

BUKU AJAR

SOP KEPERAWATAN

DASAR



Ns. Nina Sunarti, M.Kep
Ferawati,S.Kep.,Ners.,M.Kep
Nurlailah Umar, S.Kep., Ns., M.Kes
Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep., Ners., M.Kep
Veronika Toru,S.Kep.Ns.M.Kep
Siti Rukayah, SKp, M.Kep
Ns.Dherlirona,S.Kep.,M.Kep
Azhar Mualim, S.Kep., Ners., M.Kep
Ulty Desmarnita,SKp., MKes., SpMat
Yenni, M.Kep., Ns.Sp.Kep. Kom
Anni Sinaga,S.Kp.,M.Kep

BUKU AJAR SOP KEPERAWATAN DASAR

Penulis:

Ns. Nina Sunarti, M.Kep

Ferawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Nurlailah Umar, S.Kep., Ns., M.Kes

Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep., Ners., M.Kep

Veronika Toru, S.Kep., Ns., M.Kep

Siti Rukayah, SKp, M.Kep

Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep

Azhar Mualim, S.Kep., Ners., M.Kep

Ulty Desmarnita, SKp., M.Kes., SpMat
Yenni, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom

Anni Sinaga, S.Kp.,M.Kep

BUKU AJAR SOP KEPERAWATAN DASAR

Penulis:

Ns. Nina Sunarti, M.Kep
Ferawati, S.Kep., Ners., M.Kep
Nurlailah Umar, S.Kep., Ns., M.Kes
Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep., Ners., M.Kep
Veronika Toru, S.Kep., Ns., M.Kep
Siti Rukayah, SKp, M.Kep
Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep
Azhar Mualim, S.Kep., Ners., M.Kep
Ulty Desmarnita, SKp., M.Kes., SpMat
Yenni, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
Anni Sinaga, S.Kp., M.Kep

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Siti Hartina Fatimah
Achmad Faisal

ISBN:

978-623-8411-60-3

Cetakan Pertama:

Desember, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023
by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena hanya atas perkenan-Nya penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar SOP Keperawatan Dasar. Buku Ajar SOP Keperawatan Dasar ini membahas tentang Tindakan Keperawatan dalam personal hygiene, Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien. Sehingga dengan mempelajari buku ini, diharapkan Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pembaca dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan dasar pada pasien di berbagai tatanan layanan kesehatan dengan menggunakan pola komunikasi terapeutik serta dapat meningkatkan sensitivitas pembaca terhadap keunikan yang dimiliki oleh seorang klien.

Dalam penyusunan buku ajar ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan baik dalam hal isi maupun cara penulisannya. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dari para pembaca demi terbentuk pola pikir yang lebih baik dalam penulisan buku selanjutnya.

Pada kesempatan ini, penulis juga tak lupa mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini sehingga buku ini dapat diterbitkan. Semoga menjadi amalan yang menjadi pahala berlipat ganda di akhirat nanti. Aamiinn Yaa Rabbal Alamiinn..

Jakarta, November 2023

Penulis

KATA SAMBUTAN

Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Ketua Tim Pokja

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, karena atas limpahan rahmat-Nya, kita dapat menyaksikan peluncuran buku Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan ini. Saya, Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat, dengan rasa rendah hati dan penuh kebanggaan, ingin menyampaikan kata pengantar ini sebagai ungkapan terima kasih dan harapan untuk masa depan keperawatan di Indonesia. Buku ini bukanlah sekadar kumpulan aturan dan tata cara, melainkan representasi dari komitmen bersama untuk meningkatkan standar pelayanan keperawatan di negeri ini. Melalui satu tahun perjalanan yang penuh perjuangan dan dedikasi, Tim Pokja Keperawatan berhasil menyusun SOP ini dengan memperhatikan kearifan lokal, norma keperawatan internasional, dan pengalaman praktisi keperawatan di seluruh Indonesia.



Kami menyadari bahwa keperawatan bukan hanya sebuah pekerjaan, tetapi sebuah panggilan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi panduan yang praktis dan relevan bagi seluruh tenaga keperawatan di Indonesia, dari sabang hingga merauke. Saya ingin menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya kepada seluruh anggota Tim Pokja yang telah berkontribusi dengan penuh semangat, pemikiran kritis, dan keahlian tim penulis dalam menyusun buku ini. Keberhasilan ini adalah hasil kolaborasi tim yang kuat dan kerjasama yang erat.

