paripurna DPR RI menyetujui palu tanda pengesahan Undang-Undang Keperawatan. Undang-Undang tersebut memuat 13 BAB 66 Pasal. Dengan ditetapkan Undang-Undang Keperawatan No.38 Tahun 2014, akan melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Perawat (Balaram Naik, P Karunakar,¹ M Jayadev, 2013; Larenggam, 2013; Manurung *et al.*, 2021).

Keperawatan dipahami dalam undang-undang ini berarti kegiatan merawat individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

Seorang perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan tinggi nasional atau internasional yang diakui oleh pemerintah sebagaimana dipersyaratkan oleh undang-undang (Huynh, Annie P & Haddad, 2022). Keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan dan merupakan bentuk pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan nasehat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik yang sehat maupun yang sakit. Praktik keperawatan merupakan pelayanan yang diberikan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan (Borgès Da Silva *et al.*, 2018).

Sesuai dengan perkembangan teknologi, pelayanan kesehatan terus berkembang dan peraturan kementerian kesehatan membuat keputusan tentang penyelenggaraan praktik keperawatan yang tertuang di Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia terbaru yaitu nomor 26 tahun 2019 yang menjelaskan tentang pelaksanaan undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan BAB IV pasal 15 yang membahas praktik penyelenggaraan keperawatan menjelaskan bahwa:

1. Perawat menjalankan Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau tempat lain sesuai dengan Klien sasarannya.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. Tempat praktik mandiri Perawat;
 - b. Klinik
 - c. Pusat kesehatan masyarakat; dan/atau
 - d. Rumah sakit.
3. Tempat lain sesuai dengan Klien sasarannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi rumah Klien, rumah jompo, panti asuhan, panti sosial, perusahaan, sekolah, dan tempat lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Praktik Keperawatan di tempat lain sesuai dengan Klien sasarannya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dalam bentuk kunjungan rumah Klien, rumah jompo, panti asuhan, panti sosial, dan sekolah tidak memerlukan SIPP sepanjang telah memiliki SIPP di tempat praktik mandiri Perawat, klinik, atau pusat kesehatan masyarakat pada wilayah kerja yang sama.

5. Praktik Keperawatan di tempat lain sesuai dengan Klien sasarannya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilaksanakan berdasarkan penugasan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Perawat bekerja.
6. Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan secara mandiri di tempat praktik mandiri Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus memasang papan nama praktik.
7. Papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus diletakkan pada bagian atau ruang yang mudah terbaca dengan jelas oleh masyarakat.
8. Papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dan ayat (7) paling sedikit memuat nama Perawat, nomor STRP, nomor SIPP, dan keterangan “memberikan Asuhan Keperawatan”.
9. Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan secara mandiri di tempat praktik mandiri Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah profesi ners.

Hal ini tentu menjelaskan bahwa seorang tenaga keperawatan yang diperbolehkan untuk menjalankan praktik keperawatan secara mandiri yang memiliki minimal Pendidikan sarjana profesional (ners) dengan memiliki nomor STRP dan SIPP dengan penjelasan memberikan asuhan keperawatan tentunya. STRP merupakan bukti tertulis yang diberikan oleh konsil keperawatan yang telah di registrasi. STRP memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi yang berlaku selama lima tahun.

STRP yang telah habis masa berlakunya dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peraturan ini berlaku juga untuk perawat asing dari luar negeri dengan ketentuan dan peraturan yang telah ditetapkan yang disebut dengan STRS (surat tanda register sementara) (Sarkisova, 2017). STRS ini berlaku selama satu tahun dan dapat diperpanjang untuk satu tahun berikutnya. Perawatan yang akan melaksanakan atau mendirikan praktik mandiri harus menambahkan atau membuat SIPP. SIPP yaitu bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan Praktik Keperawatan. SIPP diberikan kepada perawat yang telah memiliki STRP (Borgès Da Silva *et al.*, 2018).

SIPP berlaku untuk satu fasilitas pelayanan kesehatan. SIPP berlaku sepanjang STRP masih berlaku dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan. Perawat dapat memiliki paling banyak dua SIPP (Kemenkes, 2019). SIPP dapat dinyatakan tidak berlaku dalam hal-hal sebagai berikut ini:

1. Tempat praktik tidak sesuai lagi dengan SIPP;
2. Masa berlaku STRP telah habis dan tidak diperpanjang;
3. Dicabut oleh pejabat yang berwenang memberikan izin; atau
4. Perawat yang bersangkutan meninggal dunia

Hal diatas diatur juga dalam permenkes pasal nomor 26 tahun 2019 secara jelas dan rinci. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mempekerjakan Perawat yang tidak memiliki SIPP.

Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaporkan Perawat yang bekerja dan berhenti bekerja di Fasilitas Pelayanan kesehatannya pada tiap triwulan kepada kepala dinas kesehatan Pemerintah Daerah kabupaten/kota dengan tembusan kepada Organisasi Profesi (PERMENKES RI, 2010; Kemenkes, 2019).

Aturan perundang-undangan tenaga perawat sangat jelas memaparkan tugas dan tanggung jawab perawat selain dari perizinan praktik keperawatan. Ada pun hak dan tanggung jawab tenaga keperawatan yaitu terdapat pada pasal 16 adalah:

1. Pemberi asuhan keperawatan
2. Penyuluh dan konselor bagi Klien
3. Pengelola Pelayanan Keperawatan
4. Peneliti Keperawatan
5. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
6. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

Selain memiliki tugas dan tanggung jawab, perawat dalam tugas nya memberikan asuhan keperawat juga memiliki kewenangan sebagai berikut (Manurung *et al.*, 2021):

1. Melakukan pengkajian Keperawatan secara holistic
2. Menetapkan diagnosis Keperawatan
3. Merencanakan tindakan Keperawatan
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan
5. Mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan
6. Melakukan rujukan
7. Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;

8. Memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter
9. Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
10. Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas

Perawat dalam pelaksanaan praktik keperawatan memiliki kewajiban sesuai yang dijelaskan pada Pasal 36 sebagai berikut (Kemenkes, 2019):

1. Dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat mempunyai kewajiban:
 - a. Menjaga kerahasiaan kesehatan Klien;
 - b. Memperoleh persetujuan dari Klien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan bagi Perawat yang menjalankan praktik mandiri;
 - d. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, Standar Profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
 - f. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan

kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;

- g. melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat; dan
- h. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Profesi keperawatan dituntut untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta senantiasa meningkatkan mutu pelayanannya melalui pendidikan dan pelatihan khusus yang diselenggarakan oleh asosiasi profesi, pemerintah daerah, atau pemerintah dalam praktik keperawatan (De Bortoli Cassiani *et al.*, 2020; Huynh, Annie P & Haddad, 2022).

Pembahasan di atas menyatakan bahwa perawat yang memenuhi syarat dalam pendidikan keperawatan berhak mendirikan praktik keperawatan mandiri, sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 37 (Kemenkes, 2019):

1. Perawat yang menyelenggarakan Praktik Keperawatan mandiri memiliki wewenang:
 - a. Menyelenggarakan Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan;
 - b. Menyelenggarakan penyuluhan dan konseling bagi Klien; dan
 - c. Melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang.
2. Penyelenggaraan Praktik Keperawatan mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan standar dan kode etik.
3. Praktik Keperawatan mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di tempat praktik mandiri Perawat.

4. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Perawat dapat melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif sesuai dengan kompetensi.
5. Pelaksanaan kewenangan Keperawatan komplementer dan alternatif pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan berupa tempat praktik mandiri Perawat mengikuti ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (1) sampai dengan ayat (5) kecuali ayat (4).
6. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dalam penyelenggaraan Praktik Keperawatan secara mandiri di tempat praktik mandiri Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilakukan berdasarkan permintaan dokter secara tertulis.

Penyelenggaraan praktik keperawatan secara mandiri di tempat praktik mandiri, harus memenuhi persyaratan meliputi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, serta obat dan bahan habis pakai, selain ketentuan persyaratan memperoleh SIPP (Asmadi, 2008; Manurung *et al.*, 2021). Selain itu persyaratan lokasi harus berada pada lokasi yang mudah untuk akses rujukan dan memperhatikan aspek kesehatan lingkungan. Adapun bangunan praktik mandiri keperawatan juga diatur pada BAB IV pasal 40 yaitu sebagai berikut (Kemenkes, 2019):

1. Bangunan untuk tempat praktik mandiri Perawat dapat berupa rumah tinggal, bagian dari rumah, bagian dari kantor/tempat kerja, mal, atau bagian dari Gedung

2. Bagian dari gedung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa apartemen, rumah toko, rumah susun, mal, atau bangunan lain yang sejenis
3. Bangunan untuk tempat praktik mandiri Perawat harus bersifat permanen dan tidak bergabung fisik bangunan lainnya.
4. Ketentuan tidak bergabung fisik bangunan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak termasuk rumah tinggal perorangan, apartemen, rumah toko, rumah kantor, rumah susun, dan bangunan yang sejenis.
5. Dalam hal praktik mandiri berada di rumah tinggal perorangan, akses pintu keluar masuk tempat praktik harus terpisah dari tempat tinggal perorangan.
6. Bangunan praktik mandiri Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut.

Perawat yang berpraktik secara mandiri dalam praktik mandiri Perawat dapat dibantu oleh profesional medis atau non-medis lainnya. Profesional kesehatan lainnya harus memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan hukum. Perawat yang untuk sementara tidak dapat melakukan praktik keperawatan dapat menunjuk perawat pengganti yang kompetensinya setara dan melaporkannya kepada administrator dinas kesehatan setempat (Asmadi, 2008; Huynh, Annie P & Haddad, 2022). Selain itu, perawat pengganti harus memiliki SIPP dan tidak memiliki SIPP di lokasi tersebut. Staf keperawatan yang secara sukarela melakukan praktik keperawatan melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pekerjaan yang

mereka berikan. Catatan atau dokumen yang dirujuk harus disimpan sesuai dengan ketentuan hukum dan peraturan. Laporan harus ditujukan ke Puskesmas yang berada di klinik. (Borgès Da Silva *et al.*, 2018; Kemenkes, 2019).

Daftar Pustaka

- Ariga, R.A. (2020) *Konsep Keperawatan Dasar*. Yogyakarta: Deepublish.
- Asmadi (2008) *Konsep Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.
- Balaram Naik, P Karunakar, 1 M Jayadev, 1 and V Rahul Marshal² (2013) 'Peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang Izin dan penyelenggaraan Pratik Perawat 2013', *J Conserv Dent*. 2013. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23956527/>.
- Borgès Da Silva, R. *et al.* (2018) 'Nursing Practice in Primary Care and Patients' Experience of Care', *Journal of Primary Care and Community Health*, 9. Available at: <https://doi.org/10.1177/2150131917747186>.
- De Bortoli Cassiani, S.H. *et al.* (2020) 'Regulation of nursing practice in the region of the Americas', *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 44, pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.93>.
- Huynh, Annie P & Haddad, L.M. (2022) *Bookshelf: Nursing Practice Act*. USA: StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559012/>.
- Kemenkes (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan', *Kemenkes RI*, (912), pp. 1–159. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_26_Th_219_ttg_Peraturan_Pelaksanaan_UU_Nomor_38_Tahun_2014_tentang_Keperawatan.pdf.
- Larenggam, D.N. (2013) *Ketentuan Hukum Sebagai Acuan Dalam Pelaksanaan Praktik Perawat, Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar*. Universitas Hasanuddin.

- Lintang, K. (2021) 'Tanggung jawab hukum perawat praktik mandiri terhadap kerugian pasien', *Jurnal Suara Hukum*, 3(2), pp. 300–326. Available at: <https://journal.unesa.ac.id/index.php/suarahukum/article/view/13120>.
- Manurung, J. *et al.* (2021) *Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Yayasan Kita Menulis.
- PERMENKES RI (2010) 'Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat', *Menteri Kesehatan RI*. Indonesia.
- Sarkisova, V. (2017) 'Health and nursing policy, regulation and legislation, leadership and management', *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4), pp. 333–334. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.10.006>.

Profil Penulis



Ns. Anggra Trisna Ajani, S.Kep., M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap keperawatan dimulai pada tahun 2005 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke perguruan tinggi POLTEKKES KEMENKES RI Padang Jurusan Diploma Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2008. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Universitas Andalas Padang (UNAND) dan berhasil menyelesaikan studi S1 dan Ners pada tahun 2012. Penulis pada tahun 2017 melanjutkan studi S2 di Universitas Andalas Padang Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah dan menyelesaikan pada tahun 2019.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Keperawatan Khususnya Keperawatan Medikal Bedah. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Selain penelitian, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis buku.

Email Penulis: anggraajani@fpk.unp.ac.id

PROSEDUR INFEKSI NOSOKOMIAL

Ns. Muhammad Zaki, M.Kep., Sp.Kep.MB., WOCN
RSUP Fatmawati – Jakarta Selatan

Pendahuluan

Kejadian infeksi nosokomial di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan masalah serius bagi semua institusi pelayanan kesehatan pada saat ini. Hal ini sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI.

Acuan rekomendasi organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) terkait pelaksanaan upaya penekanan angka kejadian infeksi akibat pelayanan Kesehatan baik di rumah sakit maupun di praktek mandiri perawat, mengacu pada PMK 27 Tahun 2017 bahwasanya *Healthcare Associated Infections*(HAIs), sangat berperan aktif dalam penularan infeksius dengan terputusnya mata rantai langsung dari sumber infeksi, sehingga meminimalkan mikroba multi drug resisten (MDR) muncul pada fasyankes, lebih utama pada pelayanan perawatan luka.

Peran perawat dari bagian pelaksana hingga ke manajemen, secara aktif berpartisipasi melakukan pencegahan dengan menerapkan APD standar dan mengendalikan kejadian Infeksi dengan pemilahan

sampah medis secara tepat untuk memutus rantai transmisi pada tatanan pelayanan perawatan luka, sehingga keamanan dan keselamatan kerja petugas Kesehatan terjamin. Pemerintah melalui organisasi profesi terus membuat dan melakukan perubahan kebijakan standar prosedur operasional, sebagai acuan ditempat kerja.

Paparan sumber infeksi yang berasal dari cairan tubuh pasien seperti; darah, saliva, sputum, air seni, keringat dan cairan yang berasal dari hidung maupun luka, di unit pelayanan fasyankes saling berhubungan antara petugas, pasien dan keluarganya terjadi secara siklus dalam kehidupan sehari-hari.

Pengertian

Menurut Anna L.Costa dalam Liam Donaldson (2021), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial meliputi Infeksi terkait perawatan kesehatan (HAIs) didefinisikan sebagai: Infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas perawatan kesehatan lainnya yang tidak ada atau dalam masa inkubasi pada saat masuk. Termasuk juga di dalamnya infeksi yang didapat di rumah sakit, tetapi muncul setelah keluar, dan juga infeksi akibat kerja di antara staf pemberi pelayanan.

Pengendalian dimaksud termasuk didalamnya yaitu kewaspadaan isolasi dan transmisi. Kewaspadaan Isolasi merupakan standar wajib dipersiapkan oleh perawat untuk mencegah terjadinya infeksi antara lain dengan menjaga kebersihan tangan; menggunakan Alat Perlindungan Diri (APD) berupa sarung tangan, masker, *goggle*, *face shield*, maupun gaun/apron; sterilisasi peralatan perawatan luka yang akan digunakan atau sesudah dari pasien; pengelolaan limbah dan

pengendalian lingkungan. Kewaspadaan Transmisi memutus mata rantai dari sumber infeksi seperti kontak langsung dengan sumber infeksi (*contact*), melalui percikan ludah atau air liur (*droplet*) dan lewat sistem pernafasan (*airborne*).

Maksud dan Tujuan

Maksud dari kewaspadaan terhadap infeksi nosokomial adalah meminimalisasi menempel dan penyebaran mikroba penyebab infeksi yang berasal dari pasien terinfeksi atau kolonisasi kepada pasien lain atau petugas fasyankes ke pasien dan atau sebaliknya.

Tujuan dari kewaspadaan terhadap infeksi nosokomial adalah untuk menurunkan serta memutus mata rantai penyebaran mikroba infeksius di antara petugas, pasien, pengunjung, dan atau sebaliknya.

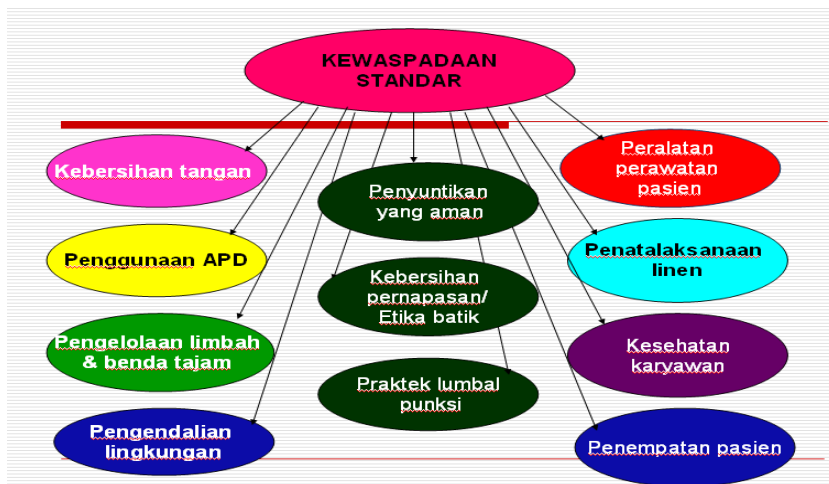
Prinsip Kewaspadaan Infeksi Nosokomial

Prinsip pelaksanaan kewaspadaan terhadap infeksi nosokomial yaitu menerapkan Kewaspadaan isolasi (*isolation precautions*) yang merupakan kombinasi dari kewaspadaan standar (*standard precautions*) dan kewaspadaan berbasis transmisi (*transmission-based precautions*). Kewaspadaan standar merupakan gabungan dari kewaspadaan universal (*universal precautions*) dan isolasi tubuh (*body substance isolation*) yang diterapkan untuk semua pasien.

Kewaspadaan Isolasi merupakan suatu upaya untuk menurunkan resiko infeksi dari sumber infeksi yang terjadi maupun yang belum diketahui faktor penyebabnya, pada petugas Kesehatan.

Kewaspadaan Transmisi merupakan suatu keadaan yang berhubungan secara langsung dari sumber infeksi, atau pada pasien dengan tanda infeksi baru sebelum adanya hasil penunjang laboratorium dan diagnosis lainnya.

Gambar 1 :



Gambar 3.1. Bagan Alur Upaya Pencegahan dan pengendalian Infeksi Di Tatanan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Sumber gambar:

<https://www.google.com/gambar+kewaspadaan+standar>

Menurut Kemenkes (2020) dua komponen utama tindakan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial petugas fasyankes terlibat aktif memutus mata rantai:

1. Infeksi

Infeksi yang berasal dari mikroba bakteri dan organisme patogen baik yang sudah terlihat maupun yang belum bergejala, yang muncul terjadi pada pasien, dan petugas Kesehatan, atau sebaliknya.

2. Rantai Infeksi (*chain of infection*)

Kejadian infeksi di pelayanan Kesehatan merupakan suatu siklus kejadian yang saling berhubungan.

Ada 6 komponen rantai penularan terjadinya infeksi di pelayanan Kesehatan. Bila satu dari enam mata rantai tersebut dapat kita putus atau hilang, maka penularan infeksi dapat dicegah dan dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi yaitu :

a. Agen Infeksi (*Agent Infection*)

Agen infeksi berasal dari mikroorganisme pada manusia seperti bakteri, virus, jamur dan parasit. Perkembang biakan proses infeksi dapat disebabkan dari 3 faktor yaitu; proses pathogenesis, virulensi dan jumlahnya.

b. Sumber/tempat agen infeksi hidup (*Reservoir*)

Sumber/tempat/wadah berkembangbiak agen infeksi, dimana kuman dapat hidup, tumbuh dan siap akan ditularkan pada penjamu atau manusia. Hasil penelitian mengatakan Reservoir terbanyak ditemukan pada manusia, alat medis, air, lingkungan, tanah, binatang dan bahan-bahan organik. Reservoir pada orang sehat ditemukan di permukaan kulit, pada saluran nafas atas, usus dan selaput lendir mulut dan vagina.

c. Pintu Keluar (*Portal of exit*)

Saluran pernafasan, pencernaan dan perkemihan serta transplacenta, merupakan pintu keluar (*Portal of exit*) mikroorganisme dari tempat agen infeksi (*reservoir*).

d. Metode Penularan (*Metode Transmision*)

Cara penularan mikroorganisme dengan metode transport dari reservoir ke pejamu yang rentan (manusia). Ada beberapa Metode penularan yaitu: (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) *droplet*, (3) *airborne*, (4) melalui vehikulum

(makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).

e. Pintu Masuk (*Portal of Entry*)

Pintu masuk mikroorganisme dari manusia melalui pejamu yang rentan, biasanya lewat kulit yang tidak utuh/ terluka, saluran pernafasan, pencernaan, perkemihan, dan alat genetalia.

f. Pejamu Rentan (*Susceptible Host*)

Pejamu rentan adalah seseorang yang mengalami penurunan kekebalan tubuh, sehingga tidak mampu melawan agen infeksi dari mikroorganisme yang masuk kedalam tubuh manusia. Faktor yang mempengaruhi kekebalan tubuh manusia usia, status imunisasi, status nutrisi/gizi, adanya penyakit kronik, trauma, luka bakar yang luas, pasca pembedahan dan pengobatan imunosupresi.

Komponen Penting Kewaspadaan Terhadap Infeksi Nosokomial

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Pelayanan Kesehatan baik di fasyankes maupun homecare bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung atau keluarga yang menerima pelayanan kesehatan.

Ada beberapa kewaspadaan standar yang harus dipatuhi oleh seluruh tenaga Kesehatan, yaitu :

1. Kebersihan tangan

Kebersihan tangan, bila tangan tidak kotor lakukan dengan menggunakan alkohol (*alcohol-based/ handrubs*), akan tetapi bila tangan kotor lakukan dengan cara mencuci menggunakan sabun biasa/antimikroba dan air yang mengalir, dilakukan

pada saat:

- a. Tangan kotor karena kontak langsung dengan cairan tubuh pasien seperti; darah, keringat, cairan tubuh sekresi, kulit yang tidak utuh, ganti balutan/verband, walaupun telah memakai sarungan tangan APD.
- b. Pada pasien yang sama apabila tangan kita akan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area yang bersih lainnya.

Indikasi Kebersihan tangan yaitu;

- a. Sebelum kontak pasien dan sebelum tindakan aseptik
- b. Sesudah kontak pasien, sesudah kontak darah dan cairan pasien
- c. Sesudah kontak lingkungan pasien



Gambar 3.2. Cara Kebersihan tangan dengan Sabun dan Air

Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.



Gambar 3.3. Cara Kebersihan Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol

Diadaptasi dari WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.

2. Alat Pelindung Diri (APD)

Secara umum alat pelindung diri (APD) yaitu peralatan atau pakaian khusus yang digunakan oleh petugas sebagai proteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker/*Respirator Partikulat*, pelindung mata (*goggle*), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (*Sepatu Boot*).

Indikasi pemakaian APD yaitu ketika akan melakukan tindakan yang kemungkinan tubuh akan terkena percikan darah dan atau membran mukosa atau cairan tubuh dari pasien yang terkontaminasi pada petugas dan atau sebaliknya. Lepas segera APD setelah selesai tindakan yang dikerjakan.



Gambar 4. Alat Pelindung Diri (APD)

Gambar 3.4. Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.

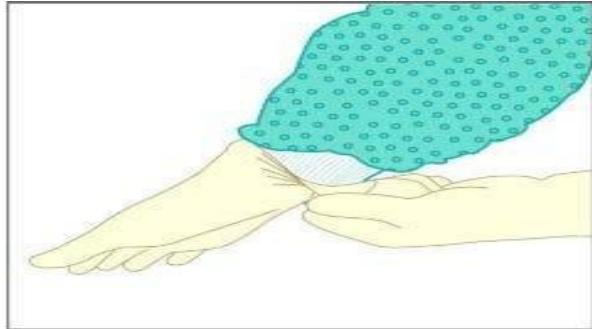
a. Jenis-jenis dan penggunaan APD

1) Sarung tangan

Jenis Sarung tangan terdapat tiga, yaitu:

- a) Sarung tangan bedah (steril), dipakai ketika melakukan pembedahan atau tindakan *invasive*.
- b) Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai guna melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin.
- c) Sarung tangan rumah tangga, dipakai saat membuat atau melakukan setting peralatan, penggunaan dan penanganan

bahan-bahan dan membersihkan permukaan yang terkontaminasi.



Gambar 5.5. Pemasangan sarung tangan

Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.

2) Masker

Masker merupakan pelindung wajah dan membran mukosa mulut dari percikan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dari petugas pada saat bersin dan batuk. Penggunaan masker harus menutupi hidung dan mulut dengan cara menekan *fit test* (melakukan penekanan di bagian hidung).

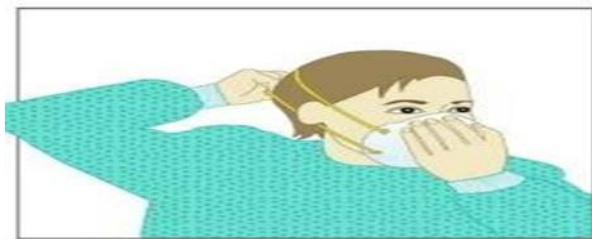
Jenis-Jenis Masker yang sering digunakan yaitu:

- a) Masker Bedah, adalah masker yang digunakan saat tindakan pembedahan atau mencegah penularan droplet.
- b) Masker Respiratorik, adalah untuk mencegah penularan melalui *airborne*.

- c) Masker Rumah Tangga, adalah yang dipergunakan di bagian dapur atau gizi.

Cara Menggunakan Masker:

- a) Pegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
- b) Tarik tali eratkan keduanya pada bagian tengah kepala atau leher.
- c) Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
- d) Posisikan masker tepat melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.
- e) Pastikan dengan memeriksa ulang bahwa masker telah melekat dengan benar.



Gambar 6. Memakai Masker

Gambar 5.6. *Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.*



Gambar 5.7. Menekan klip pada tulang hidung

Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.

Tabel 3.1: Penggunaan Sarung Tangan sesuai dengan Jenis Kegiatan/ Tindakan

TINDAKAN/KEGIATAN	PERLU SARUNG TANGAN?	JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN
Pengukuran Tekanan Darah	Tidak	
Pengukuran Suhu	Tidak	
Menyuntik	Tidak	
Penanganan dan pembersihan alat-alat	Ya	Rumah Tangga
Penanganan limbah terkontaminasi	Ya	Rumah Tangga
Membersihkan darah/ cairan tubuh	Ya	Rumah Tangga
Pengambilan darah	Ya	Pemeriksaan*
Pemasangan dan pencabutan infus	Ya	Pemeriksaan*
Pemeriksaan dalam Mukosa (vagina, rectum, mulut)	Ya	Bedah
Pemasangan dan pencabutan Implan, kateter urine, AKDR dan lainnya (terbungkus dalam paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh)	Ya	Bedah
Laparoscopy, persalinan per vaginam	Ya	Bedah
Pembedahan laparatomi, seksio sesarea atau tulang	Ya	Bedah

Sumber: Permenkes RI No.27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

3) Gaun Pelindung/Apron

Apron/gaun pelindung berguna untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan

tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis apron/gaun pelindung:

- a) Gaun pelindung tidak kedap air
- b) Gaun pelindung kedap air
- c) Gaun steril
- d) Gaun non steril

Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- a) Membersihkan luka
- b) Tindakan drainase
- c) Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
- d) Menangani pasien perdarahan masif
- e) Tindakan bedah
- f) Perawatan gigi

Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).



Gambar 5.8. Apron/Gaun pelindung

Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009

Cara memakai gaun pelindung:

Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.

4) Pelindung/Perisai Wajah (goggle)

Goggle dan perisai wajah harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata.

Tujuan pemakaian *Goggle* dan perisai wajah:

Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi.

Indikasi:

Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi di laundry, di ruang dekontaminasi CSSD.



Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009

5) Pelindung/Kap Kepala/Topi

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- a) Tindakan operasi
- b) Pertolongan dan tindakan persalinan
- c) Tindakan insersi CVL
- d) Intubasi Trachea
- e) Penghisapan Lendir
- f) Pembersihan Alkes



Gambar 5.11. Penutup Kepala/Topi

Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009

- 6) Pelindung Kaki/ Sandal-Sepatu Tertutup (sepatu boot)

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/ percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan.

b. Cara Melepas APD

Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut:

- 1) Lepaskan sepasang sarung tangan
- 2) Lakukan kebersihan tangan
- 3) Lepaskan apron
- 4) Lepaskan perisai wajah (*goggle*)
- 5) Lepaskan gaun bagian luar
- 6) Lepaskan penutup kepala/topi
- 7) Lepaskan masker
- 8) Lepaskan pelindung kaki
- 9) Lakukan kebersihan tangan/cuci tangan dengan air mengalir.

Daftar Pustaka

- Adhani, R. (2018). Pengelolaan Limbah Medis. In *Global Shadows: Africa in the Neoliberal World Order* (Vol. 44, Issue 2).
- Anna L. Costa, Gaetano Pierpaolo Privitera, Giorgio Tulli, and G. T. (2021). *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk management*. Editors Liam Donaldson, Walter Ricciardi, Susan Sheridan, Riccardo Tartaglia. Springer.
- Farid.H.Husaien, dkk Depkes RI, P. I. P. S. I. (PIPSI). (2009). *pedoman instalasi pusat sterilisasi di RS*.
- Grant T. Savage. (2008). *Patient Safety in Health Care Management (Advances in Health Care Management)*.
- Liam Donaldson, Walter Ricciardi, Susan Sheridan, R. T. (2021). *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. In Springer. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2013). *Disinfection and sterilization in healthcare facilities*. Bennett & Brachman's *Hospital Infections: Sixth Edition*, May. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.04.004>
- Setiyawan, Y. (2017). *Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan* (D. R. P. N. 27 (ed.)).
- Youngberg, B. J. (2011). *Principles of Risk Management and Patient Safety*.

Profil Penulis



Ns. Muhammad Zaki, M.Kep., Sp.Kep.MB., WOCN

Berbekal pendidikan DIII Keperawatan dari Poltekkes Jakarta 1 tahun 2008, penulis memulai bekerja sebagai PNS Kemenkes di RSUP Fatmawati, Jakarta Selatan. Karena tingginya keinginan penulis melanjutkan pendidikan lanjut, kemudian penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang sarjana di FIKES Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta dan sukses mendapat pendidikan sarjana keperawatan dan Ners pada tahun 2010 dan 2011. Pada tahun 2010 penulis turut sukses mendapatkan beasiswa untuk program ETN dan menjadi salah satu perawat spesialis luka, stoma dan inkontinensia.