Tidak lupa, terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan berharga selama proses penyusunan. Semoga buku ini tidak hanya menjadi buku panduan, tetapi juga menjadi sumber inspirasi dan motivasi bagi semua praktisi keperawatan di tanah air. Kepada para pembaca, semoga buku SOP Keperawatan ini dapat menjadi teman setia dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Mari kita terus berkolaborasi dan berkontribusi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Akhir kata, kami menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas dukungan dan kepercayaan Anda. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemajuan keperawatan Indonesia.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Ketua Tim Pokja

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| PRAKATA | iii |
| DAFTAR ISI..... | v |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR (<i>BATHING</i>)..... | 1 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN VULVA <i>HYGIENE</i> | 23 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGGOSOK GIGI | 45 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENCUCI RAMBUT | 65 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENYISIR RAMBUT PASIEN DI TEMPAT TIDUR | 85 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MERAWAT DAN MEMOTONG KUKU | 101 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGGANTI SEPRAI/LAKEN/LINEN DENGAN PASIEN DIATAS TEMPAT TIDUR..... | 113 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH..... | 129 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGHITUNG DENYUT NADI | 143 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PENILAIAN RESPIRASI..... | 157 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGUKUR SUHU TUBUH | 169 |
| PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN MAKAN DAN MINUM VIA ORAL..... | 187 |
| PROFIL PENULIS..... | 207 |

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR

(*BATHING*)



MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR (*BATHING*)

1. Definisi

Memandikan klien adalah suatu tindakan membersihkan seluruh bagian tubuh klien dengan cara memposisikan klien berbaring di tempat tidur dengan menggunakan air bersih, sabun dan larutan antiseptic. (A.Aziz AlimilH, 2014).

2. Tujuan

- a. Membersihkan kulit dari kotoran, keringat, bakteri, dan mengeluarkan sel-sel kulit mati dan mencegah iritasi
- b. Meningkatkan Citra diri
- c. Bisa mengurangi bau badan
- d. Mempromosikan latihan rentang gerak (fungsi sendi)

3. Indikasi

Untuk memenuhi dan menjaga kebutuhan hygiene/kebersihan diri Klien yang mengalami :

- a. Harus bedrest
- b. Yang mengalami sesak nafas
- c. Dilakukan pada klien baru masuk dalam keadaan kotor

4. Kontra Indikasi

Klien yang mengalami :

- a. Luka bakar
- b. Koma
- c. Sesak nafas
- d. Pasca operasi
- e. Klien yang sedang terpasang alat-alat kesehatan

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Kondisi umum klien, Kulit jika ada luka dan tanda-tanda kelainan pada klien

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 43 tahun datang ke Rumah Sakit diantar keluarga dengan keluhan batuk, sesak nafas, tidak ada napsu makan, keluar keringat malam hari, klien nampak kotor dan lesu, hasil pemeriksaan; BB 46 Kg, TB 160

cm, TD 95/70 MmHg , RR 15/menit, Nadi 60x/mnt, suhu 38°C, hasil foto thorax /rontgen paru menunjukan kuman TB menginfeksi paru

7. Pembahasan soal kasus:

Klien datang ke rumah sakit dengan kondisi lemas, lesu kotor, tidak ada napsu makan, selain pengobatan klien memerlukan penanganan meningkatkan sosial diri, harga diri jadi perlu penanganan membersihkan diri agar kliatan besih dan segar dengan cara memandikan klien di atas tempat tidur karena kondisi kurang tenaga, setelah mandi dengan kondisi yang bersih bisa bahagia, harga diri meningkat dan bisa meningkatkan napsu makan