Penulis pada tahun 2014 berkesempatan mendapatkan beasiswa dari Gubernur Jawa Barat dan melanjutkan kuliah di jenjang magister dan spesialis pada FIK Universitas Indonesia dan berhasil menyandang sebagai Spesialis Keperawatan pada tahun 2018. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh Rumah Sakit Fatmawati tempat peneliti bekerja sejak 2008 silam sudah banyak dijadikan sebagai pedoman dalam memberikan intervensi mandiri keperawatan di ranah perawatan pasien di RSUP Fatmawati, khususnya pada tindakan yang berhubungan dengan ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*). Selain sebagai praktisi klinis, pemilik praktik mandiri keperawatan luka dan sebagai peneliti, penulis juga aktif menulis buku keperawatan lainnya, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi dunia keperawatan pada bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: muhammadzakiaini@gmail.com

PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK DAN TINGKAT KESADARAN

Dewi Nur Sukma Purqoti, S.Kep., Ners., M.Kep
Stikes Yarsi Mataram

Prosedur Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mendapatkan data pengkajian awal untuk dapat menegakkan diagnosa serta Tindakan keperawatan yang tepat. Tata cara atau prosedur pelaksanaan pemeriksaan fisik akan dijabarkan berdasarkan tahapan dalam pemeriksaan fisik itu sendiri yang terdiri dari inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), dan auskultasi (mendengar).

Pemeriksaan fisik adalah tindakan dimana kita menganalisis dan mensintesis informasi yang terkumpul dalam rangka mengambil keputusan tentang status kesehatan klien sebagai bagian dari proses keperawatan. Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematis dengan memakai indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien dengan menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

Selayaknya tahapan ini dilakukan secara berurutan namun pada kondisi tertentu atau pemeriksaan organ tertentu tahapan ini dapat dilakukan tidak secara berurutan seperti yang telah disebutkan di atas.

Tujuan pemeriksaan fisik sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien
2. Menambah, menginformasikan atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan
3. Mengonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan
4. Membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaannya

Inspeksi (melihat/observasi)

Tahapan pertama pada pemeriksaan fisik yaitu melakukan inspeksi atau melihat dan mengobservasi serta menilai kondisi klien secara visual menggunakan indra penglihatan, dapat dilakukan tanpa menggunakan alat bantu maupun dengan menggunakan alat bantu. Adapun tekniknya pemeriksa melihat dan menilai secara seksama, persistent, dan tidak tergesa-gesa selama proses pelaksanaan pemeriksaan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mendapatkan data tambahan agar mengetahui kondisi lebih detail, lebih jelas, dan memvalidasi apa yang dilihat oleh indra penglihatan dikaitkan dengan suara atau bau yang berasal dari klien. Hasil yang diperoleh pada saat pemeriksaan secara inspeksi ini akan terkumpul dalam bentuk data yang bersifat opini subyektif dan obyektif mengenai kondisi klien.

1. Palpasi (meraba)

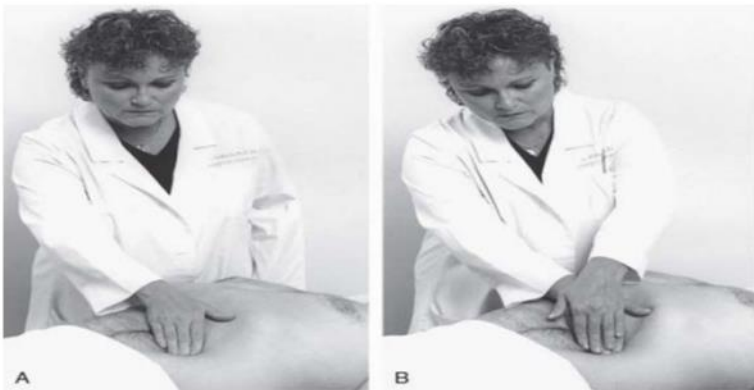
Tahapan kedua dalam pemeriksaan fisik adalah melakukan Palpasi yaitu tatacara penggunaan sensasi taktil untuk menentukan ciri-ciri suatu sistem organ. Palpasi dilakukan dengan menyentuh atau meraba menggunakan telapak tangan dan memanfaatkan alat peraba yang terdapat pada telapak tangan serta jari tangan. Adapun kondisi yang dapat ditentukan melalui Teknik ini adalah dapat menentukan posisi organ, bentuk, ukuran, tepi, permukaan, konsistensi, serta mobilitas organ yang diperiksa. Pernyataan untuk setiap yang ditemukan haruslah menggunakan pernyataan yang baku, misalnya untuk ukuran organ dapat disebutkan dengan besaran yang sudah dikenal secara umum, seperti bola pingpong atau telur ayam, tapi untuk lebih detailnya dianjurkan menggunakan satuan yang baku seperti sentimeter, milimeter atau yang lainnya. Permukaan organ dapat disebutkan dengan kata rata atau berbenjol- benjol, sedangkan untuk konsistensi organ dapat dinyatakan dengan lunak, keras, kistik, atau berfluktuasi, dan untuk tepi organ dapat menyebutkan dengan sebutan tajam atau tumpul.

Tangan yang digunakan dalam melakukan palpasi haruslah menggunakan bagian tangan yang paling sensitif, misalnya Pads atau ujung jari pada bagian distal ruas interphalangeal paling baik digunakan untuk digunakan dalam melakukan Teknik palpasi, karena ujung saraf spesifik untuk indera sentuh terkelompok saling berdekatan. Hal ini akan meningkatkan kemampuan membedakan dan menginterpretasi apa yang disentuh. Pengukuran kadar suhu tubuh paling baik dilakukan menggunakan bagian punggung (dorsum) tangan.

Posisi, ukuran, dan konsistensi struktur dapat ditentukan paling efektif menggunakan tangan yang berfungsi untuk meraih atau memegang. Tangan juga dapat digunakan untuk mendeteksi massa atau mengevaluasi cairan yang terkumpul secara abnormal. Vibrasi/getaran dapat dengan mudah dideteksi oleh permukaan telapak tangan, sepanjang persendian tulang metacarpophalangeal (MCP), atau aspek ulnar jari kelima dari pergelangan tangan ke sendi MCP. Area ini dapat mendeteksi getaran dengan baik karena suara dapat lewat dengan mudah melalui tangan.

Teknik palpasi dibedakan menjadi beberapa bagian yaitu palpasi dalam, medium, dan atau ringan. Pada awal pemeriksaan palpasi biasanya digunakan palpasi ringan. Kekuatan palpasi dapat ditingkatkan terus sepanjang pasien dapat menoleransi. Jika pada awal palpasi dilakukan terlalu dalam, lesi permukaan menjadi sulit diketahui dan mungkin dapat terlewatkan. Selain itu, palpasi dalam dapat mengakibatkan rasa nyeri yang tidak perlu pada klien. Palpasi ringan bersifat superfisial dan lembut. Teknik Palpasi ringan dengan cara meletakkan atau menekan secara ringan ujung jari pemeriksa pada kulit pasien, kemudian jari digerakkan dengan gerakan memutar. Palpasi medium digunakan untuk menilai lesi medieval pada peritoneum, mengevaluasi adanya massa, nyeri tekan, pulsasi (meraba denyut), dan nyeri pada kebanyakan struktur tubuh. Palpasi ini dilakukan dengan menekan permukaan telapak jari sedalam 1-2 cm ke dalam tubuh pasien dan menggunakan gerakan sirkuler/memutar. Palpasi dalam digunakan untuk menilai organ dalam rongga tubuh. Palpasi dalam dapat dilakukan dengan satu atau dua tangan.

Palpasi dengan dua tangan dilakukan terutama bila pemeriksa hendak mengetahui adanya cairan atau ballotement pada bagian abdomen. Jika dilakukan dengan dua tangan, tangan yang di atas menekan tangan yang di bawah 2-4 cm ke bawah dengan gerakan sirkuler. Pada palpasi abdomen, dilakukan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut. Abdomen diraba dengan telapak tangan mendatar dengan jari-jari II, III, dan IV merapat. Bagian yang nyeri atau tidak nyaman selalu dipalpasi terakhir.



Gambar 4.1. Teknik palpasi

Sumber : Sutejo, I.R. dan Purwandhono, A 2016

2. Perkusi (ketukan)

Tahapan selanjutnya dalam pemeriksaan fisik adalah melakukan Perkusi berkaitan dengan sensasi taktil dan bunyi yang diperoleh dari suatu ketukan atau pukulan di atas area yang diperiksa. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan data terkait batas-batas suatu organ, seperti organ paru, jantung, dan hati atau mengetahui batas- batas massa abnormal di rongga abdomen.



Gambar 4.2. Pekusi Tidak Lansung: Perhatikan Posisi Jari Landasan (Plessimeter)

Sumber : Sutejo, I.R. dan Purwandhono, A 2016

Adapun nada atau bunyi yang dihasilkan dari pemeriksaan perkusi ini bermacam-macam

Tergantung dari isi jaringan yang ada di area yang diketuk, nada tersebut dibagi lima kualitas dasar, yaitu : *Pekak*, *redup*, *sonor*, *hipersonor*, dan *timpani*.

- a. *Pekak*, dihasilkan oleh massa padat, contoh lokasi pada bagian paha.
- b. *Redup*, dihasilkan oleh pemeriksaan ketukan di area hati.
- c. *Sonor*, dihasilkan oleh pemeriksaan ketukan pada paru yang normal.
- d. *Hipersonor*, dihasilkan ketika paru mengalami emfisema.
- e. *Timpani*, dihasilkan oleh ketukan pada pipi yang dikembungkan atau gelembung udara pada lambung.

Perkusi dapat dilakukan secara langsung dengan mengetukkan ujung jari II dan III langsung pada daerah yang diperkusi. Cara ini sulit dan memerlukan banyak latihan sehingga jarang dilakukan, kecuali untuk perkusi kepala. Cara yang lebih lazim dikerjakan adalah perkusi tidak langsung.

Prosedur perkusi tidak langsung adalah sebagai berikut:

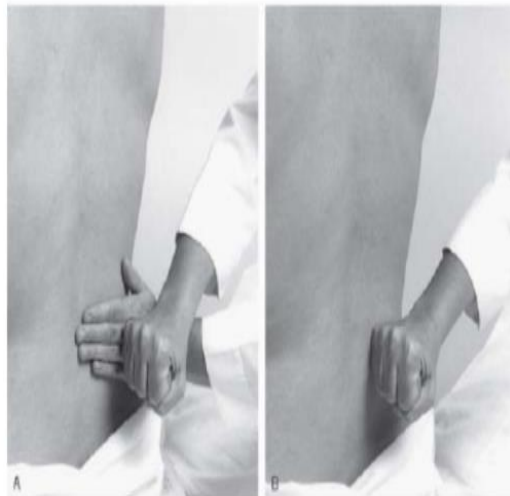
- a. Tempatkan jari kedua atau ketiga tangan kiri pada bagian tubuh yang diperiksa, sedangkan jari-jari lainnya tidak menyentuh tubuh. Jari ini dipakai sebagai landasan untuk mengetuk. Untuk menghasilkan bunyi yang lebih keras, tekan jari ini dengan erat pada bagian tubuh yang diperiksa. Cara ini lebih baik daripada melakukan penketukan lebih keras.
- b. Jari tengah dari tangan kiri diletakkan pada permukaan yang akan diketuk, jari tersebut dalam kondisi hiperekstensi, tekanan persendian interfalang pada permukaan yang diperkusi dengan bagian lain dari tangan kiri.
- c. Tempatkan tangan kanan ke dekat daerah yang akan diketuk dalam posisi menekuk ke atas. Jari tengah dalam sikap fleksi, relaks, dan siap untuk mengetuk.

Dengan gerakan yang cepat, tapi rileks dari pergelangan tangan kanan ketuklah jari tengah tangan kiri yang menempel pada bidang yang diperiksa dengan jari tengah kanan. Gunakan ujung jari dengan posisi yang sedapat mungkin tegak lurus. Buatlah ketukan seringan mungkin yang dapat menghasilkan suara yang jelas.



Gambar 4.3. Teknik perkusi

Sumber: Sutejo, I.R. dan Purwandhono, A 2016



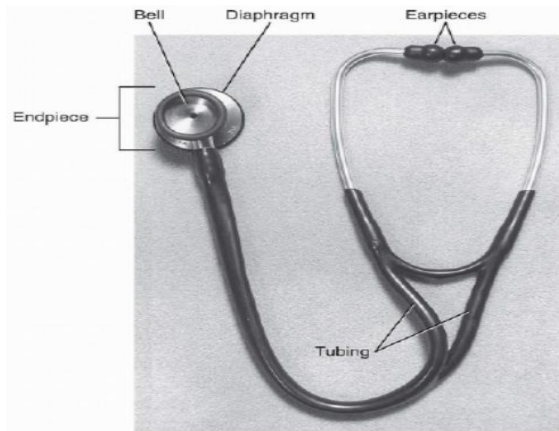
Gambar 4.4 Perkusi Kepalan Tangan: A. Perkusi Tidak Langsung Pada Daerah CVA dan
B. Perkusi Langsung Pada CVA

Sumber: Sutejo, I.R. dan Purwandhono, A 2016

3. Auskultasi (mendengar)

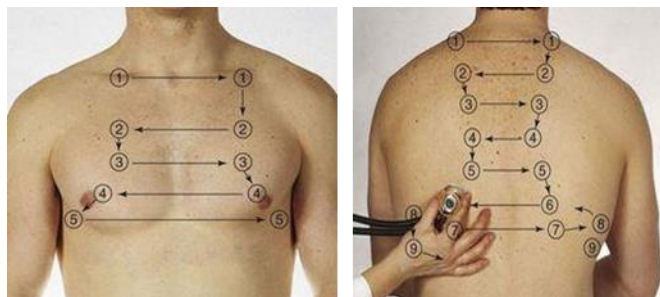
Auskultasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh organ dalam. Suara yang didengar dibedakan berdasarkan frekuensi (pitch), intensitas (keras lemahnya), durasi, kualitas (timbre), dan waktunya. Dengan auskultasi dapat didengar suara pernapasan, bunyi atau bising jantung, peristaltik usus, serta aliran darah dalam pembuluh darah. Teknik ini seharusnya dipakai bersama-sama dengan inspeksi, perkusi, dan palpasi. Umumnya, auskultasi adalah teknik yang dilakukan terakhir pada suatu pemeriksaan, kecuali auskultasi yang dilakukan pada daerah abdomen harus mendahului palpasi dan perkusi karena jika tidak demikian, suara mekanik yang terjadi dalam abdomen akibat menekan-nekan sekitar isi perut akan menghasilkan “suara usus” palsu. Auskultasi dianjurkan menggunakan stetoskop binaural dengan pipa yang pendek (25-30 cm). Dinding pipa tebalnya ± 3 mm dan diameter lumen pipa 3 mm. Terdapat 3 ukuran stetoskop yang sesuai untuk neonatus, anak (pediatrik), dan dewasa. Umumnya stetoskop pediatrik cukup memadai untuk digunakan pada bayi dan anak. Stetoskop binaural mempunyai bagian yang bermembran (diafragma) dan bagian yang berbentuk seperti mangkok (bel) yang dikelilingi karet agar terasa dingin. Sisi diafragma akan menyaring suara yang berfrekuensi atau bernada rendah, sehingga suara yang terdengar terutama adalah suara bernada tinggi. Suara yang bernada tinggi antara lain suara jantung (S1 dan S2), gesekan perikard (pericardial friction rub), suara paru-paru, dan bising usus. Sedangkan sisi bel akan menyaring suara yang berfrekuensi tinggi, sehingga suara yang terutama terdengar adalah suara berfrekuensi rendah.

Suara yang bernada rendah antara lain murmur jantung, turbulensi arteri (bruits) atau vena (hums), dan friksi organ. Perlu diingat bahwa fungsi pada sisi bel hanya akan terjadi bila alat ditekan lembut pada kulit. Apabila sisi bel ditekan dengan keras pada kulit maka mangkuk bersama kulit akan berfungsi sebagai membran, yaitu menyalurkan suara berfrekuensi tinggi.



Gambar 4.5 Bagian-Bagian Stetoskop

Sumber : Sutejo, I.R. dan Purwandhono, A 2016



Gambar 4.6. Lokasi untuk melakukan pemeriksaan Auskultasi

Sumber: <http://eprints.polsri.ac.id>

Prosedur Pemeriksaan Tingkat Kesadaran

Kesadaran didefinisikan sebagai bagaimana individu mampu berhubungan dengan lingkungan dan dirinya sendiri yang dinilai dari berfungsinya panca indra yang dimilikinya. Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan. Berikut akan dijabarkan tingkat kesadaran berdasarkan nilai GCS yang dimiliki, mulai dari compos mentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, sopor komatis, dan koma.

1. Compos Mentis, merupakan dimana keadaan klien sadar sepenuhnya dan mampu merespon lingkungan dan dirinya dengan sangat baik, Nilai GCS nya adalah 15-14.
2. Apatis, adalah keadaan dimana klien tidak peduli atau merasa enggan untuk merespon lingkungannya, Nilai GCS nya adalah 13-12.
3. Delirium, merupakan tingkat kesadaran yang mulai mengalami penurunan diikuti dengan penurunan kemampuan motorik. Keadaan ini ditandai dengan klien yang mengalami gangguan siklus tidur, gelisah, disorientasi, kacau, hingga meronta-ronta. Nilai GCS nya 11-10.
4. Somnolen, merupakan keadaan klien yang terlihat mengantuk cukup dalam, tetapi masih bisa dibangunkan melalui rangsangan seperti mengajaknya berbicara. Namun, ketika rangsangan tersebut berhenti, pasien akan kembali tertidur. Nilai GCS nya 9-7.
5. Sopor, adalah keadaan mengantuk berat yang dialami oleh seseorang dan hanya dapat dibangunkan melalui rangsangan nyeri, yang diikuti dengan ketidak

mampuan merespon dengan baik secara verbal, Nilai GCS nya 6-5

6. Sopor komatis, disebut juga dengan semi koma, dimana seseorang tidak dapat memberikan respons pada rangsangan verbal bahkan tidak dapat dibangunkan sama sekali. Namun, jika diberikan rangsangan pada mata, kornea, dan pupil pasien masih memberikan respons yang baik. Nilai GCS nya 4.
7. Koma, merupakan keadaan seseorang yang mengalami kesadaran yang sangat rendah, dimana klien tidak memberikan respon apapun terhadap segala rangsangan nyeri. Adapun nilai GCS untuk kondisi tersebut adalah 3.

Pemeriksaan GCS (*Glasgow coma scale*)

Glasgow coma scale merupakan skala neurologis yang diterbitkan pada tahun 1974 oleh Graham Teasdale dan Bryan J. Jennet, Profesor Bedah Saraf di Institut Ilmu Saraf Universitas Glasgow. Skala ini digunakan untuk mengukur secara objektif sejauh mana gangguan kesadaran pada semua jenis pasien medis dan trauma akut.

GCS mengukur tingkat kesadaran seseorang berdasarkan tiga aspek respon, yaitu membuka mata, respon verbal dan respon motorik. Skor diberikan untuk setiap kategori dan kemudian dijumlahkan untuk memberikan nilai keseluruhan yang berkisar mulai dari 3 hingga 15.

Berikut cara mengukur tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS:

Didasarkan pada respon dari membuka mata (*eye open* = E), respon motorik (motorik *response* = M), dan respon verbal (*verbal response* = V).

Tabel 4.1 Skoring *Glasgow coma scale*

GLASGOW COMA SCALE	
Eye-opening (E)	
• Spontaneous	4
• To speech	3
• To pain	2
• Nil	1
Best motor response (M)	
• Obeys	6
• Localises	5
• Withdraws	4
• Abnormal flexion	3
• Extensor response	2
• Nil	1
Verbal response (V)	
• Orientated	5
• Confused conversation	4
• Inappropriate words	3
• Incomprehensible sounds	2
• Nil	1
Coma score = E + M + V	
• Minimum	3
• Maximum	15

Daftar Pustaka

- Ardhiansyah, A. O., & Onk, S. B. K. (2022). *Pemeriksaan Fisik untuk Kasus Bedah*. Airlangga University Press.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2007). *Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan*. Jakarta: Depkes.
- Hidayati, R. (2019). *Teknik Pemeriksaan Fisik*. Jakad Media Publishing
- Hidayat, A. A. (2021). *Praktik Pemeriksaan Fisik untuk Mahasiswa Keperawatan*. Health Books Publishing.
- Malisa, N., Damayanti, D., Perdani, Z. P., Darmayanti, D., Matongka, Y. H., Suwanto, T., & Nompo, R. S. (2021). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Yayasan Kita Menulis.
- Matondang, C.S., Wahidiyat, I., dan Sastroasmoro, S. (2000). *Diagnosis Fisis pada Anak*. Jakarta: PT Sagung Seto.
- Seidel, H., Ball, J., Dains, J., et al. Mosby's Guide to Physical Examination, 6th edition. St. Louis: Mosby.
- Strasinger, S.K. dan Lorenzo, M.S.D. (2008). Annisa, F., Diana, M., & Putra, K. W. R. (2016). *Pemeriksaan Fisik Head to Toe. rinalysis and Body Fluids*. 5th Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sutejo, I.R. dan Purwandhono, Azham (2016). *Modul Keterampilan Klinik Dasar Blok 6. Pemeriksaan Fisik Dasar dan BLS*. Fakultas Kedokteran, Universitas Jember

Profil Penulis



Dewi Nur Sukma Purqoti, S.Kep., Ners., M.Kep

Lahir di Dusun Pancordao, Desa Aik Darek Kecamatan Batukliang Kabupaten Lombok Tengah, Provinsi Nusa Tenggara Barat pada tanggal 30 Mei 1987, Lulus D3 Keperawatan pada tahun 2008 di AKPER Yarsi Mataram yang saat ini menjadi STIKES YARSI Mataram, sebelum melanjutkan studi profesi Ners dan lulus pada tahun 2013 di STIKES Yarsi Mataram, ia pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Islam Siti Hajar Mataram dari tahun 2008-2010 dan pada tahun 2017 ia sukses menyelesaikan pendidikan strata dua (S2) keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan judul tesis pengaruh Konseling Spiritual Terhadap kemampuan adaptasi psikologis pasien stroke. Dari tahun 2018 ia fokus meneliti dan menulis tentang kasus-kasus paliatif. Dia juga aktif dalam organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) NTB. Selain itu ia pun aktif melaksanakan pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk tanggung jawabnya sebagai seorang dosen.

Email Penulis: purqotidewi87@gmail.com

PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA- TANDA VITAL

Ns. Aulia Asman, S.Kep., M.Biomed
Universitas Negeri Padang

Pendahuluan

Pemeriksaan vital sign atau TTV (tanda-tanda vital) adalah suatu prosedur mendasar bagi tim tenaga Kesehatan maupun layanan kesehatan yang bertujuan untuk mendeteksi adanya suatu kelainan, gangguan, perubahan fungsi organ tubuh dan masalah medis lainnya agar dapat membantu dokter menjadi suatu diagnosa. Terdapat empat komponen tanda-tanda vital utama yang harus rutin dipantau, meliputi Tekanan Darah/Tensi Darah, Denyut Nadi, Laju Pernapasan dan Suhu Tubuh. Pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan saat pasien datang ke fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan perawatan medis. Selain itu, tanda-tanda vital juga dapat dilakukan di rumah, di lokasi darurat medis maupun di tempat lain. Apabila pasien dicurigai sedang menderita kondisi medis yang serius, maka pemantauan tanda-tanda vital akan terus diulang dan dilakukan evaluasi secara kontinyu sampai hasil tanda-tanda vital kembali normal.

Jenis - Jenis Pemeriksaan Tanda –Tanda Vital

1. Tekanan Darah

Merupakan tekanan yang di alami darah pada pembuluh darah arteri ketika darah di pompa oleh jantung ke seluruh tubuh. Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop melalui nilai sistolik dan diastolik.

Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Pada pemeriksaan tekanan darah akan didapat dua angka. Angka yang lebih tinggi diperoleh pada saat jantung berkontraksi (sistolik), angka yang lebih rendah diperoleh pada saat jantung berelaksasi (diastolik).

Jenis Tekanan Darah

Terdapat 2 (dua) pengukuran penting dalam tekanan darah, yaitu tekanan sistolik dan tekanan diastolik. Tekanan sistolik (Systolik Pressure) adalah tekanan darah saat jantung berdetak dan memompakan darah. Tekanan diastolik (Diastolik) adalah tekanan darah saat jantung beristirahat diantara detakan.

Tabel. Jenis Tekanan Darah

Kategori	Tekanan Sistolik, mm Hg	Tekanan Diastolik, mm Hg
Hipotensi	< 90	< 60
Normal	90 – 119	60 – 79
Prehipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi Tingkat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Tingkat 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensi Tingkat Darurat	≥ 180	≥ 110

Sumber : William Wilkins (2007)

2. Denyut Nadi

Pengukuran denyut nadi dilakukan untuk mengetahui jumlah detak jantung, ritme jantung dan kekuatan detak jantung per menit. Nilai denyut nadi normal pada dewasa yaitu kisaran 60-100 x/menit, sementara pada bayi dan anak-anak lebih tinggi dari dewasa. Namun, denyut nadi dapat lebih rendah maupun tinggi dari nilai normal tergantung dari kondisi tubuh yang habis berolahraga, kondisi emosi ataupun psikologis yang tidak stabil, sedang cedera dan sakit. Pengukuran denyut nadi dapat dilakukan pada :

- Arteri Radialis. Terletak di sepanjang tulang radialis. Sering dipakai secara rutin dan lebih mudah teraba di area pergelangan tangan dan searah dengan ibu jari.
- Arteri Brachialis. Terletak di medial lipatan siku tangan bagian dalam. Digunakan menggunakan stetoskop untuk mengukur tekanan darah.
- Arteri Karotis. Termasuk salah satu arteri besar yang terletak pada leher di lobus telinga.

3. Laju Pernafasan

Laju pernapasan adalah alat penghitung jumlah frekuensi pernapasan seseorang dalam kurun waktu 1 menit. Laju pernapasan adalah alat penghitung jumlah frekuensi pernapasan seseorang dalam kurun waktu 1 menit. Teknik pengukuran pernapasan paling sederhana dilakukan dengan telapak tangan pada diafragma atau dada tempat melakukan perhitungan saat paru melakukan ekspirasi dan inspirasi, dibantu dengan menggunakan tasbih digital.

FREKUENSI PERNAPASAN	
USIA	FREKUENSI /MENIT
BAYI BARU LAHIR	35-40
BAYI (6 BULAN)	30-50
TODLER (2 TAHUN)	25-32
ANAK-ANAK	20-30
REMAJA	16-19
DEWASA	12-20

Sumber : William Wilkins (2007)

4. Suhu Tubuh

Temperatur (suhu) adalah suatu ukuran derajat panas dengan menggunakan alat yang disebut thermometer dan suhu yang dihasilkan tergantung dari aktivitas yang dilakukan, cuaca, metabolisme tambahan karena pengaruh hormon, konsumsi cairan maupun jenis kelamin. Temperature tubuh normal yaitu antara 36,5 sampai dengan 37,2 derajat celcius.

- a. Melalui mulut, thermometer di letakkan di bawah lidah, bisa menggunakan thermometer kaca/air raksa atau thermometer digital. Pada bayi/anak tidak dianjurkan menggunakan thermometer kaca karena beresiko pecah akibat digigit dan juga

menggunakan bahan merkuri yang bersifat racun bagi tubuh dan berbahaya bagi bayi/anak.

- b. Melalui rectal/anus. Tidak dianjurkan untuk pemeriksaan suhu melalui rectal jika mengalami diare, setelah pembedahan rectal ataupun sedang mengalami ambeien/hemorroids.
- c. Melalui axilla/ketiak ini yang paling sering digunakan karena dirasa mudah dan nyaman. Namun ada beberapa kontraindikasi bagi pasien untuk dilakukan pemeriksaan suhu melalui axilla, yaitu pasien kurus, adanya inflamasi lokal di daerah ketiak, pasien tidak sadar/shock dan konstriksi pembuluh darah perifer.
- d. Melalui telinga, merupakan thermometer khusus (biasanya memakai digital) yang dengan cepat mengukur suhu gendang telinga yang merupakan suhu inti tubuh (suhu organ internal)
- e. Melalui kulit, merupakan thermometer khusus (biasanya memakai digital) yang dengan cepat mengukur suhu di kulit dahi. Kulit memiliki beberapa tipe reseptor sensorik. Misalnya, berupa mekanoreseptor, nosiseptor dan termoreseptor. Oleh sebab itu, kulit sangat sensitif terhadap sentuhan, panas, dingin (Asman, A.et al 2022).

Prosedur Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tujuan Praktikum

1. Tujuan Umum.

Setelah mengikuti praktikum berikut diharapkan mahasiswa dapat melakukan keterampilan dalam melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.

2. Tujuan Khusus.

Setelah melakukan praktikum berikut mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pengukuran tekanan darah
- b. Melakukan pengukuran nadi
- c. Melakukan pengukuran temperatur/suhu tubuh
- d. Melakukan pengukuran pernafasan (respiration rate)

Konsep Teori

Tekanan darah (TD), nadi, suhu/temperature dan respiration rate (RR) adalah pengkajian dasar pasien, yang diambil dan didokumentasikan dari waktu ke waktu yang menunjukkan perjalanan kondisi pasien. TD, nadi, suhu dan RR disebut dengan tanda vital (vital sign) atau cardinal symptoms karena pemeriksaan ini merupakan indikator yang diperlukan untuk mempertahankan kehidupan. Tanda-tanda vital harus diukur dan dicatat secara akurat sebagai dokumentasi keperawatan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien dapat membantu perawat dalam membuat diagnosa dan perubahan respon pasien.

Jenis pemeriksaan tanda-tanda vital diantaranya :

1. Tekanan Darah (TD) normalnya 100-120/60-80 mmHg Tekanan darah memiliki komponen yaitu sistolik dan diastolik. Pada waktu ventrikel berkonstraksi, darah akan dipompakan ke seluruh tubuh. Keadaan ini disebut sistolik, dan tekanan aliran darah pada saat itu disebut tekanan darah sistolik. Pada saat ventrikel sedang rileks, darah dari atrium masuk ke ventrikel, tekanan aliran darah pada waktu ventrikel sedang rileks disebut tekanan darah

diastolik. Kategori tekanan darah pada dewasa (Keperawatan Klinis, 2011)

Kategori	TD Sistolik (mmHg)	TD Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi (derajat 1)	140-159	90-99
Hipertensi (derajat 2)	>160	>100

2. Nadi Frekuensi denyut nadi dihitung dalam 1 menit, normalnya 60-100 x/menit Takikardi jika > 100 x/menit dan Bradikardi jika < 60 x/menit Lokasi pemeriksaan denyut nadi diantaranya :

- a. Arteri radialis
- b. Arteri ulnaris
- c. Arteri brachialis
- d. Arteri karotis
- e. Arteri temporalis superfisial
- f. Arteri maksiliaris eksterna
- g. Arteri femoralis
- h. Arteri dorsalis pedis
- i. Arteri tibialis posterior

Skala ukuran kekuatan/kualitas nadi (Keperawatan Klinis, 2011)

Level	Nadi
0	Tidak ada
1+	Nadi menghilang, hampir tidak teraba, mudah menghilang
2+	Mudah teraba, nadi normal
3+	Nadi penuh, meningkat
4+	Nadi mendentum keras, tidak dapat hilang

3. Suhu Lokasi pemeriksaan suhu tubuh :

Mulut (oral) tidak boleh dilakukan pada anak/bayi,
Anus (rectal) tidak boleh dilakukan pada klien

dengan diare, ketiak (aksila), telinga (timpani/aural/otic) dan dahi (arteri temporalis).

- a. Hipotermia ($41,1^{\circ}\text{C}$)
- b. Normal ($35-37^{\circ}\text{C}$)
- c. Pireksia/febris ($37-41,1^{\circ}\text{C}$)
- d. Hipertermia ($>41,1^{\circ}\text{C}$)

LOKASI PENGUKURAN SUHU	PERBEDAAN HASIL TEMPERATUR
Suhu Aksila	Lebih rendah 1°C dari suhu oral
Suhu rektal	Lebih tinggi $0,4-0,5^{\circ}\text{C}$ dari suhu oral
Suhu aural/timpani	Lebih tinggi $0,8^{\circ}\text{C}$ dari suhu oral

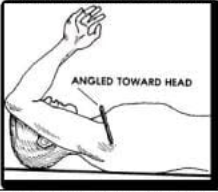
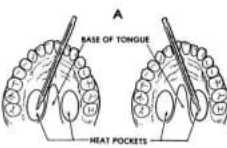
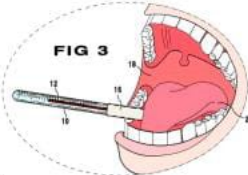
4. Respiration Rate (RR) Yang dinilai pada pemeriksaan pernafasan adalah: tipe pernafasan, frekuensi, kedalaman dan suara nafas. Respirasi normal disebut eupnea (laki-laki : $12 - 20 \text{ x/menit}$), perempuan : $16-20 \text{ x/menit}$) $\text{RR} > 24 \text{ x/menit}$: Takipnea $\text{RR} < 10 \text{ x/menit}$: Bradipnea
5. Nadi, RR, dan tekanan darah (TD) berdasarkan usia (Keperawatan Klinis, 2011)

Usia	Nadi (kali/menit)	RR (kali/menit)	TD sistolik (mmHg)
Dewasa (>18 tahun)	60-100	12-20	100-140
Remaja (12-18 tahun)	60-100	12-16	90-110
Anak-anak (5-12 tahun)	70-120	18-30	80-110
Pra sekolah (4-5 tahun)	80-140	22-34	80-100
Bawah 3 tahun/Toddler (1-3 tahun)	90-150	24-40	80-100
Bayi (1 bulan – 1 tahun)	100-160	30-60	70-95
Baru lahir/infant (0-1 bulan)	120-160	40-60	50-70

6. Suhu tubuh normal berdasarkan usia

Usia	Suhu (Celcius)
Baru lahir	$36,8^{\circ}$
1 tahun	$36,8^{\circ}$
5-8 tahun	$37,0^{\circ}$
10 tahun	$37,0^{\circ}$
Remaja	$37,0^{\circ}$
Dewasa	$37,0^{\circ}$
Lansia ($>70 \text{ thn}$)	$36,0^{\circ}$

No	TINDAKAN	NILAI		
		0	1	2
1	Persiapan alat 1. Stetoskop 2. Tensimeter/Sphygmomanometer 3. Alcohol swab 4. Sarung tangan/handscoen 5. Jam tangan 6. Thermometer (raksa, digital/elektrik) 7. Thermometer tympani/aural 8. Thermometer rectal 9. Tissue 10. Kassa 11. Jelly/Lubrikan 12. Bulpen 13. Bengkok 14. Lembar dokumentasi			
2	Persiapan perawat : Memperkenalkan diri Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan Memberikan posisi yang nyaman pada pasien			
3	Persiapan lingkungan : Ciptakan lingkungan yang nyaman Gunakan sketsel saat melakukan prosedur			
PEMERIKSAAN SUHU				
PENGUKURAN TEMPERATUR AXILA				
4	Cuci tangan			
5	Minta klien untuk duduk atau berbaring, pastikan klien merasa nyaman			
6	Gulung lengan baju klien atau buka baju atas sampai axila terlihat			
7	Keringkan daerah axila dengan kassa			

8	Pastikan thermometer siap (jika menggunakan thermometer raksa suhu awal <35°C)			
9	Pasang thermometer pada daerah tengah axila, minta klien untuk menurunkan lengan atas dan meletakkan lengan bawah diatas dada  			
10	Jelaskan pada klien bahwa pengukuran akan berlangsung selama 5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer elektrik			
11	Ambil thermometer dan baca hasilnya			
12	Bersihkan termometer dengan kapas alkohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kasa			
13	Rapikan klien			
14	Mencuci tangan			
15	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
PENGUKURAN TEMPERATUR ORAL				
16	Cuci tangan			
17	Minta klien untuk duduk atau berbaring, pastikan klien merasa nyaman			
18	Siapkan thermometer atau <i>turn on</i> pada thermometer elektrik 			
19	Tempatkan ujung thermometer dibawah lidah klien pada sublingual   			
20	Minta klien menutup mulut			
21	Jelaskan pada klien bahwa pengukuran akan berlangsung selama 3-5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer elektrik			
22	Ambil thermometer dan baca hasilnya			
23	Bersihkan termometer dengan kapas alkohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kasa			
24	Rapikan klien			
25	Cuci tangan			
26	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
PENGUKURAN TEMPERATUR RECTAL				
27	Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan pada klien			
28	Cuci tangan dan persiapkan alat-alat di dekat klien			
29	Pakai sarung tangan			
30	Persilakan klien untuk melepas celana (jaga privasi klien)			
31	Bantu klien berbaring kearah lateral sinistra atau dekstra dengan kaki fleksi Pada bayi periksa keadaan anus klien			

	 			
32	Olesi thermometer dengan jelly/lubricant			
33	Minta klien untuk nafas dalam dan masukkan thermometer ke lubang anus sedalam 3 cm (jangan paksaan bila ada tahanan/hambatan)			
34	Jelaskan pada klien bahwa pengukuran akan berlangsung selama 5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer elektrik			
35	Ambil thermometer dan baca hasilnya			
36	Bersihkan thermometer dengan kapas alkohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kasa			
37	Rapikan klien			
38	Cuci tangan			
39	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
PENGUKURAN TEMPERATUR AURAL				
40	Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan pada klien			
41	Cuci tangan dan persiapkan alat-alat di dekat klien			
42	Pakai sarung tangan			
43	Siapkan thermometer tympani, jika klien menggunakan alat bantu dengar, keluarkan dengan hati-hati dan tunggu hingga 1-2 menit			
44	Bersihkan telinga dengan kapas			
45	Buka bagian luar telinga, dengan perlahan-lahan masukkan thermometer sampai liang telinga.			
46	Tekan tombol untuk mengaktifkan thermometer			
47	Pertahankan posisi thermometer selama pengukuran sampai muncul suara atau timbul tanda cahaya pada thermometer  			
48	Ambil thermometer dan baca hasilnya			
49	Rapikan klien			
50	Cuci tangan			
51	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
PENGUKURAN TEMPERATUR TEMPORAL				
52	Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan pada klien			
53	Cuci tangan dan persiapkan alat-alat di dekat klien			
54	Pakai sarung tangan			
55	Lepaskan topi/penutup kepala klien, sibak dahi klien, bersihkan dengan menggunakan kapas			
56	Letakkan sisi lensa thermometer pada bagian tengah dahi klien antara alis dan batas rambut			
57	Tekan dan tahan tombol SCAN, geser perlahan menyamping dari dahi hingga bagian atas telinga (terdengar bunyi 'BIP' dan lampu merah akan menyala)			

				
58	Lepaskan tombol SCAN, angkat thermometer dari dahi klien (Termometer akan secara otomatis mati dalam 30 detik, untuk mematkannya segera, tekan dan lepaskan tombolSCAN dengan cepat)			
59	Baca hasil pengukuran pada layar			
60	Rapikan klien			
61	Cuci tangan			
62	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
PEMERIKSAAN FREKUENSI NAFAS				
63	Bantu klien membuka baju, jaga privasi klien			
64	Posisikan pasien untuk berbaring/duduk, pastikan klien merasa nyaman			
65	Lakukan inspeksi atau palpasi dengan kedua tangan pada punggung / dada untuk menghitung gerakan pernapasan selama minimal 1 menit			
66	Dokumentasikan hasil pemeriksaan (frekuensi nafas, irama nafas reguler/irreguler, dan tarikan otot bantu pernafasan)			
PEMERIKSAAN NADI				
67	Cuci tangan			
68	Bantu pasien untuk duduk atau berbaring, pastikan pasien merasa nyaman.			
69	Gunakan ujung dua atau tiga jari (jari telunjuk, jari tengah dan jari manis) untuk meraba salah satu dari 9 arteri.			
70	Tekan arteri radialis untuk merasakan denyutan 			
71	Kaji jumlah, kualitas, dan ritme nadi			
72	Gunakan jam tangan, untuk menghitung frekuensi nadi selama minimal 30 detik			
73	Hitung frekuensi nadi selama 1 menit penuh apabila ditemukan kondisi abnormal			
74	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH				
75	Pilih manset tensimeter/sphygmomanometer sesuai dengan ukuran lengan pasien			
76	Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (duduk/berbaring) dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian			
77	Palpasi arteri brachialis.			
78	Pasang manset melingkari lengan atas dimana arteri brachialis teraba, secara rapi dan tidak terlalu ketat (2,5 cm di atas siku) dan sejajar jantung			
79	Raba nadi radialis atau brachialis dengan satu tangan.			
80	Tutup bulb screw tensimeter			
81	Pasang bagian diafragma stetoskop pada perabaan pulsasi arteri brachialis			
82	Pompa tensimeter/sphygmomanometer dengan cepat sampai 30mmHg di atas hilangnya pulsasi			
83	Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba			

84	Dengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan 3mmHg/detik dan melaporkan saat mendengar bising 'dug' pertama (tekanan sistolik)			
85	Turunan tekanan manset sampai suara bising 'dug' yang terakhir (tekanan diastolik)			
86	Rapikan alat-alat yang telah digunakan			
87	Rapikan dan berikan posisi yang nyaman pada pasien			
88	Dokumentasikan hasil pemeriksaan			
TOTAL : Nilai = $\frac{1 \times \dots + 2 \times \dots}{2 \times \dots} \times 100 = \dots \times 100 = \dots$				Malang,/...../..... Fasilitator

Daftar Pustaka

- Anna Palmer, 2007, Simpel Guide Tekanan Darah Tinggi, Erlangga, Jakarta.
- Arif. 2010. Manajemen Peningkatan Suhu Tubuh, dari <http://www.poltekkes.malang.ac.id>. Diakses pada Tanggal 16 Maret 2013 jam 15.00 WIB
- Asman, A.et al, 2022. Biomedik keperawatan. Cetakan I : Juli 2022, ISBN : 978-623-5995-51-9, Penerbit: Yayasan Pendidikan Cendikian Muslim (YPCM). 318 hlm
- Hayens, B, dkk. 2003. Buku Pintar Menaklukan Hipertensi. Jakarta: Ladang Pustaka.
- Harold, S Koplewich 2005. Pireksia. www.BBPlanet.com. Diakses pada tanggal 25 Agustus 2010
- Julia, Klartje Kadang.spA. 2000. Metode Tepat Mengatasi Demam.www.google.com. Diakses pada 15 Mei 2010
- Morton, Patricia Gonce. Et al. 2011. Keperawatan Kritis. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., 2001, “Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner &Suddarth. Vol. 2. E/8”, EGC, Jakarta.
- Sheps, S. G., 2005, Mayo Clinic Hipertensi, Mengatasi Tekanan Darah Tinggi, 26,158, Jakarta, PT Intisari Mediatama.

Profil Penulis



Ns. Aulia Asman, S.Kep., M.Biomed

Adalah Peneliti, Penulis, Perawat dan Dosen Diploma III Keperawatan Universitas Negeri Padang, memperoleh gelar Sarjana Keperawatan, Ners, di Universitas Andalas dan Magister Biomedik di Universitas Andalas. Ia aktif terlibat dalam setiap penelitian yang berkaitan dengan Disaster Emergency Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah, Ilmu Biomedik Dasar (Ilmu Faal/ Anatomi Fisiologi) dan Patofisiologi Keperawatan, serta menghasilkan beberapa karya ilmiah dalam bentuk Buku, HAKI, jurnal terindeks SINTA-Indonesia (ID:6686128) dan SCOPUS (ID:57218898934). Saat ini merupakan mahasiswa Program Doktor Ilmu Lingkungan Universitas Negeri Padang (Gawat Bencana Kesehatan) dan juga menjadi anggota DPD Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Padang Pariaman. Penulis memiliki kepakaran dibidang Gawat Medikal Bedah dan Mitigasi Bencana Kesehatan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan Pengabdian dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian dan Pengabdian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, dan sedang menunggu patent sederhana mengenai *Digital Infusion Monitoring System*. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis di media masa/elektronik dan buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi Profesi Keperawatan, Agama serta Bangsa dan Negara.

Email Penulis: aulia.asman@fik.unp.ac.id

PROSEDUR PEMENUHAN OKSIGENASI

Ns. Kurniawaty, S.Kep., M.Kes
STIKES 'AISYIYAH PALEMBANG

Pendahuluan

Dalam kondisi normal, oksigen terdapat di udara bersama-sama dengan partikel lain seperti nitrogen, karbondioksida dan lain-lain. Saat bernafas partikel-partikel tersebut terutama oksigen masuk kedalam tubuh kita melalui mekanisme tertentu. Namun pada kondisi tertentu, seseorang dapat mengalami kesulitan untuk bernafas sehingga perlu tindakan khusus untuk memenuhi kebutuhan oksigennya. Kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan dasar fisiologis yang vital bagi manusia. Tubuh memerlukan oksigen untuk mempertahankan kehidupan. Oksigen adalah gas yang tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam metabolisme sel. Sebagai hasilnya, terbentuklah karbon dioksida, energy, dan air. Akan tetapi, penambahan CO₂ yang melebihi batas normal pada tubuh akan memberikan dampak yang cukup bermakna terhadap aktivitas Sel. Pada seseorang yang sehat oksigen 21% (dalam udara bebas) cukup untuk mendukung fungsi normal. Terdapat tiga langkah dalam proses oksigenasi, yaitu: ventilasi, perfusi dan difusi.

Agar pertukaran gas dapat terjadi maka organ, saraf dan otot pernapasan harus utuh dan sistem saraf pusat harus mampu mengatur siklus pernapasan (Lynn, 2011).

Kebutuhan oksigenasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme tubuh dalam mempertahankan kelangsungan hidup dan berbagai aktivitas sel tubuh dalam kehidupan sehari-hari. Kebutuhan oksigenasi dipengaruhi oleh fisiologis, perkembangan, perilaku dan lingkungan. Nilai saturasi oksigen adalah berapa persen dari semua situs pengikatan hemoglobin yang ditempati oleh hemoglobin, pulse oksimetri merupakan alat non invasif yang mengukur saturasi oksigen darah arteri yang dipasang pada ujung jari, ibu jari, hidung, daun telinga atau dahi dan oksimetri nadi dapat mendeteksi hipoksemia sebelum tanda dan gejala klinis muncul. Nilai normal saturasi oksigen yaitu 95-100% (Setiyawan et al., 2020). Pada saat kondisi oksigenasi didalam jaringan tidak adekuat, antara lain kondisi *dyspnea*, *sianosis*, *takipnea*, aritmia, dan koma maka diperlukan pemberian oksigen tambahan dari luar dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi.

Terapi oksigen dibutuhkan untuk mempertahankan tingkat oksigenasi jaringan. Terapi oksigen adalah tindakan memberikan aliran gas oksigen lebih dari 20% pada tekanan 1 atmosfer sehingga konsentrasi oksigen meningkat di dalam darah. Sebelum pemberian terapi oksigen harus diteliti dulu terkait dengan enam benar pemberian terapi oksigen (benar oksigen, benar dosis, benar klien, benar rute, benar waktu, dan benar dokumentasi). Pemberian oksigen merupakan suatu tindakan memberikan oksigen ke dalam paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Pemberian oksigen yang lazim dilakukan pada klien yaitu dengan nasal kanul dan masker.

Adapun tujuan pemberian oksigen adalah untuk mempertahankan oksigen jaringan yang adekuat, menurunkan kerja nafas, dan menurunkan kerja jantung.

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 pernafasan.
2. Observasi kepatenan jalan nafas dan adanya secret
3. Jika memungkinkan, catat hasil laboratorium AGD (Analisa Gas Darah)

Masalah Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Gangguan pertukaran Gas
3. Penurunan curah jantung
4. Perfusi perifer tidak efektif
5. Resiko penurunan curah jantung
6. Resiko perfusi miokard tidak efektif

Tujuan Pemberian Oksigen

1. Meningkatkan konsentrasi O_2 pada darah arteri sehingga masuk ke jaringan untuk memfasilitasi metabolisme aerob
2. Mempertahankan $PaO_2 > 60$ mmHg atau $SaO_2 > 90$ % untuk :
 - a. Mencegah dan mengatasi hipoksemia/hipoksia serta mempertahankan oksigenasi jaringan yang adekuat.

- b. Menurunkan kerja nafas dan miokard.
- c. Menilai fungsi pertukaran gas

Pedoman Pemberian Terapi Oksigen

Adapun pemberian terapi oksigen (O_2) hendaknya mengikuti langkah-langkah sebagai berikut sehingga tetap berada dalam batas aman dan efektif, di antaranya:

1. Tentukan status oksigenasi pasien dengan pemeriksaan klinis, analisa gas darah dan oksimetri.
2. Pilih sistem yang akan digunakan untuk memberikan terapi oksigen (O_2).
3. Tentukan konsentrasi oksigen (O_2) yang dikehendaki: rendah (di bawah 35%), sedang (35 sampai dengan 60%) atau tinggi (di atas 60%).
4. Pantau keberhasilan terapi oksigen (O_2) dengan pemeriksaan fisik pada sistem respirasi dan kardiovaskuler.
5. Lakukan pemeriksaan analisa gas darah secara periodik dengan selang waktu minimal 30 menit.
6. Apabila dianggap perlu maka dapat dilakukan perubahan terhadap cara pemberian terapi oksigen (O_2).
7. Selalu perhatikan terjadinya efek samping dari terapi oksigen (O_2) yang diberikan.

Indikasi

1. Terapi Oksigen Jangka Pendek

Terapi oksigen (O_2) jangka pendek merupakan terapi yang dibutuhkan pada pasien-pasien dengan keadaan hipoksemia akut, di antaranya pneumonia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dengan eksaserbasi akut, asma bronkial, gangguan kardiovaskuler dan

emboli paru. Pada keadaan tersebut, oksigen (O_2) harus segera diberikan dengan adekuat di mana pemberian oksigen (O_2) yang tidak adekuat akan dapat menimbulkan terjadinya kecacatan tetap ataupun kematian. Pada kondisi ini, oksigen (O_2) diberikan dengan fraksi oksigen (O_2) (FiO_2) berkisar antara 60-100% dalam jangka waktu yang pendek sampai kondisi klinik membaik dan terapi yang spesifik diberikan.

Tabel 6.1
Indikasi Terapi Oksigen Jangka Pendek

Indikasi yang sudah direkomendasi:
Hipoksemia akut ($Pao_2 < 60$ mmHg; $SaO_2 < 90\%$)
Henti Jantung Henti Nafas
Hipotensi (tekanan darah sistolik < 100 mmHg)
Curah Jantung Rendah dan Asidosis Metabolik
(Bikarbonat < 18 mmol/L)
Distress pernafasan (Frekuensi nafas > 24 kali/menit)

Sumber: American College of Chest Physicians, the National Heart, Lung and Blood Institute

2. Terapi Oksigen Jangka Panjang

Pasien dengan hipoksemia, terutama pasien dengan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) merupakan kelompok yang paling banyak menggunakan terapi oksigen jangka panjang.

Kontraindikasi

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

1. Klien dengan penyakit paru obstruktif menahun (PPOM) yang mulai bernafas spontan maka pemasangan masker rebreathing dan non rebreathing dapat menimbulkan tanda dan gejala keracunan oksigen.
2. *Face mask* tidak dianjurkan pada pasien yang mengalami muntah-muntah

3. Jika pasien terdapat obstruksi nasal maka hindari pemakaian nasal kanul

Metode Pemberian Oksigen

Sistem Aliran Rendah

1. Nasal Kanul

Pengertian

Terapi oksigen dengan menggunakan nasal kanul adalah pemberian oksigen kepada klien yang memerlukan oksigen ekstra dengan cara memasukkan selang yang terbuat dari plastik kedalam lubang hidung dan mengaitkannya di belakang telinga. Panjang selang yang dimasukkan ke dalam lubang hidung hanya berkisar 0,6 sampai dengan 1,3 cm. Nasal kanul alatnya sederhana dapat memberikan oksigen dengan aliran 1-6 liter/menit dan konsentrasi 24-44%. Perawat harus memahami dan mengetahui rata-rata aliran oksigen yang diberikan setiap persentase FiO_2 . Atur aliran oksigen sesuai kolaborasi dengan dokter.

Tabel 2
Perkiraan rata-rata aliran oksigen dibandingkan dengan persentase FiO_2 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%

Sumber Anggraini, dkk (2019)

Tujuan

- a. Memberikan oksigen dengan konsentrasi relatif rendah jika hanya membutuhkan oksigen minimal

- b. Memberi oksigen yang tidak terputus saat klien makan atau klien minum.

Keuntungan

- a. Toleransi klien baik
- b. Pemasangannya mudah
- c. Sederhana, murah, relative nyaman
- d. Cocok untuk segala umur
- e. Efektif dalam mengirimkan oksigen.
- f. Cocok untuk pemasangan jangka pendek dan jangka panjang
- g. Pemakaian nasal kanul juga tidak mengganggu klien untuk melakukan aktivitas, seperti berbicara atau makan.

Kerugian

- a. Mudah terlepas
- b. Tidak dapat memberikan konsentrasi oksigen lebih dari 44%
- c. Suplai oksigen berkurang jika klien bernafas lewat mulut
- d. Mengiritasi selaput lendir, nyeri sinus.

Prosedur

- a. Identifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 identitas
- b. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - 1) Sumber oksigen (Tabung oksigen atau oksigen sentral)
 - 2) Selang nasal kanul

- 3) Flowmeter oksigen
 - 4) Humidifier
 - 5) Cairan steril
 - 6) Stetoskop
- d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - e. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
 - f. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
 - g. Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier
 - h. Atur aliran oksigen 2- 4 liter/menit, sesuai kebutuhan
 - i. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul
 - j. Tempatkan selang nasal kanul pada lubang hidung
 - k. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya
 - l. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
 - m. Monitor kecepatan oksigen dan status pernafasan (frekuensi nafas, upaya nafas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau *sesuai indikasi*
 - n. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" di dinding belakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, *Jika Perlu*.
 - o. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - p. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - q. Dokumentasikan

- 1) Metode pemberian oksigen
- 2) Kecepatan Oksigen
- 3) Respon pasien
- 4) Efek samping/merugikan yang terjadi



Gambar 2

Pemberian Oksigen dengan Nasal Kanul

Sumber: *Potter & Perry, 2015*

2. Sungkup Muka/Masker Wajah (*Simple Mask* atau *Face Mask*)

Pengertian

Pemberian terapi oksigen dengan menggunakan masker wajah adalah pemberian oksigen dengan menggunakan masker yang dialiri oksigen dengan posisi menutupi hidung dan mulut klien. Memberikan tambahan oksigen dengan masker wajah atau sungkup sederhana (*simple mask*) untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan (PPNI, 2021)

Pemberian oksigen menggunakan masker biasanya dilakukan pada klien yang mengalami kekurangan oksigen sekaligus kekurangan karbondioksida atau PO_2 dan PCO_2 rendah. Konsentrasi oksigen yang diberikan dengan menggunakan masker lebih tinggi daripada nasal kanul, yaitu berkisar 5-10 liter/menit.

Macam-Macam :

- a. Sungkup muka sederhana
- b. Aliran oksigen melalui alat ini sekitar 5-8 liter/menit dengan konsentrasi 40-60%.

Keuntungan

1. Konsentrasi oksigen lebih tinggi dari nasal kanul
2. Sistem humidifikasi dapat ditingkatkan

Kerugian

- a. Umumnya tidak nyaman bagi klien
- b. Membuat rasa panas, sehingga mengiritasi mulut dan pipi
- c. Aktivitas makan dan berbicara terganggu
- d. Dapat menyebabkan mual dan muntah, sehingga dapat menyebabkan aspirasi
- e. Jika alirannya rendah dapat menyebabkan penumpukan karbondioksida

Prosedur

- a. Identifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 identitas
- b. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
- d. *Sumber oksigen (Tabung oksigen atau oksigen sentral)*
 - 1) Sungkup muka
 - 2) Flowmeter oksigen
 - 3) Humidifier
 - 4) Cairan steril

5) Stetoskop

- e. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - f. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
 - g. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
 - h. Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier
 - i. Atur aliran oksigen 5-10 liter/menit, sesuai kebutuhan
 - j. Pastikan oksigen mengalir melalui sungkup sederhana
 - k. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut
 - l. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
 - m. Bersihkan kulit dan masker setiap 2-3 jam. Jika oksigen diberikan secara kontinu.
 - n. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
 - o. Monitor kecepatan oksigen dan status pernafasan (frekuensi nafas, upaya nafas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau *sesuai indikasi*
 - p. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" di dinding belakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, *Jika Perlu*.
 - q. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - r. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - s. Dokumentasikan
- 1) Metode pemberian oksigen

- 2) Kecepatan Oksigen
 - 3) Respon pasien
 - 4) Efek samping/merugikan yang terjadi
3. Sungkup muka dengan kantong *rebreathing*

Konsentrasi oksigen yang diberikan lebih tinggi daripada sungkup muka sederhana yaitu 60-80%. Dengan aliran oksigen 8-12 liter/menit. Indikasi penggunaan adalah pada klien dengan kadar tekanan karbondioksida yang rendah, udara inspirasi sebagian tercampur dengan udara ekspirasi sehingga konsentrasi karbondioksida lebih tinggi dibanding sungkup sederhana.

Keuntungan

- a. Konsentrasi oksigen lebih tinggi daripada sungkup muka sederhana
- b. Tidak mengeringkan selaput lendir

Kerugian

- a. Kantong oksigen bisa berlipat
 - b. Menyebabkan penumpukan oksigen jika pemberian terlalu rendah
4. Sungkup muka dengan *nonrebreathing*

Memberikan konsentrasi oksigen sampai 99% dengan aliran yang sama pada *rebreathing*. Pada prinsipnya, udara inspirasi tidak tercampur dengan ekspirasi. Indikasi penggunaannya adalah pada klien dengan tekanan karbon dioksida yang tinggi.

Keuntungan

Konsentrasi oksigen hampir diperoleh 100% karena adanya katup satu arah antara kantung dan sungkup, sehingga kantung mengandung konsentrasi oksigen

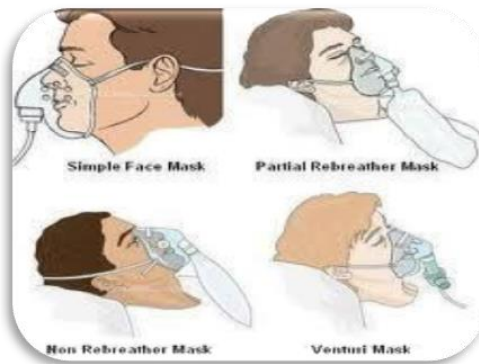
yang tinggi dan tidak tercampur dengan udara ekspirasi.

- a. Tidak mengeringkan selaput lender
- b. Kerugian
- c. Kantong oksigen bisa berlipat
- d. Beresiko untuk terjadi keracunan oksigen
- e. Tidak nyaman bagi klien

Prosedur Pemberian Oksigen dengan Masker Rebreathing dan Non-Rebreathing

1. Identifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 identitas
2. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - a. Sumber oksigen (Tabung oksigen atau oksigen sentral)
 - b. Masker Rebreathing dan Non-rebreathing
 - c. Flowmeter oksigen
 - d. Humidifier
 - e. Cairan steril
 - f. Stetoskop
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
6. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
7. Sambungkan selang masker rebreathing dan non-rebreathing ke humidifier

8. Atur aliran oksigen 8-12 liter/menit (*untuk masker rebreathing*) atau 10-15 liter/menit (*untuk masker non-rebreathing*)
9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang
10. Pastikan oksigen mengisi kantong reservoir hingga mengembang
11. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut
12. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
13. Bersihkan kulit dan masker setiap 2-3 jam. Jika oksigen diberikan secara kontinu
14. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
15. Monitor kecepatan oksigen dan status pernafasan (frekuensi nafas, upaya nafas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau *sesuai indikasi*
16. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" di dinding belakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, *Jika Perlu.*
17. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
19. Dokumentasikan
 - a. Metode pemberian oksigen
 - b. Kecepatan Oksigen
 - c. Respon pasien
 - d. Efek samping/merugikan yang terjadi



Gambar 6.2
Pemberian Oksigen dengan Masker
Sumber: Kozier 2000

Sistem Aliran Tinggi

Sistem aliran tinggi memungkinkan pemberian oksigen dengan FiO_2 lebih stabil dan tidak terpengaruh oleh tipe pernafasan, sehingga dapat menambah konsentrasi oksigen yang lebih tepat dan teratur. Terdapat dua indikasi klinis untuk penggunaan terapi oksigen dengan arus tinggi, diantaranya adalah pasien dengan hipoksia.