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi 1. <i>Review</i> catatan medis dokter | Rasional : Catatan medis untuk mengetahui data klien dengan benar  |
| 2. Kaji Keadaan Umum (KU) Pasien | Rasional : Perawat harus memahami Keadaan mom klien agar bisa berhati-hati dalam merawat  |

| | |
|--|--|
| 3. Kaji apakah pasien menggunakan kateter atau tidak | <p>Rasional : Kesiapan secara psikologis juga penting dikaji</p>  |
| 4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan tindakan mandi | <p>Rasional : Klien yang biasa mandi sendiri di rumah sekarang posisi di mandikan di Rumah sakit pasti merasa kurang nyaman.</p>  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi 5. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • Pakaian bersih 1 setel untuk ganti | <p>Rasional : menghindari dari mikroorganisme</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Baskom mandi 2 buah berisi air hangat (air pertama untuk membasahi , dan air ke dua untuk membilas) | <p>Rasional : Menampung air hangat yang akan digunakan</p>  |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Waslap 2 buah | <p>Rasional : Untuk membersihkan tubuh klien</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> Perlak pengalas besar 1 buah | <p>Rasional : Menjaga kebersihan lingkungan klien</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> Handuk kecil 1 buah + perlak kecil 1 | <p>Rasional : untuk menjaga kebersihan klien & untuk mengeringkan wajah</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> Handuk besar 2 buah | <p>Rasional : mengeringkan tubuh klien</p>  |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Selimut mandi / kain penutup | <p>Rasional : menutup area tubuh/privasi klien</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Celemek plastic untuk perawat | <p>Rasional : melindungi pakaian perawat</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tempat pakaian kotor tertutup | <p>Rasional : menampung pakaian kotor</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sabun mandi | <p>Rasional : membunuh kuman di tubuh klien</p>  |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bedak/ lation sesuai kebiasaan pasien | <p>Rasional : Mengharumkan tubuh klien</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan bersih | <p>Rasional : Menjaga tangan dari kotoran</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pispot / Urinal* • Air di dalam botol untuk cebok* | <p>Rasional : Menampung urin klien</p>  <p>Rasional : membersihkan area vagina/penis</p>  |

| | |
|---|--|
| PERSIAPAN KLIEN | Rasional : Menandakan kesopanan seorang perawat bekerja secara professional |
| 6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien |  |
| 7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | Rasional : Agar klien tahu tindakan yang akan dilakukan sehingga tidak merasa cemas  |
| 8. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) | Rasional : Memberikan kenyamanan perawat dalam bekerja dan perawat tidak mudah lelah  |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN | Rasional : Menjaga privasi adalah hak pasien, sehingga pasien merasa nyaman  |

| | |
|--|--|
| 10. Atau turunkan penghalang tempat tidur | Rasional : Memudahkan perawat memandikan klien  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| Fase Kerja 11. Memberi salam | Rasional : Menandakan kesopanan seorang perawat bekerja secara professional  |
| 12. Perkenalkan diri perawat | Rasional : Menciptakan hubungan harmonis  |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 13. Cuci tangan | Rasional : Mencegah nosocomial  |
| 14. Menempatkan alat didekat pasien | Rasional : Agar perawat bekerja bisa dengan praktis dan cepat  |
| 15. Menjaga privacy pasien | Rasional : Menjaga privasi adalah hak pasien, sehingga pasien merasa nyaman  |

| | |
|---|--|
| 16. Mengenakan sarung tangan dan celemek | Rasional : Mencegah penularan penyakit (nosokomial), dan menghindari basah  |
| 17. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi | Rasional : Agar selimut tidur tidak basah dan tetap bersih  |
| 18. Anjurkan pasien utk BAB/ BAK | Rasional : BAB/BAK adalah memberikan kenyamanan klien sebelum dilakukan tindakan  |
| 19. Melepas pakaian atas pasien | Rasional : Memudahkan perawat memandikan klien |

| | | |
|--|--|--|
| |  | |
| A. Membasuh muka 20. Membentangkan perlak kecil dan handuk kecil di bawah kepala | Rasional : Mencegah bantal dan kasur basah untuk dipindahkan ke bagian berikutnya yang akan di mandikan (Perut)  | |
| 21. Membersihkan muka, telinga, dengan waslap lembab lalu keringkan | Rasional : Membersihkan muka telinga pembersihan awal memandikan  | |
| 22. Menggulung perlak dan handuk | Rasional: Merapikan alat  | |