Alat terapi oksigen arus tinggi yang sering digunakan yaitu *venturi mask* atau sungkup venturi dengan aliran sekitar 2-15 liter/menit. Sungkup venturi sangat bermanfaat untuk dapat mengirimkan secara akurat konsentrasi oksigen rendah sekitar 24-35% dengan arus tinggi, terutama pada pasien dengan PPOK dan gagal nafas dimana dapat mengurangi resiko terjadinya retensi karbondioksida sekaligus memperbaiki hipoksemia. Prinsip pemberian oksigen dengan sungkup venturi adalah oksigen yang menuju sungkup diatur dengan prinsip *jet mixing* yang dapat memberikan fraksi oksigen sesuai dengan yang dikehendaki, konsentrasi dapat diatur sesuai dengan warna alat misalnya warna biru 24%, putih 28%, jingga 31%, kuning 35%, merah 40% dan Hijau 60%.



Gambar 6.3 Venturi Mask

Sumber Santosa A, 2019

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.

Daftar Pustaka

- Anggraini Y, dkk. 2019. *Petunjuk Praktikum Keperawatan Medikal Bedah 1*. UKI
- Alimul, A.H. (2016). *Buku Dasar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Lynn P.&b Lebon, M (2011). *Skill Checklist For Taylor's Clinical Nursing Skills, A Nursing Process Approach (3rded)*. USA Lippincott & Wilkins.
- Mubarak I.W. dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta. Salemba Medika.
- Medika Rebeiro dkk. (2015). *Manual Keterampilan Klinis Keperawatan Dasar*. Jakarta: Elsevier
- Perry, A.G. & Potter, P.A. (2015). *Nursing Skills and Procedures (8thed.)* St Louis: Mosby Elsevier
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. I. Jakarta Selatan
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Edisi I. Jakarta Selatan
- Santoso A, (2019). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Medikal Bedah*. Dilengkapi Standar Operasional Prosedur dan Daftar Tilik. Yogyakarta: UNY Press
- Setiyawan, Rakhmawati, N., & Widayanti, ika yulia. (2020). Studi Literatur: Faktor Yang Mempengaruhi Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 41, 1–15
- Widiyanto B, Yasmin LS (2014) Terapi Oksigen terhadap Perubahan Saturasi Oksigen melalui Pemeriksaan Oksimetri pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA). *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah*. 2014; 1(1): 138-43.

Profil Penulis



Ns. Kurniawaty, S.Kep., M.Kes

Penulis lahir di Palembang tanggal 27 Juli 1978. Setelah menyelesaikan Sekolah Menengah Atas di SMU Negeri 07 Palembang penulis tertarik untuk melanjutkan pendidikan Diploma III Keperawatan di Akper 'Aisyiyah Palembang dan lulus tahun 2000, penulis kemudian melanjutkan ke jenjang S1 Keperawatan Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (2001-2003), pada tahun 2012 penulis melanjutkan studi S2 Ilmu Biomedik dengan peminatan Fisiologi di Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya (2012-2014). Penulis aktif sebagai Dosen Tetap di STIKES 'Aisyiyah Palembang sejak 2004 sampai dengan sekarang. Saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) di STIKES 'Aisyiyah Palembang. Selain mengajar, Penulis aktif sebagai peneliti sesuai dengan kepakaran dan publikasi hasil penelitian di Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta serta melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga sebagai *reviewer* jurnal dan editor jurnal nasional terakreditasi. Penulis aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi positif khususnya dalam bidang keperawatan. Penulis sering mengikuti seminar dan pelatihan pengembangan karir. Aktif sebagai pengurus Ikatan Perawat Maternitas Sumatera Selatan.

Email Penulis: cicikurniawaty78@gmail.com

PROSEDUR PEMENUHAN NUTRISI

Ns. Mariza Elvira, S.Kep., M.Kep
Universitas Negeri Padang

Pendahuluan

Tubuh memerlukan energi untuk fungsi-fungsi organ tubuh, pergerakan tubuh, mempertahankan suhu, fungsi enzim, pertumbuhan dan pergantian sel yang rusak. Metabolisme merupakan semua proses biokimia pada sel tubuh. Proses metabolisme dapat berupa anabolisme (membangun) dan katabolisme (pemecah).

Masalah nutrisi erat kaitannya dengan *intake* makanan dan metabolisme tubuh serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Secara umum faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi adalah faktor fisiologis untuk kebutuhan metabolisme basal, faktor patologi seperti adanya penyakit tertentu yang mengganggu pencernaan atau meningkatkan kebutuhan nutrisi, faktor sosio-ekonomi seperti adanya kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi.

Saluran Pencernaan Makanan

Sistem pencernaan berurusan dengan penerimaan makanan dan mempersiapkannya untuk diasimilasi tubuh. Saluran pencernaan terdiri atas bagian-bagian berikut:

1. Mulut

Mulut merupakan bagian awal dari saluran pencernaan dan terdiri atas dua bagian luar yang sempit (vestibular), yaitu ruang di antara gusi, bibir, pipi, dan bagian dalam, yaitu rongga mulut. Di dalam mulut, makanan mengalami proses mekanis melalui pengunyahan yang akan membuat makanan dapat hancur sampai merata, dibantu oleh enzim amilase yang akan memecah amilum yang terkandung dalam makanan menjadi maltosa.

Proses mengunyah ini merupakan kegiatan terkoordinasi antara lidah, gigi, dan otot-otot mengunyah. Di dalam mulut, juga terdapat kelenjar saliva yang menghasilkan saliva untuk proses pencernaan dengan cara mencerna hidrat arang, khususnya amylase, melicinkan bolus sehingga mudah ditelan, menetralkan, serta mengeluarkan bolus.

Kelenjar tersebut terdiri atas: *kelenjar parotis*, merupakan kelenjar penghasil saliva terbesar yang terletak di sebelah kiri dan kanan bagian depan agak ke bawah; *kelenjar submandibularis*, merupakan penghasil saliva nomor dua setelah kelenjar parotis, terletak dibawah sisi tulang rahang; dan *kelenjar sublingualis*, penghasil saliva terkecil, letaknya di bawah lidah.

Dalam proses sekresi, saliva dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya factor mekanis (seperti adanya benda bolus dalam mulut), factor psikis (seperti bila mencium atau mengingat makanan yang enak), dan faktor kimiawi (seperti bila makanan terasa asam atau asin).

2. Faring

Faring merupakan bagian saluran pencernaan yang terletak di belakang hidung, mulut, dan laring. Faring berbentuk kerucut dengan bagian terlebar di bagian atas hingga vertebra servikal keenam. Faring langsung berhubungan dengan esophagus, sebuah tabung yang memiliki otot dengan panjang kurang lebih 20-25 cm dan terletak di belakang trakea, di depan tulang punggung, kemudian masuk melalui toraks menembus diafragma yang berhubungan langsung dengan abdomen serta menyambung dengan lambung.

Esophagus merupakan bagian yang berfungsi menghantarkan makanan dari faring menuju lambung. Esophagus berbentuk seperti silinder yang berongga dengan panjang kurang lebih 2 cm dengan kedua ujungnya dilindungi oleh sfingter. Dalam keadaan normal, sfingter bagian atas selalu tertutup, kecuali bila ada makanan masuk ke dalam lambung. Keadaan ini bertujuan untuk mencegah gerakan balik sisi ke organ bagian atas, yaitu esophagus. Proses penghantaran makanan dilakukan dengan cara peristaltic, yaitu lingkaran serabut otot di depan makanan mengendur dan yang di belakang makanan berkontraksi.

3. Lambung

Lambung merupakan bagian saluran pencernaan yang terdiri atas bagian atas (disebut fundus), bagian utama dan bagian bawah berbentuk horizontal (antrum pilorus). Lambung berhubungan dengan esophagus melalui orifisium atau kardia dan dengan duodenum melalui orifisium pilorik. Lambung terletak di bawah diafragma dan di depan pancreas, sedangkan limpa menempel pada sebelah kiri fundus.

Lambung memiliki fungsi, yaitu fungsi motoris serta fungsi sekresi dan pencernaan. Fungsi motoris lambung adalah sebagai reservoir untuk menampung makanan sampai dengan sedikit demi sedikit dan sebagai pencampur adalah memecah makanan menjadi partikel-partikel kecil yang dapat bercampur dengan asam lambung. Fungsi sekresi dan pencernaan adalah mensekresi pepsin dan HCl yang akan memecah protein menjadi pepton, amilase memecah amilum menjadi maltosa. Lipase memecah lemak menjadi asam lemak, dan gliserol membentuk B₁₂ yaitu di ileum, dan mensekresi mukus yang bersifat protektif. Makanan berada pada lambung selama 2-6 jam, kemudian bercampur dengan getah lambung (cairan asam bening tak berwarna) yang mengandung 0.4 % HCl untuk mengasamkan semua makanan serta bekerja sebagai antiseptic dan desinfektan. Dalam getah lambung terdapat beberapa enzim diantaranya pepsin, dihasilkan oleh pepsinogen serta berfungsi mengubah makanan menjadi bahan yang lebih mudah larut. Berfungsi membekukan susu atau membentuk kasein karsinogen yang dapat larut.

4. Usus halus

Usus halus merupakan tabung berlipat-lipat dengan panjang kurang lebih 2,5 m dalam keadaan hidup.

Kemudian akan bertambah panjang menjadi kurang lebih 6 m pada orang yang telah meninggal, akibatnya adanya relaksasi otot yang telah kehilangan tonusnya. Usus halus terletak di daerah umbilikus dan dikelilingi oleh usus besar yang memanjang dari lambung hingga katup ileo kolika.

Usus halus terdiri atas 3 bagian, duodenum dengan panjang kurang lebih 25 cm, jejunum dengan panjang kurang lebih 2 m dan ileum dengan panjang kurang lebih 1 m atau 3/5 akhir dari usus. Lapisan dinding dalam usus halus mengandung berjuta-juta vili kira-kira sebanyak 4,5 juta, yang membentuk mukosa menyerupai beludru. Pada permukaan setiap vili terdapat tonjolan yang menyerupai jari-jari, yang disebut mikrovili. Villi bersama-sama dengan mikrovili dan valvula koniventes menambah luasnya permukaan sekresi dan absorpsi serta menghalangi agar isinya tidak terlalu cepat berjalan sehingga absorpsi lebih banyak terjadi.

Pada dinding usus halus, khususnya mukosa, terdapat beberapa nodul jaringan limfe yang disebut kelenjar soliter, berfungsi sebagai perlindungan terhadap infeksi. Di dalam ileum, nodul ini membentuk tumpukan kelenjar yang terdiri atas 20-30 kelenjar soliter.

Fungsi usus halus pada umumnya adalah mencerna dan mengabsorpsi di dalam usus halus, yaitu pada duodenum, dan di sini terjadi absorpsi besi, kalsium dengan bantuan vitamin B, vitamin A,D,E, dan K dengan bantuan empedu dan asam folat.

5. Usus besar

Usus besar atau juga disebut sebagai kolon, merupakan sambungan dari usus halus yang dimulai dari katup ileokolik atau ileosekal yang merupakan

tempat lewatnya makanan. Usus besar memiliki panjang kurang lebih 1,5 m. kolon terbagi atas asenden, transversum, desenden, sigmoid, dan berakhir di rectum yang panjangnya kira-kira 10 cm dari usus besar. Dimulai dari kolon sigmoideus dan berakhir pada saluran anal. Tempat kolon asenden membentuk belokan tajam di abdomen atas bagian kanan disebut fleksura hepatis, sedang tempat kolon transversum membentuk belokan tajam di abdomen atau bagian kiri disebut fleksura lienalis.

Fungsi utama usus besar adalah mengabsorpsi air (kurang lebih 90%), elektrolit, vitamin, dan sedikit glukosa. Kapasitas absorpsi air kurang lebih 5000cc/hari. Flora yang terdapat dalam usus besar berfungsi untuk mensintesis vitamin K dan B serta memungkinkan pembusukan sisa-sisa makanan.

Pengertian Nutrisi

Manusia memerlukan asupan makanan guna memperoleh zat-zat penting yang dikenal istilah nutrisi. Nutrisi berfungsi untuk memperbaiki jaringan tubuh, mengatur proses dalam tubuh, sebagai sumber energi, serta untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit. Dengan demikian, fungsi utama nutrisi adalah untuk memberikan energi bagi aktivitas tubuh, membentuk struktur kerangka, dan jaringan, serta mengatur berbagai proses kimia di dalam tubuh.

Fungsi Nutrisi

Dalam konsep dasar nutrisi dikenal istilah nutrien. Nutrien adalah substansi organik dan anorganik khusus yang terdapat dalam makanan yang diperlukan tubuh agar dapat menjalankan fungsinya. Nutrien mempunyai 3 fungsi utama:

1. Menyediakan energi untuk proses dan pergerakan tubuh.
2. Menyediakan ‘struktur material’ untuk jaringan tubuh seperti tulang dan otak.
3. Mengatur proses tubuh.

Elemen Nutrisi

Elemen nutrisi terdiri atas :

1. Air

Air merupakan komponen terbesar yang diperlukan oleh tubuh. Air meliputi 60%-80% berat badan individu dewasa dan 80% berat badan bayi. Individu dewasa dapat kehilangan cairan $\pm 2-3$ liter/hari melalui keringat, urine, dan pernafasan. Individu dewasa rata-rata memerlukan 6-8 gelas air/ hari. Fungsi air bagi tubuh untuk membantu proses atau reaksi kimia dalam tubuh serta berperan mengontrol temperatur tubuh.

2. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan kelompok nutrien yang berfungsi sebagai sumber energy bagi tubuh, sebagai penghasil lemak, sebagai pasangan protein.

3. Protein

Protein adalah kimia hasil hidrolisis dari pencernaan yang merupakan unsur pokok untuk membangun kembali asam amino. Asam amino disimpan dalam jaringan dalam bentuk hormon. Protein berfungsi mempertahankan dan mengganti sel-sel yang rusak. Setiap 1 gram protein menghasilkan 4 Kkal. 12 jenis asam amino yang umum ditemukan dalam protein 8 diantaranya merupakan asam amino esensial. Asam amino yang tidak dapat disintesis oleh tubuh. oleh karena itu di dapat dari makanan.

Sumber protein antara lain daging, telur, ayam, ikan dll. Masalah defisien protein yang hebat menyebabkan penyakit yang disebut kwashiokor.

4. Lemak

Lemak adalah kelompok zat kimia organik yang berminyak dan tidak bisa bercampur dengan air tetapi bisa bercampur dengan alkohol. Zat kimia ini adalah lipid. Elemen yang terdapat pada lemak adalah karbon, hidrogen, oksigen. Lemak tunggal disebut Trigliserida. 1 gr lemak akan menghasilkan 9 kkal/38kJ. Proses terbentuknya lemak disebut lipogenesis.

Fungsi lemak antara lain sebagai sumber energy, sumber asam lemak esensial, menyerap vitamin larut lemak. Sumber lemak bisa didapat dalam mentega, keju, daging sapi, kacang tanah, ikan cord, susu.

5. Vitamin

Vitamin adalah senyawa organik yang tidak dapat dibuat oleh tubuh dan diperlukan dalam jumlah besar sebagai katalisator dalam proses metabolisme. Vitamin secara umum dikelompokkan dalam:

Vitamin yang dapat larut dalam lemak: Vit A,D,E,dan K.

Vitamin Vitamin yang larut dalam air: Vit B dan C

6. Mineral

Mineral adalah unsur kimia selain karbon, hidrogen, oksigen dan nitrogen yang dibutuhkan oleh tubuh.

Kebutuhan Nutrisi Sesuai Tingkat Perkembangan Usia

1. Bayi (0-12 bulan)

Kalori yang dibutuhkan sekitar 110-120 kalori/kg/hari. Kebutuhan cairan sekitar 140-160 ml/kg/hari. Bayi sebelum usia 6 bulan pemberian nutrisi yang pokok adalah air susu ibu. ASI sangat cocok diberikan sampai umur minimal 4 bulan.

2. Masa anak toddler (1-3 th) dan prasekolah (3-5 th)

Masa anak penting untuk mendidik pola makan yang benar. Kebiasaan yang sebaiknya diajarkan pada usia ini antara lain: penyediaan makanan dalam berbagai variasi, membatasi makanan manis, konsumsi diet yang seimbang. Kebutuhan kalori pada anak usia 1 tahun = 100 kkal/hari dan anak usia 3 tahun 300-500 kkal/hari.

3. Anak sekolah (6-12 th)

Pola makanan pada usia ini perlu diperhatikan, karena pada usia ini anak-anak senang makanan yang dijual di luar rumah.

4. Masa adolescents remaja (13-21 th)

Kebutuhan kalori, protein, mineral, dan vitamin sangat tinggi berkaitan dengan proses pertumbuhan. Lemak tubuh meningkatkan akan mengakibatkan obesitas sehingga akan menimbulkan stress terhadap body image yang terdapat mengakibatkan masalah kesehatan.

5. Masa dewasa muda (23-30 th)

Kebutuhan nutrisi pada usia ini untuk proses pertumbuhan, proses pemeliharaan dan perbaikan tubuh, mempertahankan keadaan gizi.

6. Masa dewasa (31-45 th)

Masa dewasa masa produktif khususnya terkait dengan aktivitas fisik, karena umur ini merupakan puncak untuk aktivitas hidup terutama dalam aktivitas bekerja. Kebutuhan nutrisi dibedakan antara tingkat pekerjaan ringan, berat, sedang.

7. Dewasa tua (46 th keatas)

Kebutuhan unsur-unsur gizi sudah jauh berkurang, pada usia lanjut maka BMR akan berkurang 10-30%. Maka aktivitas mengalami degeneratif

8. Wanita masa kehamilan menyusui

Wanita hamil dan ibu menyusui sangat memerlukan makanan yang baik dan cukup. Sebagai bahan pertimbangan untuk dapat menghasilkan 1 liter ASI harus menyediakan kalori sebanyak 150 kal sedangkan ASI mengandung 75 kal, 12 gr protein, 45 gr lemak laktosa vitamin dll.

Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Nutrisi

1. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat mempengaruhi pola konsumsi makanan.

2. Prasangka

Prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi dapat mempengaruhi status gizi seseorang.

3. Kebiasaan

Adanya kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu juga dapat mempengaruhi status gizi.

4. Kesukaan

Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kurangnya variasi makanan sehingga tubuh tidak memperoleh zat-zat yang dibutuhkan secara cukup.

5. Ekonomi

Status ekonomi seseorang dapat merubah status gizi seseorang karena penyediaan makanan bergizi, membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit.

Pemberian Nutrisi Melalui Oral

Pengertian

Tindakan ini merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per oral secara mandiri.

Tujuan

Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

Indikasi

Operasi elektif mayor pada pasien gizi buruk Trauma mayor (cedera tumpul atau tusuk, cedera kepala) Luka bakar Disfungsi hati Disfungsi Ginjal Resipien transplantasi sumsum tulang yang menjalani kemoterapi intensif Pasien yang tidak dapat makan atau mengabsorpsi gizi dalam jangka waktu yang tidak pasti (gangguan neurologis, disfungsi faring, atau short bowel syndrome) Pasien gizi baik dan stres minimal yang tidak dapat makan selama 7 sampai 10 hari.

Kontraindikasi

Kontraindikasi (obstruksi usus, luas permukaan usus yang tidak adekuat, diare yang tidak sembuh).

Langkah Kerja

1. Alat dan bahan
 - a. Piring
 - b. Sendok
 - c. Garpu
 - d. Gelas
 - e. Serbet
 - f. Mangkok cuci tangan
 - g. Pengalas
 - h. Makanan dengan porsi dan menu sesuai program
2. Prosedur kerja
 - a. Beri penjelasan
 - b. Cuci tangan
 - c. Atur posisi pasien dengan duduk/setengah duduk sesuai kondisi pasien.
 - d. Pasang pengalas
 - e. Tawarkan pasien melakukan ritual makan (misalnya, berdoa sebelum makan)
 - f. Bantu aktivitas dengan cara menyuap makan sedikit demi sedikit dan berikan minum sesudah makan
 - g. Bila selesai makan, bersihkan mulut pasien dan anjurkan duduk sebentar.
 - h. Catat tindakan dan hasil atau respons terhadap tindakan.
 - i. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

Pemberian Nutrisi Melalui Pipa Lambung

Pengertian

Tindakan ini dilakukan pada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per oral atau adanya gangguan fungsi menelan. Tindakan pemberian nutrisi melalui pipa lambung dapat dilakukan dengan pemasangan pipa lambung lebih dahulu kemudian dapat dilakukan pemberian nutrisi.

Tujuan

Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

Langkah Kerja

1. Alat dan bahan
 - a. Pipa penduga dalam tempatnya corong
 - b. Spuit 20 cc
 - c. Pengalas
 - d. Bengkok
 - e. Plester dan gunting
 - f. Makanan dalam bentuk cair
 - g. Air matang
 - h. Obat-obatan
 - i. Stetoskop
 - j. Klem
 - k. Baskom berisi air (kalau tidak ada stetoskop)
 - l. Vaseline
2. Prosedur kerja
 - a. Cuci tangan.
 - b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.

- c. Atur posisi pasien dengan posisi semi-Fowler.
- d. Bersihkan daerah hidung dan pasangkan pengalas di daerah dada.
- e. Letakkan bengkok di dekat pasien.
- f. Tentukan letak pipa penduga dengan cara mengukur panjang pipa dari epigastrium sampai hidung kemudian dibengkokkan ke telinga dan beri tanda batasnya.
- g. Berikan vaselin atau pelicin pada ujung pipa dan klem pangkal pipa tersebut lalu masukkan melalui hidung secara perlahan-lahan sambil pasien dianjurkan untuk menelannya.
- h. Tentukan apakah pipa tersebut benar-benar sudah masuk ke lambung, dengan cara :
 - 1) Masukkan ujung selang yang diklem kedalam baskom yang berisi air (klem dibuka) dan perhatikan bila ada gelembung, pipa masuk ke paru dan jika tidak ada gelembung pipa tersebut masuk ke lambung setelah itu diklem atau dilipat kembali.
 - 2) Masukkan udara dengan spuit ke dalam lambung melalui pipa tersebut dan dengarkan dengan stetoskop. Apabila di lambung terdengar bunyi, berarti pipa tersebut sudah masuk. Setelah itu, keluarkan udara yang di dalam sebanyak jumlah yang dimasukkan.
 - a) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

Pemberian nutrisi

1. Alat dan bahan
 - a. Corong
 - b. Spuit 20 cc

- c. Pengalas
 - d. Bengkok
 - e. Makanan dalam bentuk cair
 - f. Air matang
 - g. Obat-obatan (bila ada)
 - h. Klem
 - i. Stetoskop
2. Prosedur kerja
- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
 - b. Cuci tangan
 - c. Atur posisi semi-Fowler
 - d. Pasang pengalas
 - e. Letakkan bengkok
 - f. Periksa dahulu makanan di lambung dengan menggunakan spuit yang diaspirasikan ke pipa lambung.
 - g. Buka klem/penutup.
 - h. Lakukan tindakan pemberian makan dengan cara pasang corong/spuit pada pangkal pipa.
 - i. Masukkan air matang ± 15 cc pada awal dengan cara di tuangkan lewat pinggirnya.
 - j. Berikan makanan dalam bentuk cair yang tersedia.
 - k. Kemudian, bila ada obat-obatan masukan dan beri minum lalu diklem pipa penduga.
 - l. Catat hasilnya atau respons pasien selama pemberian makanan.
 - m. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

Pemberian Nutrisi Parenteral

Pengertian

Pemberian nutrisi parenteral merupakan pemberian nutrisi berupa cairan infus yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui darah vena baik sentral (untuk nutrisi parenteral total) atau vena perifer (untuk nutrisi parenteral parsial). Pemberian nutrisi melalui parenteral dilakukan pada pasien yang tidak dapat dipenuhi kebutuhan nutrisinya melalui oral atau enteral.

1. Nutrisi Parenteral Parsial

Merupakan pemberian sebagian kebutuhan nutrisi melalui intravena. Sebagian kebutuhan nutrisi harian pasien masih dapat dipenuhi melalui enteral. Cairannya yang biasa digunakan dalam bentuk dekstrosa atau cairan asam amino.

2. Nutrisi Parenteral Total

Merupakan pemberian nutrisi melalui intravena dimana kebutuhan nutrisi sepenuhnya melalui cairan infus karena keadaan saluran pencernaan klien tidak dapat digunakan. Cairan yang dapat digunakan adalah cairan yang mengandung karbohidrat seperti Triofusin E 1000, cairan ini yang mengandung asam amino seperti Pan Amin G, dan cairan yang mengandung lemak seperti intralipid. Jalur pemberian nutrisi parenteral dapat melalui vena sentral untuk jangka waktu lama dan melalui vena perifer (Hidayat, AA & Uliyah, M, 2005).

Tujuan

Mempertahankan kebutuhan nutrisi

Metode pemberian

Nutrisi parenteral parsial, pemberian sebagian kebutuhan nutrisi melalui intravena. Sebagian kebutuhan nutrisi

harian pasien masih dapat dipenuhi melalui enteral. Cairan yang biasanya digunakan dalam bentuk dekstrosa atau cairan asam amino.

Nutrisi parenteral total, pemberian nutrisi melalui jalur intravena ketika kebutuhan nutrisi sepenuhnya harus dipenuhi melalui cairan infus. Cairan yang dapat digunakan adalah cairan yang mengandung karbohidrat, seperti Triofusin E 1000, cairan yang mengandung asam amino, seperti Pan Amin G, dan cairan yang mengandung lemak, seperti intralipid.

Lokasi pemberian nutrisi secara parenteral melalui vena sentral dapat melalui vena antecubital pada vena basilika sefalika, vena subklavia, vena jugularis interna dan eksterna, dan vena femoralis. Nutrisi parenteral melalui perifer dapat dilakukan pada sebagian vena di daerah tangan dan kaki.

Prosedur

1. Jelaskan prosedur pada pasien
2. Cuci tangan.
3. Gunakan cara aseptik dalam perawatan kateter.
4. Ganti balutan tiap 24-28 jam.
5. Ganti set infus maksimal 2x24 jam.
6. Ganti posisi pemasangan infus maksimal 3x24 jam (perifer).
7. Perhatikan tanda flebitis, inflamasi, dan trombosis.
8. Jangan gunakan untuk pengambilan sampel darah dan pemberian obat.
9. Lakukan pemantauan selama pemberian nutrisi parenteral, antara lain :
 - a. Pemeriksaan laboratorium seperti BUN, kreatinin, gula darah, elektrolit, dan faal hepar

- b. Timbang berat badan pasien.
- c. Periksa reduksi urine.
- d. Observasi jumlah cairan yang masuk dan keluar.
- e. Cairan jangan digantung lebih dari 24 jam.
- f. Pemberian asam amino harus bersamaan dengan karbohidrat dengan harapan kalori yang dibutuhkan akan dipenuhi karbohidrat
- g. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

Daftar Pustaka

- Brunner & Suddarth, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Vol.1* Jakarta: EGC
- Dougherty, L. & Lisler, S. (2015). *Manual of Clinical Nursing Procedures* (9th ed.). UK: The Royal Marsden NHS Foundation Trust.
- Hidayat, A.A 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan jilid 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Perry, A.G & Potter, P.A. (2014). *Nursing Skills & Procedures* (8th ed). St Louis: Mosby Elsevier.
- Tarwoto wartonah, 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Wahid Iqbal Mubarak, SKM & Ns. Nurul Chaygtin, S.Kep, 2007. *"Kebutuhan Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik"* Gresik

Profil Penulis



Ns. Mariza Elvira, S.Kep., M.Kep

Penulis merupakan Dosen pada Departemen Keperawatan Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang (UNP). Menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 1 Rao Kabupaten Pasaman (2003-2006), pendidikan Sarjana Keperawatan (2007-2011) dan Profesi Ners (2011-2012) pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang, pendidikan Magister Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Andalas (2014-2016). Selama menjadi dosen, penulis aktif dalam menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis juga aktif mengikuti berbagai pelatihan dan kegiatan orasi ilmiah untuk pengembangan diri. Berbagai karya ilmiah telah dihasilkan baik dalam bentuk buku, HKI maupun artikel ilmiah pada jurnal nasional dan jurnal internasional.

Email Penulis: mariza_elvira@fik.unp.ac.id

PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Ns. Mike Asmaria, S.Kep., M.Kep
Universitas Negeri Padang

Pendahuluan

Cairan merupakan kebutuhan tubuh yang sangat diperlukan dalam mengangkut zat makanan ke dalam sel, sisa metabolisme, sebagai pelarut elektrolit dan non elektrolit, memelihara suhu tubuh, mempermudah eliminasi dan membantu pencernaan. Kebutuhan cairan, elektrolit (natrium, kalium, kalsium, klorida dan fosfat) sangat penting untuk menjaga keseimbangan asam-basa, konduksi saraf, kontraksi muskuler dan osmolalitas. Bila kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi sistem-sistem organ di dalam tubuh terutama ginjal. Untuk itu perlu adanya keseimbangan cairan dan elektrolit yang berarti adanya distribusi yang normal dari air tubuh total dan elektrolit ke dalam seluruh bagian tubuh. Keseimbangan cairan dan elektrolit saling bergantung satu dengan yang lainnya, jika salah satu fungsi terganggu maka akan berpengaruh pada yang lainnya dan menimbulkan ketidakseimbangan cairan di dalam tubuh.

Ketidakseimbangan cairan bisa menyebabkan beberapa masalah kesehatan seperti defisit volume cairan yang bisa disebabkan oleh beberapa hal yaitu kehilangan cairan abnormal melalui kulit, penurunan asupan cairan, perdarahan dan pergerakan cairan. Kekurangan volume cairan terjadi ketika tubuh kehilangan cairan dan elektrolit ekstraseluler dalam jumlah yang proporsional (isotonik). Kondisi seperti ini disebut juga hipovolemia. Penyebab (etiologi) untuk masalah hipovolemia adalah kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi. Untuk dapat mengangkat diagnosis hipovolemia perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat (PPNI, 2016).

Hipovolemia umumnya diawali dengan kehilangan cairan intravaskuler, lalu diikuti dengan perpindahan cairan interseluler menuju *intravaskuler* sehingga menyebabkan penurunan cairan ekstraseluler. Untuk mengkompensasi kondisi ini, tubuh melakukan pemindahan cairan intraseluler secara umum. Cairan dapat berpindah dari lokasi intravaskuler menuju lokasi potensial seperti pleura, peritoneum, perikardium, atau rongga sendi.

Sedangkan ketidakseimbangan yang ditandai dengan kelebihan (retensi) cairan dan natrium di ruang ekstra sel disebut dengan *Hipervolemia* atau disebut juga *overhidrasi*. *Hipervolemia* mumnya terjadi akibat masalah di ginjal. Penyebab (etiologi) untuk masalah *hipervolemia* adalah gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, efek agen farmakologis (mis: *kortikosteroid*, *chlorpropamide*, *tolbutamide*, *vincristine*, *triptyline*

carbamazepine). Untuk dapat mengangkat diagnosis hipervolemia, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu edema anasarca dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan/atau *central venous pressure* (CVP) meningkat, refleks hepatojugular positif.

Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Pengertian

Pemenuhan Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespon terhadap stressor fisiologis dan lingkungan (Tarwoto dan Wartonah, 2006). Cairan dan elektrolit merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Menurut Hirarki Maslow kebutuhan dasar manusia terbagi dalam lima tingkat prioritas. Kebutuhan volume cairan dan elektrolit merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yaitu fisiologis yang harus dipenuhi. Apabila penderita telah banyak mengalami kehilangan air dan elektrolit, maka dapat menimbulkan dehidrasi (Sodikolin, 2014).

Tujuan

1. Mempertahankan fungsi tubuh manusia
2. Mengangkut zat makanan ke dalam sel, sisa metabolisme, sebagai pelarut elektrolit, dan non elektrolit
3. Memelihara suhu tubuh,
4. Mempermudah eliminasi
5. Membantu pencernaan.

6. Menjaga keseimbangan asam-basa, konduksi saraf, kontraksi muskular, dan osmolalitas.

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Untuk mempertahankan kondisi cairan dan elektrolit dalam keadaan seimbang maka pemasukan harus cukup sesuai dengan kebutuhan. Prosedur pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dalam pelayanan keperawatan dapat dilakukan melalui pemberian cairan per oral atau intravena. Menurut Standar Prosedur Operasional Keperawatan PPNI, pemenuhan kebutuhan cairan meliputi beberapa prosedur yaitu sebagai berikut :

1. Pemantauan Intake dan Output Cairan

Pemantauan Intake dan Output Cairan yaitu mengumpulkan dan menganalisis data jumlah cairan yang masuk dan keluar tubuh. Tindakan ini didasari oleh adanya diagnosa keperawatan yang meliputi masalah penurunan curah jantung, risiko penurunan curah jantung, risiko perfusi miokard tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, risiko perfusi perifer tidak efektif gangguan sirkulasi spontan, risiko gangguan sirkulasi spontan, hipervolemia, hipovolemia, risiko hipovolemia, diare, nausea, risiko ketidakseimbangan cairan, risiko ketidakseimbangan elektrolit, risiko syok, risiko perfusi renal tidak efektif, risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif.

Tujuan

Mengetahui jumlah cairan yang masuk dan keluar tubuh

Prosedur

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)

- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
 - c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - 1) Sarung tangan bersih
 - 2) Gelas ukur
 - 3) Format pemantauan intake dan output cairan
 - d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - e. Pasang sarung tangan bersih
 - f. Ukur volume output cairan (meliputi urine, defekasi, muntah, NGT, dan drain)
 - g. Ukur volume input cairan (meliputi minum dan cairan intravena)
 - h. Hitung balance cairan
 - i. Lepaskan sarung tangan
 - j. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - k. Hitung insensible water loss (WL), jika perlu
 - l. Hitung balance cairan periode waktu yang dibutuhkan (misal per jam, per 8 jam, per 12 jam, per 24 jam), jika perlu
 - m. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
 - n. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan
2. Pemberian Cairan Melalui Akses Intravena

Pemberian cairan melalui akses intravena yaitu menyiapkan jalur masuk ke dalam pembuluh darah (PPNI, 2021).

Memasukkan cairan melalui intravena diantaranya vena lengan (vena cefalica, basilica dan mediana cubiti) atau vena di daerah kepala seperti vena temporalis frontalis (khusus untuk anak-anak). Tindakan ini memperhatikan sterilitas karena langsung berhubungan dengan pembuluh darah.

Pemasangan alat dapat diberikan pada pasien yang mengalami pengeluaran cairan atau nutrisi yang berat di dasari oleh diagnosa keperawatan berikut yaitu

penurunan curah jantung, resiko penurunan curah jantung, resiko perfusi miokard tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, resiko perfusi perifer tidak efektif, gangguan sirkulasi spontan, resiko gangguan sirkulasi spontan, hipovolemia, resiko hypovolemia, hypervolemia, resiko ketidakseimbangan cairan, diare, ikterus neonatus, resiko syok, resiko perfusi renal tidak efektif, resiko perfusi gastrointestinal tidak efektif, penurunan kapasitas adaptif intracranial, resiko infeksi.

Tujuan

- a. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit.
- b. Pemberian pengobatan dan pemberian nutrisi.

Prosedur

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir , dan/atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langka-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - 1) Sarung tangan bersih
 - 2) Torniket
 - 3) Kateter intravena sesuai ukuran (bayi/anak no.24, dewasa no.20 atau geriatri 22 atau 24)
 - 4) *Alkohol swab*
 - 5) Balutan transparan (*transparent dressing*) atau kassa
 - 6) Plester
 - 7) Set Infus atau *Injection Plug*
 - 8) Cairan Infus

- 9) Pengalas
- 10) Bengkok
- d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- e. Siapkan cairan infus
 - 1) Sambungkan set infus dengan wadah cairan
 - 2) Pastikan rol klem terkunci dan isi bilik (*chamber*) infus dengan cairan infus
 - 3) Alirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus
 - 4) Pastikan tidak ada gelembung selang udara didalam selang infus
- f. Atur posisi senyaman mungkin
- g. Pilih vena yang akan di insersi :
 - 1) Vena pada ekstremitas non-dominan *kecuali kontraindikasi* (seperti terdapat luka, fistula, untuk dialisis, riwayat mastektomi)
 - 2) Vena yang lurus, cukup besar dapat di palpasi dan jauh dari persendian
- h. Letakkan pengalas dibawah lengan pasien
- i. Pasang sarung tangan bersih
- j. Dilatasi vena dengan memasang torniket 15 - 20 cm diatas vena yang akan di insersi dan/atau beberapa metode ini :
 - 1) Posisikan area insersi lebih rendah dari jantung
 - 2) Kepalkan telapak tangan
 - 3) Ketuk-ketuk dengan lembut dengan menggunakan ujung jari

- 4) Masase dari arah distal ke proksimal dibawah vena yang akan di insersi
- 5) Kompres hangat pada area insersi
- k. Bersihkan daerah yang akan di insersi dengan *alkohol swab*
- l. Regangkan kulit dibawah vena yang akan di insersi dengan menggunakan tangan yang tidak dominan
- m. Inersikan kateter pada vena dengan sudut 10-30° dengan tangan yang dominan
- n. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang kateter dan tarik sedikit stilet
- o. Dorong kateter hingga mencapai pangkalnya
- p. Lepaskan torniket
- q. Tekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter
- r. Sambungkan kateter intravena dengan set infus atau *injection plug*
- s. Pasang balutan transparan (*transparent dressing*) pada area insersi
- t. Berikan label pada dressing dan tuliskan tanggal dan waktu pemasangan
- u. Rapikan pasien dan peralatan yang telah digunakan
- v. Lepaskan sarung tangan
- w. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- x. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

3. Pemberian Produk Darah

Pemberian produk darah yaitu mempersiapkan dan memberikan produk darah dengan menggunakan set transfusi. Pemberian cairan dengan produk darah atau disebut juga dengan transfusi darah merupakan proses pemindahan darah dari seorang donor kedalam pembuluh darah orang lain (resipien). Tindakan ini dilakukan pada klien yang membutuhkan darah/produk darah dengan cara memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set transfusi. Pemberian transfusi darah digunakan untuk memenuhi volume sirkulasi darah memperbaiki kadar hemoglobin dan protein serum. Tindakan transfusi darah juga dapat dilakukan pada pasien yang mengalami defisit cairan atau curah jantung menurun.

Tujuan

- a. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau hemoragi).
- b. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien anemia berat.
- c. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi sulih (misalnya, faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofilia).

Prosedur

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :

- 1) Produk darah, *sesuai kebutuhan*
 - 2) Sarung tangan bersih
 - 3) Set Transfusi (*Blood set*)
 - 4) Cairan NaCl 0,9%
 - 5) Kateter intravena
 - 6) Spuit 3 cc
 - 7) *Alkohol swab*
 - 8) Pengalas
 - 9) Bengkok
 - 10) Plester
 - 11) Gunting
- d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - e. Pasan sarung tangan bersih
 - f. Lakukan pengecekan ganda atau (*doble chek*) pada label darah (darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah dan identitas pasien)
 - g. Pasang akses intravena, *jika belum terpasang*
 - h. Periksa kepatenan akses intravena, flebitis dan tanda infeksi lokal
 - i. Berikan NaCl 0,9% 50-10 ml sebelum transfusi dilakukan
 - j. Sambungkan kantong darah dengan set transfusi
 - k. Atur kecepatan transfusi 2 mL/menit pada 15 menit pertama dan jika tidak terjadi respon alergi maka transfusi dapat dipercepat sesuai target dan kondisi pasien

- l. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam (Untuk WB, PRC, PRC-LDWE) 2 jam (untuk TC), atau 6 jam (untuk FFP dan *cryoprecipitate*)
- m. Bilas selang dengan mengalirkan cairan NaCl sebanyak 50 - 100 ml
- n. Monitor TTV dan adanya tanda/gejala respon alergi (saat transfusi dimulai, 15 menit saat transfusi dimulai, saat transfusi selesai, 4 jam setelah transfusi selesai)
- o. Hentikan transfusi jika terdapat reaksi alergi
- p. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- q. Lepaskan sarung tangan
- r. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- s. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Hal-hal yang Harus diperhatikan

Kecocokan darah melalui nama pasien, label darah, golongan darah, dan periksa warna darah (terjadi penggumpalan atau tidak), homogenitas (bercampur rata atau tidak).

4. Perawatan Resusitasi Cairan

Perawatan resusitasi cairan merupakan prosedur tindakan dalam memberikan perawatan pada pasien yang menjalani pemberian cairan intravena dengan cepat sesuai indikasi. Tindakan ini didasari oleh adanya diagnosa keperawatan terkait dengan hipovolemia, perfusi perifer tidak efektif, risiko syok.

Prosedur

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)

- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - 1) Sarung tangan bersih
 - 2) Cairan kristaloid (Ringer Laktat, NaCl 0,9% atau Asering)
 - 3) Produk darah, jika perlu
 - 4) Set infus atau set transfusi (*blood set*)
 - 5) Kateter IV ukuran besar (nomor 16 atau 18)
 - 6) Torniket
 - 7) Spuit 3 cc
 - 8) Tabung sampel darah
 - 9) *Alcohol swab*
 - 10) Plester
 - 11) Gunting
 - 12) Monitor jantung
 - 13) Oksimetri nadi
 - 14) Stetoskop
 - 15) Pengalas
 - 16) Bengkok
- c. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- d. Pasang sarung tangan
- e. Monitor status hemodinamik (frekuensi napas, frekuensi nadi, kekuatan nadi, TD, tekanan nadi, MAP)
- f. Monitor status oksigenasi (saturasi oksigen, AGD)
- g. Monitor status cairan (intake-output, akral, CRT, turgor kulit)

- h. Monitor nilai BUN, kreatinin, protein total, dan albumin, jika perlu
 - i. Identifikasi kelas syok untuk estimasi kehilangan darah
 - j. Pasang jalur IV berukuran besar (nomor 16 atau 18)
 - k. Berikan infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa atau 20 mL/kgBB pada anak
 - l. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan *cross matching*
 - m. Berikan produk darah, jika perlu
 - n. Monitor tanda dan gejala edema paru
 - o. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien
5. Restriksi Cairan

Restriksi cairan merupakan prosedur tindakan yang memfasilitasi pembatasan asupan cairan untuk meminimalkan kelebihan cairan dalam tubuh. Tindakan ini didasari oleh adanya diagnosa keperawatan yang meliputi masalah kelebihan cairan seperti hipervolemia, penurunan curah jantung, resiko perfusi renal tidak efektif, resiko ketidakseimbangan cairan.

Prosedur

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

- d. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (seperti ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
- e. Periksa status hemodinamik (meliputi frekuensi nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia
- f. Ukur intake, output dan balance cairan
- g. Periksa kecepatan infus secara ketat
- h. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- i. Batasi asupan cairan dan garam
- j. Anjurkan melapor jika output urine $<0,5$ mL/kg/jam dalam 6 jam
- k. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari
- l. Ajarkan cara mengukur dan mencatat input dan output cairan
- m. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- n. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respons pasien

Daftar Pustaka

- Berman, A., Snyder, S. & Fradsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing* (10th ed). USA: Pearson Education
- Burns, S. M. (2014) *AACN Essentials of Critical Care Nursing* (3 ed.). New York: McGraw-Hill Education
- Cole, E. (2009) *Trauma Care, Essential Clinical Skills for Nurses* UK Wiley-Blackwell
- Derr, P. McEvoy, M. & Tardiff, J. (2014) *Emergency & Critical Care* (6 ed.). USA Jones & Bartlett Learning
- Dougherty, L. & Lister, S. (2015) *Manual of Clinical Nursing Procedures* (9 ed) LKJ: The Royal Marsden NHS Foundation Trust.
- Lusianah, Dwi, E. Suratun. (2012). *Prosedur Keperawatan*. (1 ed) Jakarta : CV.Trans Info Media
- Perry, A.G. & Potter, PA (2015) *Nursing Skills & Procedures* (6 ed.) St Louis Mosby Elsevier
- PPNI (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan indikator Diagnostik* (1st ed) Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed.) Jakarta DPP PPNI
- PPNI (2018) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 ed) Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2021) *Standar Prosedur Operasional Keperawatan* (1 ed) Jakarta: DPP PPNI
- Wilkinson, M. Treas, L. S. Barnett, K. & Smith, M. H. (2016) *Fundamentals of Nursing* (3 ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company

Profil Penulis



Ns. Mike Asmaria, S.Kep., M.Kep

Penulis tertarik menimba ilmu di bidang keperawatan yang dimulai dengan mengambil pendidikan keperawatan jenjang Diploma di AKPER Pemda Padang Pariaman 2005 dan melanjutkan jenjang pendidikannya di Profesi Ners tahun 2010. Penulis mengawali karir sebagai pengajar di Akper PemKab. Padang Pariaman pada tahun 2012. Selanjutnya penulis memfokuskan ilmu di bidang keperawatan dengan mengambil pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas tahun 2014. Penulis masih berkiprah menjadi pengajar di di tempat yang sama yang berganti nama dengan Prodi D III Keperawatan Universitas Negeri Padang tahun 2018 hingga sekarang. Pengembangan karir penulis melalui dunia penelitian dan pengabdian masyarakat yang difokuskan pada bidang keperawatan. Beberapa penelitian telah dilakukan yang didanai oleh perguruan tinggi internal, mandiri. Selain di dunia pengajaran dan penelitian, penulis juga aktif memberikan kontribusinya melalui pengabdian masyarakat sebagai bentuk rasa kemanusiaan terhadap masyarakat. Saat ini penulis mulai aktif menulis buku sebagai salah satu media pembelajaran yang sekiranya dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara dan didapat dijadikan salah satu acuan dalam pembelajaran di dunia perkuliahan Keperawatan Dasar.

Email Penulis: mikeasmaria@fik.unp.ac.id

PROSEDUR PENUHAN ELIMINASI

Ns. Suanda Saputra, S.Kep., M.Kep

Universitas Medika Suherman (UMS), Cikarang-Bekasi

Pendahuluan

Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting dalam menentukan kelangsungan hidup manusia. Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan homeostasis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Secara garis besar, sisa metabolisme tersebut terbagi ke dalam dua jenis yaitu sampah yang berasal dari saluran cerna yang dibuang melalui feses serta sampah metabolisme yang dibuang baik bersama feses atau pun melalui saluran lain seperti urine, CO₂, nitrogen dan H₂O. Eliminasi terbagi atas dua bagian utama yaitu eliminasi fekal (buang air besar/ BAB) dan eliminasi urine (buang air kecil/ BAK).

Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan prosedur keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan eliminasi.

Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Mendemonstrasikan tindakan menolong pasien BAB/BAK menggunakan pispot dan urinal
2. Mendemonstrasikan cara pemasangan dan pelepasan kateterisasi urine baik dengan kateter foley maupun kateter kondom
3. Mendemonstrasikan cara melakukan huknah

Metode Praktikum

Metode praktikum yang digunakan adalah praktek terstruktur dan praktek mandiri.

Lingkup Bahasan Praktek

Modul ini akan membahas tentang praktek membantu eliminasi fekal dan urin menggunakan pispot dan urinal, pemasangan dan pelepasan kateter foley, pemasangan kondom kateter, dan huknah (enema).

Prosedur 1: Membantu Menggunakan Pispot dan Urinal

Definisi

Membantu pasien yang hendak buang air besar atau buang air kecil (BAB atau BAK) diatas tempat tidur

Tujuan

1. Membantu pasien dalam rangka memenuhi kebutuhan eliminasi
2. Mengurangi pergerakan pasien
3. Mengetahui adanya kelainan feces/urine secara langsung
4. Menjaga kebersihan pasien dan alat tenun pasien

Prosedur

Membantu Menggunakan Pispot dan Urinal

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi			
1	Mengecek program medis			
2	Persiapan alat			
	a. Pispot dan tutupnya atau urinal b. Sampiran c. Alas bokong d. Bangku kecil untuk pispot/trolley e. Bel (bila ada) f. Tissue g. Dua waskom berisi air (satu untuk bilas sabun) h. Sabun i. Dua waslap j. Handuk k. Linen (bila diperlukan) l. Selimut mandi			
B	Tahap Orientasi (Persiapan pasien)			
3	Memberikan salam terapeutik dan memanggil nama pasien			
4	Melakukan kontrak : Prosedur, Tujuan, Waktu dan Tempat			
5	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
6	Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur			
7	Menjaga privasi pasien			
C	Tahap Kerja/ Langkah – langkah			
8	Membawa alat ke dekat pasien			
9	Menutup jendela dan memasang sampiran			
10	Mencuci tangan			
11	Memasang selimut mandi dan menurunkan selimut pasien			
12	Tinggikan tepi tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh			

13	Meminta pasien untuk mengangkat bokongnya atau miring (bila perlu dibantu perawat) lalu membentangkan alas bokong pasien			
14	Membuka pakaian pasien bagian bawah			
15	Anjurkan pasien untuk berpegangan di bawah/bagian belakang tempat tidur sambil menekuk lutut sambil diikuti dengan mengangkat bokong kemudian pasang pispot perlahan-lahan			
16	Jika pasien pria pasang urinal untuk BAK			
17	Pastikan bahwa sprengi dan stik tidak terkena			
18	Tinggalkan pasien dan anjurkan untuk menyembunyikan bel jika sudah selesai atau memberitahu perawat			
19	Kalau sudah selesai tarik pispot dan letakkan lengkap dengan tutupnya diatas kursi atau meja dorong			
20	Bersihkan daerah perianal dengan tissue (untuk pasien wanita bersihkan mulai dari uretra sampai dengan anus untuk mencegah perpindahan mikroorganisme dari rectal ke saluran urinaria) kemudian tissue buang ke dalam pispot			
21	Gunakan waslap untuk mencuci daerah perianal dengan air sabun			
22	Bilas dengan air bersih			
23	Keringkan daerah perianal dengan handuk			
24	Mengangkat alas bokong			
25	Mengembalikan posisi pasien seperti semula			
26	Mengenakan kembali pakaian pasien			
27	Mengangkat selimut mandi dan sekaligus menarik selimut pasien keatas			
28	Ganti linen jika kotor kena feces atau urine			
29	Merapikan pasien			
30	Buka sampiran dan buka jendela			
31	Jika perlu beri pengharum ruangan			
32	Bersihkan pispot			

D	Tahap Terminasi			
33	Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif			
34	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
35	Mencuci tangan			
36	Dokumentasikan warna, bau, feces dan urine serta konsistensi feces dan catat kondisi daerah perianal			
E	Sikap			
37	Melakukan tindakan dengan sistematis			
38	Komunikatif dengan pasien			
39	Percaya diri			

Definisi

- a. Kateter adalah pipa untuk memasukkan atau

Prosedur 2: Memasang Kateter dan Melepas Kateter

- b. plastik, metal, woven silk dan silikon
- c. Kandung kemih adalah sebuah kantong yang berfungsi untuk menampung air seni yang berubah-ubah jumlahnya yang dialirkan oleh sepasang ureter dari sepasang ginjal
- d. Kateterisasi kandung kemih adalah dimasukkannya kateter melalui urethra ke dalam kandung kemih untuk mengeluarkan air seni atau urine

Tujuan

- a. Menghilangkan distensi kandung kemih
- b. Sebagai penatalaksanaan kandung kemih inkompeten
- c. Mendapatkan spesimen urine steril

- d. Sebagai pengkajian jumlah residu urine, bila kandung kemih tidak mampu untuk dikosongkan secara lengkap

Prosedur

Pemasangan Kateter Urin

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi			
1	Mengecek program medis			
2	Persiapan alat			
	a. Perlak /pengalas b. Handuk c. Sarung tangan steril d. Bengkok steril e. Kom steril f. Cairan deisinfektan untuk gentalia hygiene g. Kapas h. Kateter steril i. Jelly j. Urin bag k. Spuit 20 cc l. Cairan balon kateter (Aquades) m. Microphore n. Bengkok bersih			
B	Tahap Orientasi (Persiapan pasien)			
3	Memberikan salam terapeutik dan memanggil nama pasien			
4	Melakukan kontrak : Prosedur, Tujuan, Waktu dan Tempat			
5	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
6	Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur			
7	Menjaga privasi pasien			
C	Tahap Kerja/ Langkah – langkah			
8	Mencuci tangan			
9	Memasang perlak			
10	Mendekatkan alat ke sisi pasien			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
11	Mengatur posisi pasien supinasi di atas tempat tidur			
12	Memasang handuk dari abdomen sampai menutupi genitalia secara melintang			
13	Membuka pakaian bawah pasien			
14	Menyiapkan alat-alat steril			
15	Memakai sarung tangan steril			
16	Meletakkan bengkok steril dekat area genitalia			
16	Melakukan genitalia <i>hygiene</i> (prinsip steril) a. laki-laki : Penis dipegang dan diarahkan ke atas atau hampir tegak lurus dengan tubuh untuk meluruskan urethra yang panjang dan berkelok agar kateter mudah dimasukkan. Desinfeksi dimulai dari meatus termasuk glans penis dan memutar sampai pangkal, diulang sekali lagi dan dilanjutkan dengan alkohol. Pada saat melaksanakan tangan kiri memegang penis sedang tangan kanan memegang pinset dan dipertahankan tetap steril. b. wanita : Jari tangan kiri membuka labia minora, desinfeksi dimulai dari atas (clitoris), meatus lalu kearah bawah menuju rektum. Hal ini diulang 3 kali. Deppers terakhir ditinggalkan diantara labia minora dekat clitoris untuk mempertahankan penampakan meatus urethra.			
17	Melumuri kateter dengan jelly			
18	Menginsersi kateter dengan cara tangan yang tidak dominan memegang genitalia dan tangan dominan menginsersi kateter sampai batas yang ditentukan			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
	(17,5 cm-22,5cm pada pria); (sekitar 5 sampai 7,5 cm pada wanita)			
19	Menyambung kateter dengan urine bag			
20	Mengisi balon kateter sesuai dengan ketentuan			
21	Memfiksasi kateter			
22	Menjelaskan kepada pasien untuk tidak menarik kateter			
23	Meletakkan urine bag lebih rendah dari pasien			
24	Mengangkat bengkak dari area genitalia			
25	Memakaikan pakaian bawah pasien			
26	Mengangkat handuk dan perlak			
27	Memposisikan pasien dalam posisi nyaman			
28	Merapikan alat-alat			
29	Melepaskan sarung tangan			
D	Tahap Terminasi			
30	Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif			
31	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
32	Mencuci tangan			
33	Mendokumentasikan			
E	Sikap			
34	Melakukan tindakan dengan sistematis			
35	Komunikatif dengan pasien			
36	Percaya diri			

Kewaspadaan perawat

Jangan mendorong paksa kateter bila terjadi tahanan. Pada pria lansia, hipertropi prostat dapat menyumbat uretra secara parsial dan menghambat kemudahan masuknya kateter. Bila terjadi tahanan, beritahu dokter klien.

Prosedur

Melepas Kateter Urin

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi			
1	Mengecek program medis			
2	Persiapan alat			
	a. 1 pasang sarung tangan b. Pinset c. S spuit d. Bethadin e. Bengkok 2 buah f. Plester g. Bensin h. Lidi waten			
B	Tahap Orientasi (Persiapan pasien)			
3	Memberikan salam terapeutik dan memanggil nama pasien			
4	Melakukan kontrak : Prosedur, Tujuan, Waktu dan Tempat			
5	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
6	Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur			
7	Menjaga privasi pasien			
C	Tahap Kerja/ Langkah – langkah			
8	Memberitahu pasien			
9	Memasang sampiran atau menutup jendela			
10	Membawa alat ke dekat pasien			
11	Mencuci tangan			
12	Membuka plester dengan bersih			
13	Memakai sarung tangan			
14	Mengeluarkan isi balon kateter dengan spuit			
15	Menarik kateter dan ajurkan pasien untuk tarik nafas panjang, kemudian buang kateter pada bengkok			
16	Olesi area preputium (meatus uretra) dengan bethadin			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
16	Melepas sarung tangan dan membereskan alat			
17	Mencuci tangan			
18	Mendokumentasikan tindakan keperawatan			
D	Tahap Terminasi			
19	Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif			
20	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
21	Mencuci tangan			
22	Mendokumentasikan			
E	Sikap			
23	Melakukan tindakan dengan sistematis			
24	Komunikatif dengan pasien			
25	Percaya diri			

Perhatian

- Pada pasien yang akan dilepas kateter sebaiknya dilakukan bladder training
- Sebelum menarik kateter kosongkan urine bag terlebih dahulu

Prosedur 3: Pemasangan Kondom Kateter

Definisi

Kondom kateter adalah alat drainase urine eksternal yang mudah untuk digunakan dan aman untuk mengalirkan urine pada klien pria.

Indikasi

Untuk klien inkontinensia atau koma yang masih mempunyai kemampuan mengosongkan kandung kemih spontan dan komplrit

Tujuan

- a. Untuk mengumpulkan urine dan mengontrol urine inkontinen
- b. Mencegah iritasi pada kulit akibat urine inkontenin
- c. Klien dapat melakukan aktifitas fisik tanpa harus merasa malu karena adanya kebocoran urine (ngompol)

Prosedur

Pemasangan Kondom Kateter

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi			
1	Mengecek program medis			
2	Persiapan alat			
	a. Selaput kondom karet b. Strip elastis atau perekat c. Kantung penampung urine dengan selang drainase d. Baskon dengan air hangat dan sabun e. Handuk dan waslap f. Selimut mandi g. Sarung tangan sekali pakai h. Gunting i. Perlak pengalas j. Pispot			
B	Tahap Orientasi (Persiapan pasien)			
3	Memberikan salam terapeutik dan memanggil nama pasien			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
4	Melakukan kontrak : Prosedur, Tujuan, Waktu dan Tempat			
5	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
6	Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur			
7	Menjaga privasi pasien			
C	Tahap Kerja/ Langkah – langkah			
8	Cuci tangan			
9	Tutup pintu atau tirai samping tempat tidur			
10	Jelaskan prosedur pada klien			
11	Gunakan sarung tangan sekali pakai			
12	Bantu klien pada posisi telentang. Letakkan selimut diatas tubuh dan tutup ekstremitas bawahnya dengan selimut mandi sehingga hanya genitalia saja yang kelihatan			
13	Pasang pernak pengalas			
14	Bersihkan genitalia dengan sabun dan air dengan menggunakan waslap, keringkan secara meyeluruh			
15	Siapkan drainase kantung urine dengan menggantungkannya ke kerangka tempat tidur. Bawa selang drainase ke sisi pagar tempat tidur.			
16	Dengan tangan non-dominan genggam penis klien dengan kuat sepanjang batangnya. Dengan tangan dominan, pegang kantung kondom pada ujung penis dan dengan perlahan pasang pada batang penis.			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
16	Sisakan 2,5 sampai 5 cm ruang antara glans penis dan ujung kondom kateter.			
17	Lilitkan batang penis dengan strip velcro atau perekat elastik. Strip harus menyengguh hanya kantung kondom. Pasang dengan pas tetapi tidak ketat.			
18	Hubungkan selang drainase pada ujung kondom kateter			
19	Letakkan kelebihan gulungan selang drainase pada tempat tidur dan ikatkan dengan peniti pada dasar linen tempat tidur			
20	Posisikan klien pada posisi yang aman			
21	Rapikan peralatan yang basah, lepaskan sarung tangan, dan cuci tangan			
22	Catat kapan kondom kateter dipasang dan adanya urine pada kantung drainase			
23	Cuci tangan			
D	Tahap Terminasi			
24	Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif			
25	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
26	Mencuci tangan			
27	Mendokumentasikan			
E	Sikap			
28	Melakukan tindakan dengan sistematis			
29	Komunikatif dengan pasien			
30	Percaya diri			

Prosedur 4: Melakukan Enema (Huknah)

Definisi

Memasukkan larutan ke dalam rektum dan kolon

Tujuan

- Untuk meningkatkan defekasi dengan merangsang peristaltik
- Untuk melunakkan feses yang telah mengeras atau untuk mengosongkan rektum dan kolon bawah untuk prosedur diagnostik atau pembedahan

Macamnya

- Huknah Rendah* adalah memasukkan cairan melalui anus samapi ke kolon sigmoid. Tujuan huknah rendah adalah merangsang peristaltik usus, mengosongkan usus sebagai persiapan tindakan operasi dan colonoscopy serta tindakan pengobatan.
- Huknah Tinggi* adalah memasukkan cairan melalui anus (rectum) sampai ke kolon asenden. Tujuan huknah tinggi antara lain membantu untuk mengeluarkan feses akibat dari adanya konstipasi atau fekal impaksi; membantu defekasi yang normal sebagai bagian dari bowel training program dan tindakan pengobatan/pemeriksaan diagnostik.

Prosedur

Pemberian Enema

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi			
1	Mengecek program medis			
2	Persiapan alat			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
	a. Pemberian melalui selang rektal dengan wadah enema 1) Wadah enema (irigator) 2) Volume larutan hangat a) Dewasa : 700 sampai 1000 ml, dengan suhu 40,5 derajat sampai 43 derajat C b) Anak-anak Bayi : 150 sampai 250 ml Usia bermain (toddler) : 250 sampai 350 ml Usia sekolah : 300 sampai 500 ml Remaja : 500 sampai 700 ml Suhu cairan yang digunakan untuk anak-anak adalah 37,7 C c) Selang rektal dengan ujung bulet Dewasa : No. 22-30 G French (Fr) Anak-anak : No. 12-18 G Fr 3) Selang untuk menghubungkan selang rektal ke wadah (selang irigator) 4) Klem pengatur pada selang 5) Termoteter air untuk mengukur suhu larutan 6) Pelumas larut dalam air (vaselin) 7) Perlak pengalas 8) Selimut mandi 9) Kertas toilet 10) Pispot 11) Baskom, waslap dan handuk, serta sabun 12) Sarung tangan sekali pakai			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
	b. Pemberian melalui kemasan wadah sekali pakai 1) Batang dengan ujung untuk rektal 2) Sarung tangan sekali pakai 3) Pelumas larut dalam air 4) Perlak pengalas 5) Selimut mandi 6) Kertas toilet 7) Pispot 8) Baskom. Waslap dan handuk, serta sabun			
B	Tahap Orientasi (Persiapan pasien)			
3	Memberikan salam terapeutik dan memanggil nama pasien			
4	Melakukan kontrak : Prosedur, Tujuan, Waktu dan Tempat			
5	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
6	Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur			
7	Menjaga privasi pasien			
C	Tahap Kerja/ Langkah – langkah			
	Pemberian melalui selang rektal dengan wadah enema			
8	Jelaskan prosedur pada klien			
9	Tutup ruangan/tirai			
10	Bantu klien pada posisi miring ke kiri (lateral kiri) jika untuk huknah rendah, ke kanan jika untuk huknah tinggi dengan lutut kanan fleksi. Anak-anak biasanya ditempatkan pada posisi dorsal rekumben. (Posisikan klien dengan kontrol sfingter kurang pada pispot)			
11	Memungkinkan larutan enema mengalir ke bawah dengan gravitasi sepanjang lengkung natural kolon sigmoid dan rektum, sehingga			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
	memperbaiki retensi larutan (klien dengan kontrol sfingter buruk tidak akan mampu menahan larutan enema)			
12	Letakkan perlat pengalasan dibawah bokong klien			
13	Selimuti tubuh dan ekstremitas bawah klien dengan selimut mandi, biarkan hanya area anal yang kelihatan			
14	Susun wadah enema, hubungkan selang, klem, dan selang rektal			
15	Tutup klem pengatur			
16	Tambahkan larutan hangat ke dalam wadah. Hangatkan air seperti layaknya mengalir dari kran, letakkan wadah normal salin dalam baskom air panas sebelum menuangkan normal salin ke dalam baskom ke dalam wadah enema. Periksa suhu larutan dengan termometer air atau dengan meneteskan sedikit larutan diatas pergelangan tangan sebelah dalam			
17	Bilas wadah isi dengan larutan, lepaskan klep, dan biarkan larutan keluar sampai tak ada udara. Tempatkan dekat dengan unit tempat tidur untuk memenuhi selang. Klem kembali selang			
18	Letakkan pispot dekat tempat tidur			
19	Cuci tangan dan gunakan sarung tangan			
20	Beri pelumas 3 sampai 4 pada ujung selang rektal dengan pelumas jeli			
21	Alirkan sebagian kecil cairan ke luar, sepanjang selang rektal untuk mengeluarkan udara dalam selang. Kemudian tutup klem kembali			
22	Dengan perlahan regangkan bokong dan cari letak anus. Instruksikan			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
	klien untuk rileks dengan menghembuskan nafas dengan perlahan melalui mulut			
23	Masukkan ujung selang rektal secara perlahan dengan mengarahkan ke arah umbilikulus klien. Panjang insersi beragam : 7,4 - 10 cm untuk orang dewasa, 5 sampai 7,5 cm untuk anak-anak dan 2,5 – 3,25 untuk bayi. Tarik selang dengan segera bila menemui obstruksi			
24	Insersi hati-hati mencegah trauma pada mukosa rektal akibat penusukan selang secara tidak sengaja pada dinding. Insersi melebihi batas yang tepat dapat menyebabkan perforasi usus			
25	Terus pegang selang sampai pengisian cairan berakhir			
26	Buka klem pengatur dan biarkan larutan masuk dengan perlahan, dengan wadah pada setinggi panggul klien			
27	Naikkan ketinggian wadah secara perlahan sampai pada ketinggian di atas anus (30 sampai 45 cm untuk ketinggian enema tinggi, 30 cm atau untuk enema rendah, dan 7,5 cm untuk bayi). Waktu pengaliran sesuai dengan pemberian volume larutan (misal, 1 liter dalam 10 menit)			
28	Rendahkan wadah atau klem selang selama 30 detik, kemudian alirkan kembali dengan aliran yang lebih lambat bila klien mengeluh kram			
29	Klem selang setelah semua larutan dialirkan			
30	Letakkan lapisan tisu toilet disekitar selang pada anus dan dengan perlahan tarik selang			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
31	Jelaskan pada klien bahwa perasaan distensi adalah normal. Minta klien untuk menahan larutan selama mungkin saat berbaring ditempat tidur (untuk bayi atau anak-anak kecil dengan perlahan pegang kedua sisi bokong selama beberapa menit). Larutan akan mendesak usus. Lamanya retensi beragam dengan tipe enema dan kemampuan klien untuk mengkontraksi sfingter ani. Makin ditahan akan lebih efektif perangsangan peristaltik dan defekasi (bayi dan anak-anak mempunyai kontrol sfingter yang buruk)			
32	Bereskan wadah enema dan selang pada tempat yang telah disediakan atau cuci secara menyeluruh dengan air hangat dan sabun bila akan digunakan ulang			
33	Lepaskan sarung tangan dengan menariknya hingga terbalik dan taruh ke dalam wadah yang telah disediakan			
	Pemberian melalui kemasan wadah sekali pakai			
1	Ikuti langkah 9 sampai 13 untuk “Selang Rektal dengan Wadah enema”			
2	Letakkan pispot dekat dengan tempat tidur			
3	Cuci tangan			
4	Kenakan sarung tangan sekali pakai			
5	Lepaskan kap plastik dari ujung rektal. Meskipun ujung sudah berpelumas, jeli tambahan dapat diberikan sesuai kebutuhan			
6	Dengan perlahan regangkan bokong dan cari letak anus. Instruksikan klien untuk rileks dengan			

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
	menghembuskan napas perlahan melalui mulut			
7	Masukkan ujung botol dengan perlahan ke dalam rektum. Masukkan 7,5-9 cm pada orang dewasa (anak-anak dan bayi biasanya tidak mendapat enema hipertonik perkemasan)			
8	Perah botol sampai semua larutan telah masuk rektum dan kolon. (Kebanyakan botol mengandung kurang lebih 250 ml)			
9	Ikuti langkah 29 sampai 33 untuk "Selang Rektal dengan Wadah enema"			
D	Tahap Terminasi			
33	Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif			
34	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
35	Mencuci tangan			
36	Mendokumentasikan			
E	Sikap			
37	Melakukan tindakan dengan sistematis			
38	Komunikatif dengan pasien			
39	Percaya diri			

Daftar Pustaka

- Alimul hidayat, Aziz. (2014). *Kebutuhan dasar manusia*. Jakrta: EGC
- Bates, Barbara. (2018). *Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*. Jakarta. EGC
- Bickley, Lynn S. (2018). *Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Bates*. Jakarta. EGC
- Burnside, John W. (2015). *Diagnosis Fisik*. Jakarta. EGC
- Dealey, Carol. (2015). *The Care Of Wound A Guides For Nurses*.Navarra.Balckwell.Publishing.
- Earnest, V.V, (1989). *Clinical Skills in Nursing Practice, (second edition)*. Philadelphia: JB Lippincott
- Ellis JR, Nowlins EA, and Bentz PM, (1996). *Moduls for Basic Nursing Skills. ed. 6th. vol. I*
Lippincott Company
- Kusyanti, Eni, dkk. (2016). *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium*.Jakarta: EGC.
- Laboratorium keterampilan Keperawatan PSIK FK. UGM. (2014). *Skills lab*. Yogyakarta: FK. UGM
- Lemone, Priscillia, Lilis, Carol, Taylor, Calor. (1997). *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care. 3rd ed*. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental keperawatan*. Volume 2. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Potter, Patricia A, Perry, Anne G, (1993). . *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice. 3rd ed*. St. Louis: Mosby Year Book
- Wartonah, Tarwoto,(2016). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika.

Profil Penulis



Ns. Suanda Saputra, S.Kep., M.Kep

Lahir di Kabupaten Bekasi pada tanggal 14 Mei 1984, menyelesaikan pendidikan Starata 1 di STIKes Surya lobal Yogyakarta, lulus tahun 2008, dan pendidikan Profesi Ners di STIKes Medika Cikarang, lulus tahun 2013, kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan Strata 2 di Universitas Muhammadiyah Jakarta, lulus tahun 2017. Penulis bekerja sebagai dosen di Prodi Sarjana Keperawatan Anestesiologi, Universitas Medika Suherman (UMS), Cikarang, Kabupaten Bekasi. Selain aktif sebagai seorang dosen, penulis juga aktif tergabung sebagai pengurus Asosiasi Institusi Pendidikan Keperawatan Anestesiologi Indonesia (AIPKANl) sejak tahun 2019 sampai dengan sekarang.

Email Penulis: suandasaputra018@gmail.com

PROSEDUR PEMENUHAN MOBILISASI

Ns. Sandra Dewi, S.Pd., S.Kep., M.Kes
Universitas Negeri Padang

Konsep Dasar Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Barbara, 2006). Sedangkan, imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk, dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasnya kurang seperti saat duduk atau berbaring (Susan J. Garison, 2004).

Mobilisasi secara garis besar dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

a. *Mobilisasi Aktif*

Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

b. *Mobilisasi Pasif*

Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan bantuan orang lain secara keseluruhan.

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi sistem otot, skeletal, sendi, ligament, tendon, kartilago, dan saraf. Otot Skeletal mengatur gerakan tulang karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Ada dua tipe kontraksi otot: isotonik dan isometrik. Pada kontraksi isotonik, peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek. Kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak ada pemendekan atau gerakan aktif dari otot, misalnya, menganjurkan klien untuk latihan kuadrisep. Gerakan volunter adalah kombinasi dari kontraksi isotonik dan isometrik. Meskipun kontraksi isometrik tidak menyebabkan otot memendek, namun pemakaian energi meningkat. Perawat harus mengenal adanya peningkatan energi (peningkatan kecepatan pernafasan, fluktuasi irama jantung, tekanan darah) karena latihan isometrik. Hal ini menjadi kontra indikasi pada klien yang sakit (infark miokard atau penyakit obstruksi paru kronik).

Tujuan Mobilisasi

Tujuan Mobilisasi menurut Garrison (2004) antara lain:

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
3. Membantu pernapasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan *tonus* otot
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urin
6. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian

7. Memberi kesempatan kepada perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi

Jenis Mobilisasi

Mobilisasi memiliki 2 jenis, antara lain:

1. *Mobilisasi Penuh*

Kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi ini merupakan fungsi dari *saraf motoric volunteer* dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2. *Mobilisasi Sebagian*

Kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoric dan sensorik pada area tubuhnya.

Mobilisasi Sebagian dapat dibagi kembali menjadi 2 jenis, yaitu:

- a. Mobilisasi sebagai Temporer

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya hanya sementara. Hal ini disebabkan karena trauma reversibel pada system *muskoloskeletal*, contohnya adalah dislokasi sendi dan tulang.

- b. Mobilisasi sebagai Permanen

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal ini disebabkan karena rusaknya system saraf reversible, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke.

Struktur Muskuloskeletal yang Mempengaruhi Mobilisasi

Koordinasi system tubuh merupakan fungsi yang terintegrasi dari system skeletal, otot skelet dan system saraf. Ketiga system ini berhubungan erat dengan terjadinya mobilisasi dan dapat dianggap sebagai satu unit fungsional.

1. Skeletal

Skalet tempat melekatnya otot dan ligament yang berfungsi membentuk tubuh. Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan, melindungi organ vital, membantu mengatur keseimbangan kalsium, berperan dalam pembentukan sel darah merah.

Skeletal terdiri dari 4 tipe tulang :

- a. Tulang Panjang, membentuk tinggi tubuh (femur, tibia)
- b. Tulang Pendek, ada dalam bentuk berkelompok dan Ketika dikombinasikan dengan ligament dan kartilago akan menghasilkan Gerakan (karpal, patella)
- c. Tulang Pipih, mendukung struktur bentuk (tulang ditengkorak dan tulang rusuk ditoraks)
- d. Tulang Ireguler, membentuk kolumna vertebra dan beberapa tulang tengkorang (mandibula)

2. Sendi

Sendi adalah hubungan diantara tulang, terdapat 4 klasifikasi sendi yaitu:

- a. Sendi Sinostotik, sendi yang mengacu pada ikatan tulang dengan tulang, tidak ada pergerakan pada tipe sendi ini. Contohnya adalah sacrum pada sendi vertebra.

- b. Sendi Kartilaginus, memiliki sedikit pergerakan, tetapi elastis dan menggunakan kartilago untuk menyatukan permukaannya. Sendi kartilago terdapat pada tulang yang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.
- c. Sendi Fribrosa/Sindesmodial, adalah sendi di mana kedua permukaan tulang disatukan dengan ligamen atau membran. Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah yang terbatas. Contohnya adalah sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula).
- d. Sendi Sinovial, sendi yang sebenarnya adalah sendi yang dapat digerakkan secara bebas di mana permukaan tulang yang berdekatan dilapisi oleh kartilago artikular dan dihubungkan oleh ligamen oleh membran sinovial. Contohnya adalah sendi putar seperti sendi pangkal paha (hip) dan sendi engsel seperti sendi interfalang pada jari.

3. *Ligamen*

Ligamen adalah ikatan jaringan fibrosa yang berwarna putih, mengkilat, fleksibel mengikat sendi menjadi satu sama lain dan menghubungkan tulang dan kartilago. Ligamen itu elastis dan membantu fleksibilitas sendi dan memiliki fungsi protektif. Misalnya, ligamen antara vertebra, ligamen non elastis, dan ligamentum flavum mencegah kerusakan spinal kord (tulang belakang) saat punggung bergerak.

4. *Tendon*

Tendon adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang.

Tendon itu kuat, fleksibel, dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi, misalnya tendon akhiles/kalkaneus.

5. *Kartilago*

Kartilago adalah jaringan penghubung pendukung yang tidak mempunyai vaskuler, terutama berada di sendi dan toraks, trakhea, laring, hidung, dan telinga. Bayi mempunyai sejumlah besar kartilago temporer. Kartilago permanen tidak mengalami osifikasi kecuali pada usia lanjut dan penyakit, seperti osteoarthritis.

6. *Sistem Saraf*

Sistem saraf mengatur pergerakan dan postur tubuh. Area motorik volunteer utama, berada di konteks serebral, yaitu di girus prasentral atau jalur motoric.

7. *Propriosepsi*

Propriosepsi adalah sensasi yang dicapai melalui stimulasi dari bagian tubuh tertentu dan aktifitas otot. Proprioceptor memonitor aktifitas otot dan posisi tubuh secara berkesinambungan. Misalnya: proprioceptor pada telapak kaki berkontribusi untuk memberi postur yang benar ketika berdiri atau berjalan. Saat berdiri, ada penekanan pada telapak kaki secara terus menerus. Proprioceptor memonitor tekanan, melanjutkan informasi ini sampai memutuskan untuk mengubah posisi.

Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

1. Sistem neuromuscular
2. Gaya hidup
3. Ketidak mampuan
4. Tingkat energi

5. Tingkat perkembangan:

- a. Bayi, sistem muskuloskeletal bayi bersifat fleksibel. Ekstremitas lentur dan persendian memiliki ROM lengkap. Posturnya kaku karena kepala dan tubuh bagian atas dibawa ke depan dan tidak seimbang sehingga mudah terjatuh.
- b. Balita, kekakuan postur tampak berkurang, garis pada tulang belakang servikal dan lumbal lebih nyata
- c. Balita dan anak sekolah, tulang-tulang panjang pada lengan dan tungkai tumbuh. Otot, ligamen, dan tendon menjadi lebih kuat, berakibat pada perkembangan postur dan peningkatan kekuatan otot. Koordinasi yang lebih baik memungkinkan anak melakukan tugas-tugas yang membutuhkan keterampilan motorik yang baik.
- d. Remaja, remaja putri biasanya tumbuh dan berkembang lebih dulu dibanding yang laki-laki. Pinggul membesar, lemak disimpan di lengan atas, paha, dan bokong. Perubahan laki-laki pada bentuk biasanya menghasilkan pertumbuhan tulang panjang dan meningkatnya massa otot. Tungkai menjadi lebih panjang dan pinggul menjadi lebih sempit. Perkembangan otot meningkat di dada, lengan, bahu, dan tungkai atas.
- e. Dewasa, postur dan kesegaran tubuh lebih baik. Perubahan normal pada tubuh dan kesegaran tubuh pada orang dewasa terjadi terutama pada wanita hamil. Perubahan ini akibat dari respon adaptif tubuh terhadap penambahan berat dan pertumbuhan fetus. Pusat gravitasi berpindah ke bagian depan.

Wanita hamil bersandar ke belakang dan agak berpunggung lengkung. Dia biasanya mengeluh sakit punggung.

- f. Lansia, kehilangan progresif pada massa tulang total terjadi pada orangtua.

6. Kondisi Patologik :

- a. Postur Abnormal
- g. Tortikolis: kepala miring pada satu sisi, di mana adanya kontraktur pada otot sternokleidomastoid
- h. Lordosis: kurva spinal lumbal yang terlalu cembung ke depan/ anterior
- i. Kifosis: peningkatan kurva spinal torakal
- j. Kipolordosis: kombinasi dari kifosis dan lordosis
- k. Skolioasis: kurva spinal yang miring ke samping, tidak samanya tinggi hip/ pinggul dan bahu
- l. Kiposkoliosis: tidak normalnya kurva spinal anteroposterior dan lateral
- m. Footdrop: plantar fleksi, ketidakmampuan menekuk kaki karena kerusakan saraf peroneal
- b. Gangguan perkembangan otot, seperti distropsi muskular, terjadi karena gangguan yang disebabkan oleh degenerasi serat otot skeletal
- c. Kerusakan system saraf pusat
- d. Trauma langsung pada system muskuloskeletal: kontusio, salah urat, dan fraktur

Diagnosis Keperawatan

Penilaian	Permasalahan
<i>Sistem Musculoskeletal</i> a. Ukuran lingkak kaki dan tangan b. Raba dan observasi sendi tubuh c. Melakukan pengukuran goniometric ROM sendi	a. Penurunan lingkak kaki dan tangan yang disebabkan oleh penurunan massa otot b. Kekakuan dan nyeri pada sendi c. Penurunan sendi ROM, kontraktur sendi
<i>Sistem Kardiovaskuler</i> a. Auskultasi jantung b. Memeriksa tekanan darah c. Meraba dan mengobservasi sacrum dan kaki d. Meraba bagian perifer e. Mengukur lingkak otot betis f. Mengobservasi daerah betis terhadap kemerahan, nyeri dan pembengkaka.	a. Penaikan denyut jantung b. Hipotensi ortostatik c. Edema perifer, pembengkakan vena d. Nadi melemah e. Edema f. Thrombophlebitis
<i>Sistem Respirasi</i> a. Mengobservasi naik-turun dada b. Auskultasi dada	a. Pergerakan dada tidak simetris, dyspnea b. Suara napas berkurang, berbunyi dan penurunan tingkat pernapasan
<i>System Metabolism</i> c. Mengukur tinggi dan berat d. Meraba kulit	a. Berat berkurang yang disebabkan oleh mengecilnya otot (atrofi) dan kekurangan substansi lemak b. Umumnya mengalami edema disebabkan oleh penurunan protein darah
<i>System Perkemihan</i> a. Mengukur pemasukan dan pengeluaran cairan b. Memeriksa urin c. Meraba kandung kemih	d. Dehidarsi a. Urin keruh, gelap dan berat jenis tinggi b. Kandungan kemih menonjol (membuncit) disebabkan oleh retensi urin
<i>System Pencernaan</i> c. Mengobservasi feses d. Auskultasi bunyi usus	a. Fases keras, kering, dan kecil b. Penurunan bunyi usus disebabkan oleh penurunan motilitas usus
<i>System Integument</i> a. Meraba kulit	a. Kerusakan pada permukaan kulit

Daftar Pustaka

- Aiddina Fajri, F. (2016). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio Caesarea*. Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.
- Agustin, A. (2017). Upaya peningkatan mobilisasi pada pasien post operasi fraktur Intertrochanter femur. *Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Arianti, W. N. (2019). *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Di Ruang Gelatik Rsud Dr. H. Abdulmoeloekprovinsi Lampung Tahun 2019*. Poltekkes Tanjungkarang.
- Berkanis, A. T. (2020). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi di RSUD Sk Lerik Kupang. *CHMK Applied Scientific Journal*, 3(1), 6–13.
- Carpenito, L.J. (1999). *Nursing care plans and documentation: Nursing diagnoses and Collaborative problems. (Third edition)*. Philadelphia: Lippincott.
- Craven, R.F., Hirnle, C.J. (2000). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice. (Fifth edition)*. California: Addison, Wesley Publishing Co.
- Kozier, B. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, praktik, edisi 7, volume 2. (Pamilih eko karyani, penerjemah)*. Jakarta: EGC.
- Leahy, J.M. & Kizilay, P.E. (1998). *Foundation of nursing practice: A nursing approach*. USA: WB Saunders Company.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan sistem muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Smelizer dan Bare. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC

Profil Penulis



Ns. Sandra Dewi, S.Pd., S.Kep., M.Kes

Keterlibatan penulis terhadap ilmu keperawatan berawal pada tahun 1987 silam, setelah menamatkan Sekolah Perawat Kesehatan Yayasan Ranah Minang Padang Sumatera Barat. Hal tersebut membuat penulis tertarik melanjutkan Pendidikan ke Akademi Keperawatan Pajajaran Bandung selesai 1994, kemudian dilanjutkan ke prodi S1 Bimbingan Dan Konseling di Universitas Negeri Padang tamat tahun 1999 dan tahun 2022 tamat Program Studi Ners di STIKES Piala Sakti Pariaman Sumatera Barat, kemudian penulis melanjutkan Program Pasca pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (Perilaku dan Promosi Kesehatan) Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tamat tahun 2002

Setelah menamatkan akademik pada tahun 1994 penulis ditugas sebagai tenaga pengajar di SPK Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman Sumatera Barat dan kemudian pada tahun 2000 sekolah ini menjadi jenjang Didloma III. Diakhir tahun 2017 terjadi perpindahan manajemen dari Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman Sumatera Barat ke Universitas Negeri Padang. Sejak awal awal mengajar penulis selalu ditugaskan dalam pembelajaran keperawatan anak dan hal ini penulis lanjutkan kegiatan tridarma.

Email Penulis: sandradewi@fik.unp.ac.id

No. Hp. 081363777706

PROSEDUR PEMBERIAN TERAPI OBAT

Ns. Nikmatul Khayati, M.Kep
Universitas Muhammadiyah Semarang

Pendahuluan

1. Pengertian Prosedur pemberian obat

Prosedur pemberian obat adalah suatu tindakan dalam bentuk pemberian pengobatan atau terapi untuk membantu individu mengurangi rasa sakit, mempercepat proses penyembuhan suatu penyakit dengan cara memberikan obat tertentu, jumlah atau dosis sesuai kebutuhan pasien dan berdasarkan instruksi dokter penanggung jawab.

Pemberian obat merupakan tanggung jawab dokter, namun pada praktiknya bisa didelegasikan kepada perawat yang kompeten sebagai bentuk tindakan kolaborasi perawat dengan dokter. Pemberian obat dilakukan sesuai waktu yang sudah dijadwalkan dan dosis yang telah ditentukan sesuai dengan usia, berat badan, pertimbangan penyakit dan komplikasi, dll.

2. Tujuan Prosedur pemberian obat

Adapun tujuan pemberian obat yaitu mendapatkan manfaat dari obat, baik lokal maupun sistemik, seperti:

- a. Mengurangi rasa sakit
 - b. Mencegah infeksi
 - c. Melegakan pernafasan
 - d. Mengencerkan dahak, darah
 - e. Menurunkan tekanan darah, intrakranial
 - f. Mengeluarkan timbunan cairan ekstrasel, peritoneal, pleura
 - g. Meningkatkan kondisi kesehatan pasien, dll
3. Indikasi, Kontra Indikasi dan Kewaspadaan

Indikasi merupakan syarat obat tersebut dapat diberikan, sedangkan kontra indikasi merupakan kondisi yang melarang obat tersebut diberikan pada pasien karena akan menyebabkan reaksi obat yang tidak diharapkan seperti keracunan, alergi, sesak, bahkan cacat hingga kematian. Ketepatan fungsi obat tersebut harus sesuai dengan kondisi pasien.

Perawat perlu melakukan kewaspadaan pada obat dengan melihat indikasi dan kontraindikasi yang tercantum pada label kemasan obat atau brosur dalam kemasan. Memonitor keamanan obat meliputi tanggal kedaluwarsa obat dengan melihat hasil lolos uji dari BPOM, serta keutuhan kemasan dan isi.

4. Cara pemberian Obat

Terdapat berbagai jenis obat yang diharapkan memberikan efek sistemik, maka dapat diberikan melalui cara *oral*, *sublingual*, injeksi dan *parenteral*. Sedangkan untuk efek lokal diberikan melalui *intra nasal*, *intra okular*, *intra ventrikuler*, *inhalasi*, *intra vaginal*, *intra rectal/suppositoria*, dan kulit/topikal.

a. *Oral dan sublingual*

Obat *oral* adalah obat yang diberikan melalui mulut. Obat oral dikonsumsi dengan cara diminum, dihisap, atau disemprotkan melalui mulut. Ada beberapa jenis obat oral seperti drop, serbuk/puyer, sirup, tablet, tablet salut lepas lambat, tablet hisap, *sublingualis* (diletakkan di bawah lidah), kaplet, kapsul.

b. *Parenteral*

Obat yang diberikan melalui cairan infus. Sebelum diberikan ke pasien perawat perlu memperhatikan pengenceran obat tersebut. Pada pemberian obat parenteral ada yang diberikan secara 1). Bolus (disuntikkan langsung masuk ke vena pasien) dan ada yang diberikan melalui 2). Tetesan infus (obat dimasukkan ke dalam cairan infus dengan cara disuntikkan sehingga cairan infus bercampur dengan obat); maka obat akan masuk bersama dengan tetesan infus.

c. *Suppositoria*

Obat yang diberikan melalui anus. Pemberian obat *suppositoria* diberikan pada pasien dengan posisi SIM (miring pada salah satu sisi badan dengan posisi kaki yang berada dibawah badan lurus searah badan dan kaki yang menindahi (diatas) di lututnya ditekuk kearah depan seperti mendekap bantal guling untuk memudahkan. Macam-macam obat *suppositoria* yaitu fleet enema, microlax, gliserin, dan obat wasir, penurun panas, anti kejang suppositoria.

d. Obat topikal

Pemberian obat topikal pada kulit terbatas hanya pada obat-obat tertentu karena tidak banyak obat

yang dapat menembus kulit yang utuh. Keberhasilan pengobatan topikal pada kulit tergantung pada kebersihan daerah yang akan diberikan obat, daya tahan tubuh, umur, pemilihan agen topikal yang tepat, lokasi dan luas tubuh yang terkena atau yang sakit, stadium penyakit, konsentrasi bahan aktif dalam vehikulum, metode aplikasi, penentuan lama pemakaian obat, penetrasi obat topikal pada kulit.

Obat topikal dapat berbentuk serbuk, cair, cream, salep. Jenis obat ini diberikan melalui intra *nasal*, intra *okular*, intra *auricular*, inhalasi, dan dioleskan atau di teteskan pada kulit.

Sedangkan obat topikal dalam sediaan tablet biasanya diberikan melalui intra *Vagina* (ditempatkan dalam liang *Vagina*). Contoh obat ini biasa digunakan pada pasien intranatal/menjelang persalinan yang memiliki penyulit lama pembukaan jalan lahirnya.

5. Kewaspadaan/Hal-hal yang harus diperhatikan

Sebelum melakukan pemberian obat, maka kita perhatikan prinsip 12 benar yang merupakan salah satu sasaran keselamatan yang ada di pelayanan Kesehatan.

Prinsip benar sebelum memberikan obat meliputi 12 aspek:

a. Benar pasien

Lakukan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).

b. Benar obat

Lakukan pengecekan kembali nama obat yang tertera pada kemasan dan lembar instruksi, bentuk sediaan obat sesuai instruksi.

Perhatikan hal penting pada kemasan seperti 1). keutuhan kemasan/segel, adanya perubahan warna, tekstur, kepekatan, kekentalan, kekeruhan, aroma, dan perubahan karakteristik obat dari lazimnya. Perhatikan, 2). Cara pemberiannya, 3). tanggal kadaluarsa (*Expired Date*), 4). Dosis yang tercantum dalam 1 kemasan.

c. Benar dosis

Perhatikan dosis dalam kemasan dan dosis yang menjadi program terapi. Jika dosis yang akan diberikan kurang dari dosis program maka dapat mengurangi khasiat obat dan kelebihan dosis dapat berakibat fatal seperti debar jantung, henti jantung dan kematian.

d. Benar cara pemberian

Ketepatan Cara pemberian, seperti melalui a). mulut/oral: diminumkan, diletakkan di bawah lidah/*sublingual*, disuntikkan/*injeksi* (IC, SC, IM, IV) dicampurkan dalam botol infus/*parenteral*, diteteskan, dioleskan, dibubuhkan/taburkan, dll.

e. Benar waktu

Cek dengan benar jadwal obat diberikan karena akan mempengaruhi waktu paruh dari kerja atau khasiat obat. Perhatikan berapa kali obat harus diberikan dalam 24 jam.

f. Benar dokumentasi

Pendokumentasian sebelum maupun setelah tindakan harus lengkap meliputi nama pasien, nama obat, dosis, cara, waktu, nama tanda tangan pemberi obat.

g. Benar Pendidikan kesehatan terkait medikasi pasien seperti reaksi dan efek setelah obat diberikan.

h. Hak pasien untuk menolak

i. Benar pengkajian: sesuai keluhan pasien

j. Benar evaluasi: Respon pasca pengobatan sesuai kerja obat

k. Benar reaksi terhadap makanan

l. Benar reaksi terhadap obat lain

6. Peralatan dan persiapan sediaan obat

1. Disinfektan - Cuci tangan dengan air mengalir, Hand Sanitizer, Hand Scrub - Alkohol Swab	 <i>Aseptic gel</i>  <i>Alcohol swab</i> Sumber gambar: Khayati, 2023
2. Proteksi Diri - Penggunaan: Handscoon, masker, - Gown, Kacamata google (obat sitostatika)	 <i>Handscoon</i> Sumber gambar: Khayati, 2023
3. Peralatan Pendukung - Kapas steril - Kassa steeril - Cotton Buds - Aquabidest - Cairan infus fisiologis - Sputit sesuai ukuran - Bak Instrumen - Bengkok/plastic sampah infeksius - Cairan pelarut/aquadestilate	 <i>Aquabides/ water sterile</i> Sumber gambar: Khayati, 2023

4. Sediaan Obat: Oral, Sublingual	 Obat oral Sumber gambar: Khayati, 2023
Parenteral	 Obat vial Sumber gambar: Khayati, 2023
Suppositoria: Pencakar  Obat suppositoria  Microlax  Fleet Enema Sumber gambar: Khayati, 2023	
Obat Topikal  Salep  Tetes telinga  Tetes mata Sumber gambar: Khayati, 2023	

Standar Operasional Prosedur Pemberian Obat

Cara pemberian obat melalui injeksi *Intramuskular* (IM)

Fase Pra Interaksi

1. Periksa program terapi: Lakukan prinsip 12 benar
2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan pada air mengalir menggunakan sabun desinfektan atau menggunakan hand sanitizer
3. Siapkan obat dan peralatan sesuai program terapi dalam tempat yang bersih:

Sarung tangan bersih, Perlak/pengalas; Spuit (ukuran dan jumlah sesuai kebutuhan), Obat injeksi: sesuai program, Alkohol <i>swab</i>, Bengkok/<i>sanitary bag</i>, <i>Safety Box</i>, Plester 4. Lembar Dokumentasi dan alat tulis
Fase Orientasi 1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan 2. Perkenalkan diri 3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas 4. Lakukan Klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif 5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi) 6. Jelaskan tujuan tindakan 7. Jelaskan langkah-langkah prosedur 8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya 9. Minta persetujuan pasien
Fase Kerja 1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai 2. Cuci tangan dengan 6 langkah 3. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien 4. Gunakan handscoon bersih 5. Campurkan obat dengan cairan pelarut, <i>sesuai kebutuhan</i> 6. Atur posisi pasien yang nyaman menurut pasien dan perawat saat tindakan 7. Letakkan pengalas dan bengkok di sekitar area penyuntikan 8. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial, tempatkan pada bak instrumen 9. Buka area tubuh sebagai tempat tindakan 10. Tentukan titik penusukan yang sesuai seperti di daerah <i>ventrogluteal</i> (1/3 atas jarak antara <i>Spina iliaca Anterior Superior (SIAS)</i> dengan tulang <i>Coccygeus</i>), <i>vastus lateralis</i>, <i>deltoid</i>. (Hindari area yang mengalami memar, radang, edema, lesi atau perubahan warna) 11. Ambil obat yang telah disiapkan, buka tutup spuit 12. Lakukan <i>double cek</i>: 12 benar 13. Minta pasien membaca doa

14. Desinfeksi area injeksi dengan alkohol swab
15. Gunakan Teknik *z-track* untuk mencegah obat keluar ke jaringan subkutan dan kulit
16. Tusukkan jarum dengan sudut 90° (tegak lurus)
17. Lakukan aspirasi dan pastikan tidak ada darah dalam spuit
18. Injeksikan obat secara perlahan
19. Tempatkan alkohol swab ditepi jarum, Cabut jarum tidak terlalu cepat atau terlalu lambat
20. Tempatkan alkohol Swab pada titik injeksi, tekan 1 menit
21. Hindari melakukan masase pada area penusukan
22. Tutup area penusukan dengan plaster
23. Buang spuit kedalam *safety box*
24. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
25. Lepaskan sarung tangan
26. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah cuci tangan

Fase Terminasi

1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif
2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah injeksi tetap bersih dan kering
3. Lakukan kontrak yang akan datang
4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan
5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Cara pemberian obat melalui injeksi *Intra Vena*

Fase Pra Interaksi

1. Periksa program terapi lakukan prinsip 12 benar
2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan di air mengalir menggunakan sabun desinfektan atau *hand sanitizer*
3. Siapkan obat sesuai program terapi dan perlengkapan dalam tempat yang bersih: Sarung tangan bersih, Perlak/pengalas, Tourniquet, Alkohol swab, Spuit (ukuran dan jumlah sesuai kebutuhan), Cairan pelarut, jika perlu seperti *Aquabidestilase*, Obat injeksi IV sesuai order, bengkok/*sanitary bag*, *Safety box*, Plester
4. Lembar dokumentasi dan alat tulis

Fase Orientasi

1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan
2. Perkenalkan diri
3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam

- medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas
4. Lakukan Klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif
 5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi)
 6. Jelaskan tujuan tindakan
 7. Jelaskan langkah-langkah prosedur
 8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya
 9. Minta persetujuan pasien

Fase Interaksi/Kerja

1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai
2. Lakukan prinsip 12 benar
3. Cuci tangan dengan 6 langkah
4. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien
5. Gunakan handscoon bersih
6. Campurkan obat dengan cairan pelarut, *sesuai kebutuhan*
7. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial dan tempatkan pada bak instrumen
8. Atur posisi pasien yang nyaman menurut pasien dan perawat saat tindakan
9. Letakkan pengalas dibawah area injeksi yang dipilih dan bengkok disekitar area penyuntikan
10. Tentukan titik penusukan pada vena yang perifer daerah punggung tangan atau kaki yang tampak jelas, lurus, tidak bercabang. Hindari area yang mengalami memar, radang, edema, ada lesi, luka, atau perubahan warna
11. Lakukan pembendungan dengan memasang torniket 5-10 cm di atas titik penusukan
12. Anjurkan membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatasi
13. Anjurkan pasien membaca doa
14. Desinfeksi area injeksi dengan alkohol swab
15. Ambil obat yang telah disiapkan. Lakukan double cek: Prinsip 12 benar
16. Buka tutup *spuit*
17. Pegang bagian distal daerah yang akan diinjeksi, tahan dan tarik kulit dibawah area injeksi,
18. Arahkan lubang jarum/*bevel* menghadap keatas
19. Lakukan penusukan dengan sudut 20-30° sampai masuk vena
20. Tarik sedikit *plunger* spuit sampai terlihat darah pada plunger spuit
21. Lepaskan torniket

22. Injeksikan obat intravena secara perlahan-lahan sampai obat habis
23. Tarik kembali jarum dari vena secara perlahan
24. Lakukan penekanan pada area penusukan dengan alkohol swab atau deppers. Hindari melakukan masase pada area penusukan
25. Buang jarum dan spuit ke dalam *safety box* tanpa *recapping* (menutup Kembali jarum)
26. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti
27. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
28. Lepaskan sarung tangan
29. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

Fase Terminasi

1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif
2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah injeksi tetap bersih dan kering
3. Lakukan kontrak yang akan datang
4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan
5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Cara pemberian obat Parenteral melalui selang infus

Fase Pra Interaksi

1. Periksa program terapi lakukan prinsip 12 benar
2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan di air mengalir menggunakan sabun desinfektan atau *hand sanitizer*
3. Siapkan alat sesuai program terapi dalam tempat yang bersih, meliputi: Sarung tangan bersih, Perlak/pengalas, Alkohol *swab*, Spuit (ukuran dan jumlah sesuai kebutuhan), Cairan pelarut, jika perlu seperti Aquabidestilase, Obat injeksi IV sesuai order, Bengkok/*sanitary bag*, *Safety box*, Plester
4. Lembar Dokumentasi dan alat tulis

Fase Orientasi

1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan
2. Perkenalkan diri
3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas
4. Lakukan Klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif

5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi)
6. Jelaskan tujuan tindakan
7. Jelaskan langkah-langkah prosedur
8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya
9. Minta persetujuan pasien

Fase Interaksi/Kerja

1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai
2. Lakukan prinsip 12 benar
3. Cuci tangan dengan 6 langkah
4. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien
5. Gunakan *handscoon* bersih
6. Campurkan obat dengan cairan pelarut, *sesuai kebutuhan*
7. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial, tempatkan pada bak instrumen
8. Atur posisi pasien yang nyaman menurut pasien dan perawat saat tindakan
9. Letakkan pengalas dibawah area injeksi yang dipilih dan bengkok disekitar area penyuntikan
10. Pastikan ketepatan akses IV Line
11. Tentukan titik penusukan. Hindari area penyuntikan pada daerah IV line yang mengalami memar, radang, edema, ada lesi, luka, atau perubahan warna
12. Ambil obat yang telah disiapkan dan lakukan *double check*, terutama untuk obat yang *high alert*
13. Anjurkan pasien membaca doa
14. Desinfeksi area injeksi pada akses IV line menggunakan alkohol *swab*
15. Buka tutup spuit
16. Sambungkan spuit dengan *injection site* selang infus
17. Hentikan aliran infus dengan mengunci *roller clamp* pada selang infus
18. Tarik sedikit *plunger spuit* sampai terlihat darah pada selang infus
19. Injeksikan obat dengan kecepatan yang direkomendasikan
20. Monitor respon pasien selama injeksi obat
21. Lepaskan spuit dari *injection site* selang infus
22. Buang jarum dan spuit ke dalam *safety box* tanpa recapping (menutup Kembali jarum)
23. Buka dan atur kembali kecepatan tetesan infus seperti semula atau sesuai kebutuhan
24. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
25. Lepaskan sarung tangan

26. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
Fase Terminasi 1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif 2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah injeksi tetap bersih dan kering 3. Lakukan kontrak yang akan datang 4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan 5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien
Cara pemberian obat Topikal: Salep Mata
Fase Pra Interaksi 1. Periksa program terapi lakukan prinsip 12 benar 2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan di air mengalir menggunakan sabun desinfektan atau <i>hand sanitizer</i> 3. Siapkan alat sesuai program terapi a. Sarung tangan bersih b. Perlak/pengalas c. Bengkok/ <i>sanitary bag</i> d. Tissue kering 4. Lembar Dokumentasi dan alat tulis
Fase Orientasi 1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan 2. Perkenalkan diri 3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas 4. Lakukan Klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif 5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi) 6. Jelaskan tujuan tindakan 7. Jelaskan langkah-langkah prosedur 8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya 9. Minta persetujuan pasien
Fase Interaksi/Kerja 1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai 2. Lakukan prinsip 12 benar 3. Cuci tangan dengan 6 langkah 4. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien

5. Gunakan *handscoon* bersih
6. Monitor adanya kemerahan, *eksudat*, atau *ulserasi*
7. Pasang perlak/pengalas, dekatkan bengkok di sekitar kepala
8. Posisikan kepala condong ke belakang
9. Anjurkan pasien melirikkan mata ke atas
10. Tarik *palpebra inferior* ke bawah dengan jari telunjuk pada mata yang akan diberikan obat salep mata
11. Ambil obat, lakukan *double cek*: prinsip 12 benar
12. Pegang tube salep mata menggunakan tangan yang lainnya sedekat mungkin dengan *palpebra inferior* mata tanpa menyentuh
13. Oleskan obat salep mata sekitar 1 cm atau sepanjang *palpebra* mata
14. Katupkan *palpebra* atas dan bawah
15. Anjurkan mendedipkan mata secara perlahan, tutup mata selama 1-2 menit dan gerakkan mata ke kiri-kanan dan atas-bawah
16. Bersihkan salep terlebih dahulu menggunakan tissue
17. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
18. Lepaskan sarung tangan
19. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah

Fase Terminasi

1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif
2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah injeksi tetap bersih dan kering
3. Lakukan kontrak yang akan datang
4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan
5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Cara pemberian obat Topikal: Tetes Mata

Fase Pra Interaksi

1. Periksa program terapi lakukan prinsip 12 benar
2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan di air mengalir menggunakan sabun desinfektan atau *hand sanitizer*
3. Siapkan obat sesuai program terapi dan peralatan: Sarung tangan bersih, Perlak/pengalas, Bengkok/*sanitary bag*, Tissue kering
4. Lembar Dokumentasi dan alat tulis

Fase Orientasi

1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan
2. Perkenalkan diri
3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas
4. Lakukan Klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif
5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi)
6. Jelaskan tujuan tindakan
7. Jelaskan langkah-langkah prosedur
8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya
9. Minta persetujuan pasien

Fase Interaksi/Kerja

1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai
2. Lakukan prinsip 12 benar
3. Cuci tangan dengan 6 langkah
4. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien
5. Gunakan *handscoon* bersih
6. Monitor adanya kemerahan, *eksudat*, atau *ulserasi*
7. Pasang perlak/pengalas, dekatkan bengkok di sekitar kepala
8. Lakukan *double cek* prinsip 12 benar
9. Posisikan kepala condong ke belakang
10. Anjurkan pasien melirikkan mata ke atas
11. Tarik *palpebra inferior* dengan jari telunjuk dan ibu jari ke arah bawah lalu ke depan sampai membentuk cekungan pada mata bawah yang akan diberikan obat tetes mata
12. Pegang tube salep mata menggunakan tangan yang lainnya sedekat mungkin dengan *palpebra inferior* mata tanpa menyentuh
13. Teteskan obat tetes mata sesuai program pada cekungan *palpebra inferior*
14. Katupkan palpebra bawah ke arah atas secara perlahan
15. Anjurkan mengedipkan mata secara perlahan, tutup mata selama 1-2 menit dan gerakkan mata ke kiri-kanan dan atas-bawah
16. Anjurkan pasien menelan, tanyakan apakah pasien merasakan adanya sensasi rasa pada leher
17. Bersihkan salep terlebih dahulu menggunakan tissue
18. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan

19. Lepaskan sarung tangan 20. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah
Fase Terminasi 1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif 2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah mata tetap bersih dan kering, tidak digaruk/kucek 3. Lakukan kontrak yang akan datang 4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan 5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien
Cara pemberian obat Topikal: Tetes Telinga
Fase Pra Interaksi 1. Periksa program terapi lakukan prinsip 12 benar 2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan di air mengalir menggunakan sabun desinfektan atau <i>hand sanitizer</i> 3. Siapkan obat sesuai program terapi dan alat dalam tempat yang bersih: Sarung tangan bersih, Perlak/pengalas, bengkok/ <i>sanitary bag</i> , Tissue kering 4. Lembar Dokumentasi dan alat tulis
Fase Orientasi 1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan 2. Perkenalkan diri 3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas 4. Lakukan klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif 5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi) 6. Jelaskan tujuan tindakan 7. Jelaskan langkah-langkah prosedur 8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya 9. Minta persetujuan pasien
Fase Interaksi/Kerja 1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai 2. Lakukan prinsip 12 benar 3. Cuci tangan dengan 6 langkah 4. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien 5. Gunakan handscoon bersih 6. Inspeksi liang pendengaran eksternal

7. Monitor adanya *eksudat*, peradangan, perdarahan, atau kotoran pada liang telinga
8. Palpasi jaringan lunak ke jaringan keras dengan jari telunjuk dan jempol
9. Bandingkan telinga kiri dan kanan
10. Pasang perlak/pengalas, dekatkan bengkok di sekitar kepala
11. Posisikan kepala miring ke daerah telinga yang sehat
12. Tarik *pinna* ke arah atas dan ke belakang (dewasa)
13. Tarik *pinna* ke belakang dan ke bawah (untuk anak-anak)
14. Ambil obat, lakukan *double cek*: prinsip 12 benar
15. Teteskan obat sesuai dengan program
16. Tunggu 5-10 menit
17. Kembalikan posisi pasien
18. Lepaskan sarung tangan
19. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah

Fase Terminasi

1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif
2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah mata tetap bersih dan kering, tidak digaruk/kucek
3. Lakukan kontrak yang akan datang
4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan
5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Cara pemberian obat Topikal: Suppositoria

Fase Pra Interaksi

1. Periksa program terapi lakukan prinsip 12 benar
2. Lakukan desinfeksi dengan cuci tangan di air mengalir dengan menggunakan desinfektan atau *hand sanitizer*
3. Siapkan obat sesuai program terapi dan peralatan dalam tempat yang bersih: Sarung tangan bersih, perlak/pengalas, bengkok/sanitary bag, tissue kering
4. Lembar Dokumentasi dan alat tulis

Fase Orientasi

1. Berikan Salam: Selamat pagi/siang/sore/malam dan atau salam sesuai agama atau kepercayaan
2. Perkenalkan diri
3. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis), atau siapa nama pasien dan cocokkan dengan gelang identitas
4. Lakukan klarifikasi data/keluhan secara Subyektif dan Obyektif

5. Lakukan kontrak tindakan (sesuai program terapi)
6. Jelaskan tujuan tindakan
7. Jelaskan langkah-langkah prosedur
8. Sampaikan hal-hal yang akan terjadi dan solusinya
9. Minta persetujuan pasien

Fase Interaksi/Kerja

1. Atur lingkungan, jaga privacy dengan menutup pintu, jendela, dan tirai
2. Lakukan prinsip 12 benar
3. Cuci tangan dengan 6 langkah
4. Dekatkan alat dan bahan ke dekat pasien
5. Gunakan handscoon bersih
6. Pasang perlak/pengalas, dekatkan bengkok disekitar pantat
7. Lakukan *double cek*: prinsip 12 benar
8. Posisikan SIM
9. Monitor adanya kemerahan, *eksudat*, atau *ulserasi*, perdarahan daerah sekitar anus
10. Buka obat: *suppositoria*, keluarkan bagian ujung pelurunya, atau buka tutup aplikator jika bentuknya cair.
11. Jika bentuknya cair, tekan bagian pangkal kemasan obat sampai obat cair keluar di ujung aplikator, hal ini berfungsi sebagai pelumas.
12. Anjurkan pasien rileks, Tarik nafas panjang, tidak melakukan penolakan atau pengejanaan apabila ada obat yang dimasukkan ke *anus-rectum*
13. Masukkan obat dengan mendorong menggunakan ibu jari saat peluru berada di anus; atau pencet tube sampai isi tube kosong, semua masuk ke rektum
14. Katupkan anus, tutup rapat dengan ibu jari atau telapak tangan sambil meminta pasien mengerutkan daerah anus-rectum
15. Anjurkan pasien menahan sampai ada reaksi obat yang diharapkan seperti keinginan untuk BAB
16. Bersihkan salep terlebih dahulu dengan tisu
17. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
18. Lepaskan sarung tangan
19. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah

Fase Terminasi

1. Lakukan evaluasi tindakan secara Subyektif dan Obyektif
2. Berikan edukasi untuk menjaga daerah mata tetap bersih dan kering, tidak digaruk/kucek

3. Lakukan kontrak yang akan datang
4. Pamitan dengan pasien, salam perpisahan
5. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Daftar Pustaka

- Ahmad A., Khim C.W., Hong ENG., Leng, L.K.L., Mui, M.C.K., Logannadan, P. (2014). *Nursing Skill Books 2. Seventh Edition. Ngee Ann Polytechnic*. Singapore: ACE
- Potter, P.A., Perry. A.G. (2020). *Fundamental of Nursing*. (9th edition). Terjemahan. St. Louis Mosby Elsevier
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Profil Penulis



Ns. Nikmatul Khayati, M.Kep

Penulis menempuh Pendidikan jurusan Keperawatan diawali dari jenjang program studi DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Semarang, kemudian melanjutkan jenjang Program Sarjana (S1) dan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia Jakarta pada peminatan Maternitas. Beberapa karya book chapter yang sudah dihasilkan berhubungan dengan bidang Maternal, Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Seksual. Pengalaman dalam Penelitian terkait Laktasi telah mendapatkan dukungan pendanaan baik dari Internal Universitas maupun dari Kemenristek DIKTI. Adapun pengabdian pada masyarakat, penulis aktif dalam berbagai kegiatan seperti pemberian edukasi untuk pencegahan dan perawatan luka (*Wound Care*) pada Masyarakat penderita *Ulkus dekubitus*, sebagai Konselor Laktasi baik online maupun offline.

Email Penulis: nikmatul@unimus.ac.id

PROSEDUR PERAWATAN LUKA AKUT, KRONIS DAN PENJAHITAN LUKA

Ns. Warsono, M.Kep., Sp.Kep.MB
Universitas Muhammadiyah Semarang

Perawatan Luka

1. Pengertian Luka

Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh (diskontinuitas jaringan). Keadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik atau gigitan hewan. Proses yang kemudian terjadi pada jaringan yang rusak ini ialah penyembuhan luka yang dapat dibagi dalam tiga fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi dan penyudahan yang merupakan perubahan kembali (remodelling) jaringan (Wound International, 2016).

Perawatan luka telah mengalami perkembangan sangat pesat terutama dalam dua dekade terakhir, ditunjang dengan kemajuan teknologi kesehatan. Di samping itu, isu terkini manajemen perawatan luka berkaitan dengan perubahan profil pasien yang makin sering disertai dengan kondisi penyakit degeneratif dan kelainan metabolik.

Kondisi tersebut biasanya memerlukan perawatan yang tepat agar proses penyembuhan bisa optimal. Manajemen perawatan luka modern sangat mengedepankan isu tersebut. Hal ini ditunjang dengan semakin banyaknya inovasi terbaru produk-produk perawatan luka. Pada dasarnya, pemilihan produk yang tepat harus berdasarkan pertimbangan biaya (*cost*), kenyamanan(*comfort*), dan keamanan (*safety*) (Ismail et al., 2009).

Perawatan luka harus memperhatikan jenis luka yang terdiri dari luka akut dan luka kronik (Wound International, 2016). Namun pada dasarnya prinsip perawatan baik luka akut dan kronik memiliki prinsip yang sama yaitu menghindari infeksi, menggunakan *dressing* yang tepat, dan penggunaan obat yang tepat (Beyene et al., 2020).

2. Penyembuhan Luka

Luka bisa diklasifikasikan berdasarkan struktur anatomis, sifat, proses penyembuhan, dan lama penyembuhan (Aminuddin et al., 2020).

Berdasarkan proses penyembuhan, dapat dikategorikan menjadi tiga, yaitu:

a. Penyembuhan primer/ *healing by primary intention*

Tepi luka bisa menyatu kembali, permukaan bersih, tidak ada jaringan yang hilang. Biasanya terjadi setelah suatu insisi. Penyembuhan luka berlangsung dari internal ke eksternal.

b. Penyembuhan sekunder/ *healing by secondary intention*

Sebagian jaringan hilang, proses penyembuhan berlangsung mulai dari pembentukan jaringan granulasi di dasar luka dan sekitarnya.

c. Penyembuhan Tersier/ *delayed primary healing*

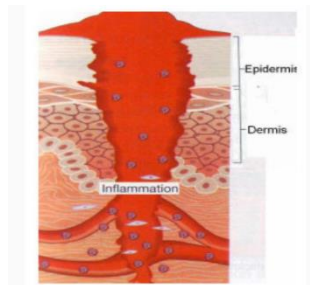
Penyembuhan luka berlangsung lambat, sering disertai infeksi, diperlukan penutupan luka secara manual.

Berdasarkan lama penyembuhan bisa dibedakan menjadi akut dan kronis. Luka dikatakan akut jika penyembuhan terjadi dalam 2-3 minggu. Sedangkan luka kronis adalah segala jenis luka yang tidak ada tanda-tanda sembuh dalam jangka lebih dari 4-6 minggu. Luka insisi bisa dikategorikan luka akut jika proses penyembuhan berlangsung sesuai dengan proses penyembuhan normal, tetapi bisa juga dikatakan luka kronis jika penyembuhan terlambat (*delayed healing*) atau jika menunjukkan tanda-tanda infeksi (Monika et al., 2022).

3. Proses Penyembuhan Luka

Luka akan sembuh sesuai tahapan spesifik yang dapat terjadi tumpang tindih. Fase penyembuhan luka dibagi menjadi tiga fase, yaitu:

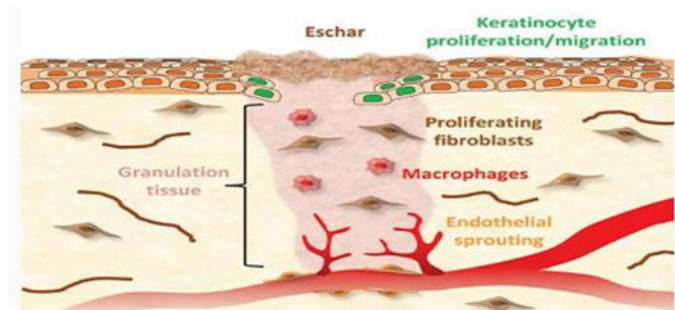
a. Fase inflamasi:



Gambar 11.1: Fase inflamasi (Ismail et al., 2009)

Fase inflamasi penyembuhan luka dimulai segera setelah terjadi kerusakan jaringan dan fase awal hemostasis (Monika et al., 2022).

- 1) Hari ke-0 sampai 5.
 - 2) Respons segera setelah terjadi injuri berupa pembekuan darah untuk mencegah kehilangan darah.
 - 3) Karakteristik: tumor, rubor, dolor, color, functio laesa.
 - 4) Fase awal terjadi hemostasis.
 - 5) Fase akhir terjadi fagositosis.
 - 6) Lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadi infeksi.
- b. Fase proliferasi atau epitelisasi



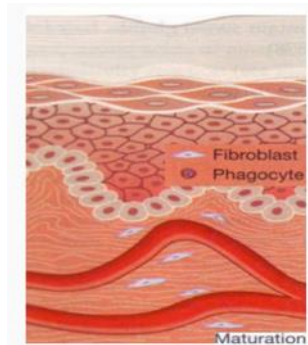
Gambar 11.2: Fase proliferasi atau epitelisasi
(Ismail et al., 2009)

Fase proliferasi penyembuhan luka pada hari ke-4 sampai 21 setelah terjadi kerusakan jaringan/luka. Selama fase ini, jaringan granulasi menutup permukaan luka dan keratinosit bermigrasi untuk membantu penutupan luka dengan jaringan epitel baru (Franks et al., 2016).

- 1) Hari ke-3 sampai 14.
- 2) Disebut juga fase granulasi karena adanya pembentukan jaringan granulasi; luka tampak merah segar, mengkilat.

- 3) Jaringan granulasi terdiri dari kombinasi: fibroblas, sel inflamasi, pembuluh darah baru, fibronektin, dan asam hialuronat.
- 4) Epitelisasi terjadi pada 24 jam pertama ditandai dengan penebalan lapisan epidermis pada tepian luka.
- 5) Epitelisasi terjadi pada 48 jam pertama pada luka insisi.

c. Fase maturasi atau remodeling



Gambar 11.3: Fase maturasi atau remodeling
(Ismail et al., 2009)

Fase remodeling penyembuhan luka pada hari ke-21 sampai 1 tahun setelah terjadi kerusakan jaringan/ luka. Fase ini merupakan fase terlama penyembuhan luka, di mana fibroblas dan jaringan kolagen akan memperkuat penyembuhan luka (Wound International, 2016).

- 1) Berlangsung dari beberapa minggu sampai 2 tahun.
- 2) Terbentuk kolagen baru yang mengubah bentuk luka serta peningkatan kekuatan jaringan (tensile strength).

- 3) Terbentuk jaringan parut (scar tissue) 50-80% sama kuatnya dengan jaringan sebelumnya.
- 4) Pengurangan bertahap aktivitas seluler dan vaskularisasi jaringan yang mengalami perbaikan.

Perawatan Luka Akut

Luka akut adalah luka yang terjadi kurang dari 5 hari dengan diikuti proses hemostasis dan inflamasi. Luka akut sembuh atau menutup sesuai dengan waktu penyembuhan luka fisiologis 0-21 hari (World Health Organization, 2016). Luka akut juga merupakan 13 luka trauma yang biasanya segera mendapat penanganan dan biasanya dapat sembuh dengan baik bila tidak terjadi komplikasi. Contoh: luka lecet, luka robek, luka operasi tanpa komplikasi.

Perawatan luka akut meliputi langkah-langkah untuk merawat luka baru atau luka yang terbuka. Perawatan luka akut bertujuan untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan. Berikut adalah langkah-langkah perawatan luka akut (Beyene et al., 2020):

1. Bersihkan luka menggunakan air dan sabun

Gunakan air mengalir dan sabun yang lembut untuk membersihkan luka. Jangan gunakan alcohol, hidrogen peroksida atau povidone iodine untuk membersihkan luka karena dapat merusak jaringan yang baru terbentuk.

2. Hentikan perdarahan

Gunakan kain bersih atau kasa steril untuk menekan luka dan hentikan perdarahan. Tahan tekanan selama beberapa menit sampai perdarahan berhenti.

3. Oleskan salep antibiotic

Gunakan salep antibiotik untuk membantu mencegah atau menghilangkan terjadinya infeksi pada luka.

4. Tutup luka

Tutup luka dengan perban atau plester untuk membantu melindungi luka dari kotoran dan infeksi.

5. Ganti perban secara teratur

Ganti perban secara teratur, terutama jika perban terlihat kotor atau basah. Jangan biarkan perban tetap basah karena dapat menyebabkan perkembangan bakteri sehingga terjadi infeksi.

6. Jangan mengangkat atau menggaruk luka

Hindari tindakan mengangkat atau menggaruk luka karena dapat memperlambat proses penyembuhan meningkatkan resiko infeksi.

7. Istirahatkan luka

Hindari menggerakkan bagian tubuh yang mengalami luka dan beri waktu bagi tubuh untuk penyembuhan luka.

Perawatan Luka Kronis

Perawatan luka kronis merupakan suatu proses pengobatan luka yang berlangsung lama dan sering timbul kembali (rekuren), dimana terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang biasanya disebabkan oleh masalah multifaktor dari penderita. Luka kronik juga sering disebut kegagalan dalam penyembuhan luka (Busse, 2016).

Berdasarkan kualitas deskriptif luka, luka dibagi menjadi empat stadium yaitu (Kheirabadi, 2018):

1. Stadium I: Hilangnya atau rusaknya kulit pada lapisan epidermis/lecet.

2. Stadium II: Hilangnya atau rusaknya kulit pada lapisan epidermis hingga lapisan dermis bagian atas.
3. Stadium III: Hilangnya atau rusaknya kulit dari lapisan dermis bagian bawah hingga lapisan subkutis.
4. Stadium IV: Hilangnya atau rusaknya seluruh lapisan kulit hingga otot dan tulang.

Perawatan luka kronis adalah perawatan luka yang belum sembuh dalam waktu yang lama atau luka yang terus menerus membuka. Beberapa jenis luka kronis antara lain adalah luka ulkus kaki diabetik, ulkus tekanan (pressure ulcer), luka bakar kronis, dan luka vaskuler. Perawatan luka kronis memerlukan beberapa tindakan yang lebih kompleks dan tergantung pada jenis luka dan kondisi kesehatan pasien. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam perawatan luka kronis (Monika et al., 2022):

1. Evaluasi dan perawatan penyebab luka

Penyebab luka kronis harus dievaluasi dan diperlakukan sebelum perawatan luka dilakukan. Misalnya jika luka disebabkan oleh tekanan yang terus menerus, perlu dihilangkan faktor penyebab tekanannya.

2. Membersihkan luka

Luka harus dibersihkan secara teratur untuk mencegah infeksi dan meningkatkan proses penyembuhan. Ini dapat dilakukan dengan menggunakan antiseptic atau perban yang dibasahi.

3. Mengatasi infeksi

Jika terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, atau demam, segeralah konsultasi ke faskes terdekat.

4. Perawatan terhadap jaringan

Beberapa luka kronis dapat terjadi karena rusaknya jaringan. Perawatan seperti terapi tekanan negatif, terapi oksigen hiperbarik, atau debridement mungkin diperlukan untuk memperbaiki kondisi jaringan.

5. Perawatan luka dengan produk khusus

Beberapa produk seperti plester hidrokoloid, kasa alginate dan gel silicon dapat membantu proses penyembuhan luka kronis.

6. Diet yang sehat dan hidrasi yang cukup

Konsumsi makanan sehat dan minum yang cukup air akan membantu tubuh dalam proses penyembuhan luka.

7. Konsistensi dalam perawatan luka

Perawatan luka kronis harus dilakukan secara teratur dan konsisten untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Prosedur Penjahitan Luka

1. Benang Jahit luka

Ada tiga hal yang menentukan pemilihan jenis benang jahit, yaitu jenis bahannya, kemampuan tubuh untuk menyerapnya dan susunan filamennya. Benang yang dapat diserap melalui reaksi enzimatis pada cairan tubuh kini banyak dipakai. Penyerapan benang oleh jaringan dapat berlangsung antara tiga hari sampai tiga bulan bergantung pada jenis benang dan kondisi jaringan yang dijahit (Williams & Wilkinson, 2016).

Menurut bahan asalnya, benang dibagi dalam benang yang terbuat dari usus domba (catgut) dan dibedakan dalam catgut murni yang tanpa campuran dan catgut kromik yang bahannya bercampur larutan asam

kromat. Catgut murni cepat diserap, kira-kira dalam waktu satu minggu, sedangkan catgut cromik diserap lebih lama, kira-kira 2-3 minggu (Kheirabadi, 2018).

Disamping itu, ada benang yang terbuat dari bahan sintetik, baik dari asam poliglikolik maupun dari poliglaktin dan memiliki daya tegang yang besar. Benang ini dapat dipakai pada semua jaringan termasuk kulit. Benang yang dapat diserap menimbulkan reaksi jaringan setempat yang dapat menyebabkan fistel benang atau infiltrat jaringan yang mungkin ditandai indurasi. Benang yang tidak dapat diserap oleh tubuh umumnya tidak menimbulkan reaksi jaringan karena bukan merupakan bahan biologic (Aminuddin et al., 2020).

Benang ini dapat berasal dari sutra yang sangat kuat dan liat, dari kapas yang kurang kuat dan mudah terurai, dan dari poliester yang merupakan bahan sintetik yang kuat dan biasanya dilapisi teflon. Selain itu terdapat pula benang nilon yang berdaya tegang besar, yang dibuat dari polipropilen, dan baja yang terbuat dari baja tahan karat. Karena tidak dapat diserap maka benang akan tetap berada di jaringan tubuh. Benang jenis ini biasanya dipakai pada jaringan yang sukar sembuh. Bila terjadi infeksi akan terbentuk fistel yang baru dapat sembuh setelah benang yang bersifat benda asing, dikeluarkan. Benang alami terbuat dari bahan sutra atau kapas. Kedua bahan alami ini dapat bereaksi dengan jaringan tubuh meskipun minimal karena mengandung juga bahan kimia alami. Daya tegangnya cukup dan dapat diperkuat bila dibasahi terlebih dahulu dengan larutan garam sebelum digunakan. Benang sintetik terbuat dari poliester, nilon, atau polipropilen yang umumnya dilapisi oleh bahan pelapis teflon atau dakron.

Dengan lapisan ini permukaannya lebih mulus sehingga tidak mudah bergulung atau terurai. Benang ini mempunyai daya tegang yang besar dan dipakai untuk jaringan yang memerlukan kekuatan penyatuan yang besar (Aminuddin et al., 2020).

Menurut bentuk untaian seratnya, benang dapat berupa monofilamen bila hanya terdiri atas satu serat saja dan polifilamen bila terdiri atas banyak serat yang diuntai menjadi satu. Ukuran benang merupakan salah satu faktor yang menentukan kekuatan jahitan. Oleh karena itu, pemilihan ukuran benang untuk menjahit luka bedah bergantung pada jaringan apa yang dijahit dan dengan mempertimbangkan faktor kosmetik. Sedangkan kekuatan jaringan ini ditentukan oleh jumlah jahitan yang dibuat, jarak jahitan, dan jenis benangnya. Pada daerah wajah digunakan ukuran yang kecil (5,0 atau 6,0) (Williams & Wilkinson, 2016)

2. Penjahitan luka

Penjahitan luka adalah prosedur medis yang dilakukan untuk menggabungkan kembali tepi-tepi luka yang terbuka akibat cedera atau operasi. Prosedur penjahitan luka tergantung pada jenis dan lokasi luka, serta tingkat keparahan cedera. Berikut ini adalah prosedur penjahitan luka secara umum (Aminuddin et al., 2020):

a. Persiapan alat dan bahan

Alat dan bahan yang diperlukan antara lain gunting, pinset, jarum jahit, benang jahit, alkohol, cairan antiseptik, dan bahan penahan luka. Pastikan semua peralatan steril dan dalam kondisi baik serta siap digunakan.

b. Membersihkan luka

Sebelum menjahit luka pastikan luka dalam keadaan bersih dan bebas dari kotoran bahkan bakteri. Bersihkan luka dengan cairan antiseptik dan keringkan dengan kain steril.

c. Menyiapkan benang jahit

Ambil benang jahit yang sesuai dengan jenis luka dan lokasi luka. Potong benang jahit yang dibutuhkan dan masukkan ke dalam jarum jahit. Pastikan ujung benang terikat dengan kuat pada jarum jahit.

d. Menjahit luka

Mulailah menjahit dari ujung luka, dan jahit hingga ke ujung lainnya. Pastikan jahitan rapat dan kuat, namun tidak terlalu ketat. Gunakan pinset untuk memegang jarum dan benang dengan kuat agar tidak meleset.

e. Penyelesaian penjahitan

Setelah selesai menjahit, pastikan semua tepi luka telah digabungkan secara rapi dan rapat. Gunakan bahan penahan luka seperti perban atau plester untuk melindungi luka dari infeksi dan melindungi jahitan agar tetap utuh.

f. Perawatan luka pasca penjahitan

Setelah menjahit luka, perawatan luka perlu dilakukan secara teratur untuk mempercepat proses penyembuhan. Perawatan luka meliputi mengganti balutan secara teratur, menjaga kebersihan luka, serta menghindari aktivitas yang dapat membuka jahitan.

Daftar Pustaka

- Aminuddin, M., Sukmana, M. ., Nopriyanto, D., & Sholichin. (2020). *Modul Keperawatan Luka* (I. Samsugito (ed.)). CV Gunawana Lestari.
- Beyene, R. T., Derryberry, S. L., & Barbul, A. (2020). The Effect of Comorbidities on Wound Healing. In *Surgical Clinics of North America*. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2020.05.002>
- Busse, B. (2016). *Wound Management in Urgent Care*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27428-7>
- Franks, P. J., Barker, J., Laeuchli, S., Med, P.-D., & Mosti, G. (2016). *Management Of Patients With Venous Leg Ulcer*. 25(6). www.markallengroup.com
- Ismail, D., Irawaty, D., & Haryati, Tutik. (2009). Penggunaan Balutan Modern Memperbaiki Proses Penyembuhan Luka Diabetik. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 25(1), 32–35. <https://doi.org/10.21776/UB.JKB.2009.025.01.7>
- Kheirabadi, B. (2018). *Basics of wound management*. Springer Netherlands.
- Monika, P., Chandrababha, M. N., Rangarajan, A., Waiker, P. V., & Chidambara Murthy, K. N. (2022). Challenges in Healing Wound: Role of Complementary and Alternative Medicine. *Frontiers in Nutrition*, 8, 1198. <https://doi.org/10.3389/FNUT.2021.791899/BIBTEX>
- Williams, C., & Wilkinson, L. (2016). *The principles of wound closure*. Surgery (Oxford).
- World Health Organization. (2016). *Global Guidelines For The Prevention Of Surgical Site Infection*. WHO. <http://www.who.int>
- Wound International. (2016). *Wound Infection In Clinical Practice*. an international consensus. <https://www.woundsme.com/uploads/resources/9b549b9d8a74b2c69a7773aa13157376.pdf>

Profil Penulis



Ns. Warsono, M.Kep., Sp.Kep.MB

Lahir di Pati, 16 Juli 1987. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2005 silam. Hal ini membuat penulis memilih untuk lanjut dibangku perkuliahan pada bidang keperawatan, dan berhasil lulus S1 keperawatan dan profesi ners pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang lebih tinggi di magister keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2014, kemudian setelah lulus lanjut memperdalam keilmuan dengan peminatan spesialisasi Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan medikal bedah, keperawatan bencana dan kegawatdaruratan. Dari kepakaran bidang tersebut, untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya. Beberapa penelitian yang telah dilakukan penulis juga didanai oleh internal perguruan tinggi (2021 dan 2022). Kemudian selain sebagai peneliti, editor jurnal, perawat, dosen, penulis juga aktif menulis buku ajar, buku saku, buku referensi, buku monograf dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bidang keilmuan sesuai kepakarannya bahkan untuk bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: warsono@unimus.ac.id

PROSEDUR PERAWATAN JENASAH DAN PERAWATAN KELUARGA PASIEN BERDUKA DAN KEHILANGAN

Ns. Ramaita, M.Kep
Universitas Negeri Padang

Perawatan Jenasah

1. Pengertian

Perawatan jenasah adalah Perawatan pasien setelah meninggal dunia. Perawatan termasuk menyiapkan jenasah untuk diperlihatkan kepada keluarga, transportasi ke kamar jenasah dan melakukan penyerahan barang-barang milik klien.

2. Tujuan

- a. Membersihkan dan merapikan jenasah
- b. Untuk mencegah terjadinya pembusukan pada jenasah dan penyebaran kuman dari jenasah ke lingkungannya.
- c. Penghormatan terhadap jenasah
- d. Menjalankan kewajiban hukum fardlu' kifayah (muslim)

3. Kelengkapan Sarana

- a. Sarung tangan dan masker
- b. Celemek atau skort
- c. Verban atau kasa gulung
- d. Kapas
- e. Gunting verban
- f. Bengkok
- g. Plester dan pinset
- h. Baskom
- i. Waslap
- j. Kantong plastik kecil (tempat perhiasan)
- k. Kartu identitas pasien atau gelang identitas
- l. Kain kafan
- m. Kapas alkohol dalam kom
- n. Sisir dan peniti

4. Standar Operasional Prosedur

a. Tahap Persiapan

1) Persiapan Alat (Seperti diatas)

Memeriksa kembali Kasa/Verban, Sarung tangan bersih, kasa, Kapas secukupnya, Plastik jenasah/pembungkus jenasah, Plester penahan untuk menutup luka (bila ada luka), Bengkok 1 buah, diatas troli bagian atas dan kelengkapan lainnya.

2) Persiapan Perawat

- a) Melepaskan cincin, jam tangan dan gelang ke dalam saku (jika memakai).

- b) Bila menggunakan baju lengan panjang maka lengan baju dilipat sampai di atas siku.
- 3) Persiapan Lingkungan
 - a) Atur lingkungan sekitar tempat tidur, bila kematian terjadi pada unit multi bed, jaga privasi pasien yang lain, tutup koridor.
 - b) Tinggikan tempat tidur untuk memudahkan kerja dan atur dalam posisi datar, terlentang.
- b. Pelaksanaan
 - 1) Beri tahu keluarga bahwa jenazah akan dibersihkan.
 - 2) Cuci tangan dibawah air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.
 - 3) Pakai alat pelindung diri (apron/celemek/skort,masker,dan sarung tangan).
 - 4) Melepas perhiasan dan benda-benda berharga jenazah (dimasukkan dalam kantong plastik dan beri label identitas)
 - 5) Melepaskan peralatan invasif (selang kateter NGT tube dan lain-lain)
 - 6) Menempatkan jenazah pada posisi Supinasi
 - 7) Bersihkan dan rapihkan jenazah sesuai kebutuhan, bersihkan tubuh jenazah dengan menggunakan wash lap dimulai dari :
 - a) Membersihkan mata dengan kassa, dan Tutup mata jenazah menggunakan kasa dengan cara menutup perlahan kelopak

mata dan memasang plester jika mata tidak tertutup

- b) Membersihkan hidung dengan kassa dan ditutup dengan kapas
- c) Membersihkan bagian telinga dengan kassa, dan ditutup dengan kapas
- d) Membersihkan bagian mulut dengan kassa. Lepaskan gigi palsu jika perlu, kemudian tutup mulut jenazah. Jika mulut jenazah tetap tidak tertutup, letakkan gulungan handuk di bawah dagu agar mulut tertutup.
- e) Merapikan rambut jenazah dengan sisir
- f) Mengikat dagu dari bawah dagu sampai keatas kepala dengan verban gulung
- g) Menurunkan selimut sampai bawah kaki
- h) Membuka pakaian bagian atas jenazah, taruh dalam ember
- i) Melipat tangan dan mengikat pada pergelangan tangan dengan verban gulung
- j) Membuka pakaian bawah pasien, taruh dalam ember
- k) Membersihkan genitalia dengan kassa kering dan waslap
- l) Membersihkan bagian anus dengan cara memiringkan jenazah kearah kiri dengan meminta bantuan keluarga
- m) Memasukkan kasa kedalam anus jenazah

- n) Melepaskan stick laken dan perlak bersamaan dengan membentangkan kain kafan, kemudian lipat stick laken dan taruh dalam ember
- o) Mengembalikan ke posisi semula
- p) Mengikat kaki dibagian lutut jenazah, pergelangan kaki, dan jari-jari jempol dengan menggunakan verban gulung
- q) Mengikat identitas jenazah, yang berisi nama, umur, jenis kelamin, tanggal kematian, nomor rekam medis, nomor ruangan, dan nama dokter yang merawat. Sesuai dengan peraturan rumah sakit, ikatkan label identitas pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki jenazah, atau plester label pada dada depan jenazah
- r) Menutup jenazah dengan kain atau selimut
- s) Pindahkan jenazah ke kamar jenazah. Beberapa rumah sakit membiarkan jenazah berada di ruangan hingga petugas kamar jenazah datang. Pindahkan jenazah secara perlahan ke brankar. Tutupi jenazah dengan kain. Beberapa rumah sakit memiliki kebijakan untuk membuka wadah jenazah
- t) Rapikan peralatan, bersihkan ruangan, lepas hand Schoen dan cuci tangan
- u) Dokumentasikan prosedur. Pada catatan perawatan, catat waktu dan tanggal jenazah diantar ke kamar jenazah.

Lakukan pencatatan apakah barang berharga disimpan atau diserahkan pada keluarga, Lakukan dokumentasi mengenai disposisi barang berharga milik jenazah.

5. Hal-hal Yang Harus Diperhatikan

- a. Berikan barang-barang milik klien pada keluarga klien atau bawa barang tersebut ke kamar jenazah. Jika perhiasan atau uang diberikan pada keluarga, pastikan ada petugas/ perawat lain yang menemani.
- b. Minta tanda tangan dari anggota keluarga yang sudah dewasa untuk verifikasi penerimaan barang-barang berharga atau status dimana perhiasan masih ada pasien.
- c. Berikan support emosional kepada keluarga yang ditinggalkan dan teman dan kepada klien lain yang sekamar.
- d. Mengangkat jenazah dilakukan secara perlahan untuk mencegah lecet dan kerusakan kulit.

6. Hal-hal Yang Diperhatikan Dalam Proses Keperawatan

- a. Segera mencuci kulit dan permukaan lain dengan air mengalir bila terkena darah atau cairan tubuh lain.
- b. Dilarang memanipulasi alat suntik atau menysarungkan jarum suntik ke tutupnya. Buang semua alat atau benda tajam dalam wadah yang tahan tusukan.
- c. Semua permukaan yang terkena percikan atau tumpuhan darah atau cairan tubuh lainnya segera dibersihkan dengan cairan klorin 0,5 %.

- d. Semua peralatan yang akan digunakan kembali harus diproses dengan urutan : dekontaminasi, pembersihan, desinfeksi, atau sterilisasi.
- e. Sampah dan bahan terkontaminasi lainnya ditempatkan dalam kantong plastic.
- f. Pembuangan sampah dan bahan yang tercemar sesuai pengolahan sampah medis.

Perawatan Keluarga Pasien Berduka dan Kehilangan

1. Konsep Kehilangan dan Berduka

a. Pengertian Kehilangan Dan Berduka

Kehilangan adalah bagian yang tak terelakan dari kehidupan. Menurut Stuart (2005), Kehilangan merupakan sesuatu yang sulit dihindari seperti kehilangan harta, kesehatan, orang yang dicintai, dan kesempatan. Kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan, sejak lahir individu sudah mengalami kehilangan dan cenderung akan mengalaminya kembali walaupun dalam bentuk yang berbeda. Bersamaan dengan kehilangan adalah munculnya perasaan berduka dan kesedihan. Berduka, dalam hal ini dukacita adalah proses kompleks yang normal yang mencakup respon dan perilaku emosi, fisik, spiritual, sosial, dan intelektual ketika individu, keluarga, dan komunitas menghadapi kehilangan aktual, kehilangan yang diantisipasi, atau persepsi kehilangan ke dalam kehidupan pasien sehari-hari.

Berduka sendiri merupakan respon yang normal yang dihadapi setiap orang dalam menghadapi kehilangan yang dirasakan.

Peran perawat berada dalam posisi menawarkan dukungan kepada keluarga untuk mengatasi kehilangan dan memberikan kenyamanan Ketika kelangsungan hidup dirasa sulit. Setiap orang merespon kehilangan secara berbeda-beda. Jenis kehilangan dan persepsi orang turut mempengaruhi kedalaman durasi respons kesedihan. Selain itu pengalaman seseorang yang sebelumnya pernah mengalami kehilangan juga mempengaruhi bagaimana dia merespons kehilangan yang baru.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehilangan dan berduka

Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang merasakan dan merespon kehilangan yang terjadi. Faktor-faktor tersebut adalah bagaimana perkembangannya, hubungan pribadi, sifat kehilangan, strategi penanggulangan, status sosial ekonomi, dan pengaruh dan keyakinan budaya dan spiritual.

1) Perkembangan Manusia

Usia seseorang dan tahap perkembangannya mempengaruhi terhadap respon kesedihan sebagai contoh balita dan orang dewasa akan berbeda terhadap respon kehilangan. Balita tidak dapat memahami kehilangan atau kematian tetapi sering merasa cemas atas objek kehilangan tersebut sementara orang dewasa mudah mengalami banyak kehilangan sehingga lebih bisa menunjukkan ketahanan terhadap kehilangan.

2) Hubungan Pribadi

Hubungan pribadi juga mempengaruhi respon kehilangan. Ketika hubungan antar dua orang sangat terjalin baik dan berkualitas maka orang tersebut akan merasa sulit menerima kenyataan akan kehilangan orang yang dicintainya.

3) Sifat Kehilangan

Sifat kehilangan juga mempengaruhi terhadap respon kehilangan apakah kehilangan tersebut bersifat permanen atau sementara.

4) Strategi Koping

Kehilangan yang dihadapi pada masa anak-anak menyebabkan anak tersebut terampil dalam mengatasi kehilangan yang lebih besar dan lebih menyakitkan dimasa dewasa. Peran perawat adalah memberikan dukungan dengan menilai strategi koping pasien, kemudian mengajarkan strategi baru dan selanjutnya mendorong menggunakan strategi baru ini.

5) Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi mempengaruhi proses berduka seseorang. Seseorang dengan status sosial menengah kebawah akan langsung mengalami perubahan peran seperti seorang istri ketika ditinggalkan suaminya dan menjadi janda akan langsung bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Sementara seseorang dengan status sosial menengah keatas dan tidak sibuk melakukan peran baru akan membiarkan dirinya larut dalam kehilangan.

6) Budaya

Selama masa kehilangan dan berduka, keluarga memanfaatkan praktik sosial dan spiritual dari budaya yang mereka anut untuk menemukan kenyamanan dan keluar dari kesedihan

7) Keyakinan Spritual dan Agama

Keyakinan memberikan kemampuan kepada anggota keluarga untuk mengatasi kehilangan. Keluarga dengan keyakinan spiritual yang bagus akan lebih mudah menerima kehilangan.

c. 5 Tahap Berduka Yaitu Penyangkalan, Marah, Penawaran, Depresi Dan Penerimaan

No.	Tahap	Respon Perilaku	Perawatan Keluarga Pasien Berduka Dan Kehilang
1	Penyangkalan	Tidak percaya telah terjadi kehilangan. Tidak siap mengatasi masalah praktik seperti amputasi, kehilangan kaki. Dapat menunjukkan keceriaan palsu sehingga memperlama penyangkalan.	Dukung klien secara verbal tetapi tidak menguatkan penyangkalan. Kaji perilaku diri sendiri untuk memastikan bahwa anda tidak ikut terlarut dalam penyangkalan pasien
2	Marah	Klien atau keluarga dapat mengarahkan rasa marah kepada perawat atau staff berkenaan dengan hal-hal yang normalnya tidak mengganggu mereka	Batu klien memahami bahwa rasa marah adalah respons normal terhadap perasaan kehilangan. Hindari menarik diri atau balas marah, jangan menanggapi rasa marah dengan pribadi. Berikan kekuatan untuk meningkatkan perasaan aman. Biarkan klien mengontrol

			kehidupan mereka sebanyak mungkin
3	Penawaran	Berupaya melakukan tawar menawar untuk menghindari kehilangan. Dapat mengekspresikan perasaan bersalah atau takut mendapat hukuman akibat dosa di masa lalu baik nyata ataupun khayal.	Dengarkan dengan penuh perhatian dan dorong klien untuk bicara guna meredakan perasaan bersalah dan rasa takut yang tidak rasional. Tawarkan dukungan spiritual.
4	Depresi	Berduka karena sesuatu yang telah terjadi & karena sesuatu yang tidak terjadi. Dapat berbicara dengan bebas (misalnya mengingat kembali kehilangan di masa lalu seperti kehilangan uang atau pekerjaan) atau dapat menarik diri.	Berduka karena sesuatu yang telah terjadi & karena sesuatu yang tidak terjadi. Dapat berbicara dengan bebas (misalnya mengingat kembali kehilangan di masa lalu seperti kehilangan uang atau pekerjaan) atau dapat menarik diri.
5	Penerimaan	Menerima kehilangan. Perhatian terhadap kejian disekitar atau terhadap orang pendukung menurun. Mungkin mulai membuat perencanaan (mis surat wasiat, perubahan pengaturan hidup).	Bantu keluarga dan teman memahami penurunan kebutuhan klien untuk bersosialisasi. Dorong klien untuk berpartisipasi sebayak mungkin dalam program terapi.

2. Konsep Perawatan Keluarga Pasien Berduka dan Kehilangan

a. Pengertian Perawatan Keluarga Pasien Berduka dan kehilangan

Melatih mengenal berduka dan kehilangan adalah tindakan mandiri perawat yang mana dilakukan untuk mengajarkan klien mengenal tentang berduka dan kehilangan serta cara mengatasinya. Perawat mengembangkan rencana keperawatan untuk membantu keluarga yang sedang

mengalami kehilangan, berduka, atau pengalaman kematian.

b. Tujuan

- 1) Membantu klien memahami kehilangan dan berduka yang dialaminya
- 2) Membantu klien menyebutkan cara-cara untuk mengatasinya
- 3) Membantu klien dalam membatasi faktor pendukungnya

c. Standar Operasional Prosedur

1) Tahap Persiapan

a) Alat dan bahan

Persiapan tempat yang aman dan tenang

Meja dan kursi

Alat dan bahan :

- kertas kosong dan alat tulis (jika dibutuhkan)
- Form CPT (catatan Perkembangan Terintegrasi) dan bolpoint
- Form nursing order (resep keperawatan) jika klien bisa membaca

b) Klien

- Membuat kontrak pertemuan dengan klien
- Menjamin pemenuhan privasi klien hanya klien dan perawat saja

2) Tahap Pelaksanaan

Fase Orientasi

- a) Memberikan salam
- b) Memperkenalkan nama perawat, dan panggilan serta menjelaskan saat ini yang akan membantu klien
- c) Menanyakan nama klien, umur klien (dan nomor register jika perlu/dilihat pada gelang yang dipakai klien)
- d) Menjelaskan tujuan pertemuan
- e) Mengevaluasi tanda dan gejala kehilangan dan berduka yang dialami. Jika pasien pernah ditemui perawat gunakan data subjektif dan objektif untuk mengevaluasi dengan mengidentifikasi
 - Apakah ada perasaan kehilangan dan berduka
 - Ansietas bertambah, efek labil
 - Rentang perhatian terbatas
 - Hipersensitivitas terhadap stimulus normal
 - Tidak mampu menyelesaikan masalah
 - Disorientasi
 - Kekacauan alur pikir
 - Pikiran cepat berubah
 - Berusaha melukai diri sendiri dan orang lain

- f) Melakukan kontrak ulang tentang topik latihan yang akan diberikan, lamanya waktu dan tempat latihan
- g) Memberikan kesempatan klien untuk buang air kecil atau minum air sebelum Latihan

Fase Kerja

- a) Menjelaskan selama latihan, klien mendengarkan perawat dan ada kesempatan tersendiri diakhir jika ada yang ditanyakan
- b) Menjelaskan kepada klien
 - Pengertian berduka dan kehilangan (kegiatan yang dilakukan untuk menggali kegiatan yang dapat menambah wawasan tentang proses-proses berduka dan kehilangan serta cara-cara mengatasinya)
 - Tujuan mengenal berduka dan kehilangan (klien mampu memahami serta menyebutkan cara-cara untuk mengatasinya selama berada dirumah sakit maupun dirumah sehingga diharapkan intensitas ketegangan pikiran dan perasaan berkurang)
 - Jelaskan Langkah-langkah Latihan memahami kehilangan dan berduka
- a) Identifikasi Bersama dengan klien cara atau Tindakan yang diharapkan untuk mengatasi perasaan untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain

- b) Berdiskusi mengenai kondisi pasien saat ini (kondisi pikiran, perasaan, fisik, social, dan spiritual sebelum/sesudah mengalami peristiwa kehilangan serta hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi
- c) Berdiskusi cara mengatasi berduka yang dialami (cara verbal : mengungkapkan perasaan), cara fisik : memberi kesempatan aktifitas fisik, cara social: sharing dengan teman maupun keluarga, cara spiritual : berserah diri dan berdoa
- d) Memberi informasi tentang sumber-sumber komunitas yang bersedia untuk saling memberikan pengalaman dengan seksama
- e) Membantu klien memilih cara yang dianjurkan dan latih untuk mencobanya
- f) Pantau pelaksanaan cara yang telah dipilih dan dilatih beri pujian jika klien berhasil melakukannya
 - Mendemonstrasikan cara mengatasi berduka dan kehilangan sesuai langkah diatas
 - Memberikan reinforcement positif atas kemampuan pasien dalam menyebutkan cara-cara untuk mengatasi kehilangan dan berduka

Terminasi

- a) Menanyakan perasaan klien setelah berlatih mengenal berduka

- b) Meminta klien mencoba Kembali cara-cara mengatasi berduka dan kehilangan
- c) Mengobservasi perilaku baik verbal maupun non verbal selama proses interaksi
- d) Membuat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya (topik, tempat, dan waktu)
- e) Mempersilahkan klien untuk istirahat dan mengikuti kegiatan lainnya

Pendokumentasian

- a) Mencatat Tindakan keperawatan yang telah dilakukan kedalam catatan perkembangan terintegrasi sesuai standar prosedur operasional yang berlaku. Pendokumentasian catatan perkembangan terintegrasi harus dilakukan oleh perawat yang telah diberikan penugasan
 - b) Mencatat Tindakan keperawatan
- d. Hal-hal Yang Harus diperhatikan
- a. Mengevaluasi respon serta toleransi klien selama latihan
 - b. Mengevaluasi kebutuhan kenyamanan dan keamanan pasien selama latihan

Daftar Pustaka

- Supinganto, A., Yani, L, Kuswanto. (2021). *Keperawatan Jiwa Dasar*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis
- Kebijakan Direktur RSUD Solok nomor 706/001/ TU-RS/. (2014). *Tentang Standar Prosedur Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Solok Tahun 2014*
- Noviestasi, E., Deswani, Ibrahim, K., Ramdaniati, S. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan*. Edisi Indonesia ke 9. Volume 2. Elsevier Singapore Pte Ltd
- Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan. (2018). *Tentang Kebijakan Pelayanan Kamar Jenasah Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan*.1
- Stuart, G.W &Laraia, M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby.
- Yusuf, Ahmad., Fitriyasari, Rizki & Nihayati, Hanik, Endang. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Profil Penulis



Ns. Ramaita, M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Perguruan Tinggi Universitas Andalas dengan memilih Program Studi Ilmu Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2012. Dari tahun 2012-2013 penulis aktif bekerja sebagai perawat di rumah sakit swasta untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan studi S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Program Pasca Sarjana dengan Peminatan Keperawatan Jiwa dan berhasil lulus tahun 2017.

Penulis memiliki kepakaran dibidang ilmu keperawatan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan juga sebagai peneliti dibidang keilmuannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain sebagai peneliti dan melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: ramaita@fpk.unp.ac.id

- 1 STANDAR PRAKTIK KEPERAWATAN
Yunie Armiyati
- 2 ATURAN DAN KEBIJAKAN PRAKTIK KEPERAWATAN
Anggra Trisna Ajani
- 3 PROSEDUR INFEKSI NOSOKOMIAL
Muhammad Zaki
- 4 PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK DAN TINGKAT KESADARAN
Dewi Nur Sukma Purqoti
- 5 PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA- TANDA VITAL
Aulia Asman
- 6 PROSEDUR PEMENUHAN OKSIGENASI
Kurniawaty
- 7 PROSEDUR PEMENUHAN NUTRISI
Mariza Elvira
- 8 PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT
Mike Asmaria
- 9 PROSEDUR PENUHAN ELIMINASI
Suanda Saputra
- 10 PROSEDUR PEMENUHAN MOBILISASI
Sandra Dewi
- 11 PROSEDUR PEMBERIAN TERAPI OBAT
Nikmatul Khayati
- 12 PROSEDUR PERAWATAN LUKA AKUT, KRONIS DAN PENJAHITAN LUKA
Warsono
- 13 PROSEDUR PERAWATAN JENASAH DAN PERAWATAN KELUARGA
PASIENT BERDUKA DAN KEHILANGAN
Ramaita

Editor :

Made Martini

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-195-149-6 (PDF)



9 786231 951496