| | |
|--|---|
| <p>B. Membasuh Lengan</p> <p>24. Menurunkan selimut mandi ke bagian perut pasien</p> | <p>Rasional : Selimut diturunkan agar tidak membasahi kasur</p>  |
| <p>25. Memasang handuk besar di atas dada pasien secara melintang dan kedua tangan pasien diletakan di atas handuk</p> | <p>Rasional : Memasang handuk besar di atas dada saat memandikan tangan untuk mengamankan tempat tidur agar tidak basah</p>  |
| <p>26. Membasahi tangan klien dengan waslap air bersih, sabun lalu di bilas dengan air hangat (lakukan mulai extremitas terjauh klien)</p> | <p>Rasional : Membasahi tangan terjauh dari perawat dengan waslap basah untuk menghilangkan kotoran dan keringat memudahkan memandikan</p>  |
| <p>C. Membasuh Dada dan Perut</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>27. Melepas pakaian bawah klien dan menurunkan selimut hingga bagian bawah perut, kedua tangan diletakkan di atas bagian kepala, membentangkan handuk pada sisi klien</p> | <p>Rasional : Langkah memandikan sama disesuaikan urutan secara anatomi bagian dada dan perut</p>  |
| <p>28. Membasuh, dada, perut, ketiak dengan waslap basah, disabun lalu dibilas dengan air hangat, keringkan lalu tutup dengan handuk</p> | <p>Rasional: agar tubuh klien tampak bersih</p>  |
| <p>D. Membasuh punggung</p> <p>29. Memiringkan klien ke arah yang dekat dengan perawat dan bentangkan handuk dibelakang punggung hingga bokong</p> | <p>Rasional: Memudahkan perawat membersihkan area punggung klien</p>  |
| <p>30. Membasahi punggung hingga bokong dengan waslap, lalu disabun kemudian di bilas dengan air hangat dan keringkan</p> | <p>Rasional : Membasuh punggung selain membersihkan punggung dari kotoran dan keringat</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | |  |
| 31. Memberikan bedak/lotion pada punggung dan lakukan masagge | Rasional : <i>Massage</i> untuk melancarkan peredaran darah |  |
| 32. Memakaikan pakain/baju atas | Rasional : Agar nyaman |  |
| 33. Mengembalikan ke posisi telentang | Rasional : Posisi seperti semula senyaman mungkin | |

| | |
|---|--|
| |  |
| E. Membasuh kaki 35. Melepas pakaian bawah klien | Rasional : Melepas pakaian bagian bawah memudahkan untuk memandikan  |
| 37. Membentangkan handuk di bawah kaki, menekuk lutut | Rasional : Untuk melindungi kasur agar tidak basah  |
| 38. Membasahi kaki mulai dari pergelangan sampai pangkal paha disabun lalu di bilas dan dikeringkan | Rasional: agar tubuh klien bagian bawah bersih |

| | |
|---|--|
| |  |
| 39. Lakukan kaki yang terjauh dari perawat | <p>Rasional : Dikerjakan kaki terjauh dari posisi perawat untuk memudahkan perawat dalam memandikan pasien</p>  |
| F. Membasuh daerah lipat paha dan Genitalia 40. Membentangkan handuk dibawah bokong/pantat, selimut mandi bagian bawah dibuka | <p>Rasional : Membentangkan handuk untuk mengamankan kasur dari tetesan air mandi</p>  |

| | |
|--|---|
| 41. Membasahi lipat paha dan genetalia dengan air, disabun dibilas dan dikeringkan | <p>Rasional : Membasuh lipatan paha langkah terakhir dari mandikan, lipatan paha adalah daerah sensitive dan kotor jadi perlu dibersihkan dengan desinfektan (sabun)</p>  |
| 42. Mengangkat handuk, membantu mengenakan pakean bagian bawah klien | <p>Rasional : Setelah bersih angkat handuk dan rapihkan klien</p>  |
| 43. Merapihkan klien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur | <p>Rasional : Ganti selimut mandi dengan dengan selimut tidur selimut tidur yang bersih</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| |  |
| 44. Beri <i>reinforcement positif</i> | Rasional : Beri pujian yang positif atas kerjasamanya  |
| 45. Rapikan alat | Rasional : Perawat merapihkan alat  |
| 46. Cuci tangan | Rasional : Cuci tangan untuk memutuskan terjadinya infeksi |

| | |
|---|--|
| |  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 47. Evaluasi klien terhadap hasil kerja | <p>Evaluasi hasil kerja untuk mengetahui kepuasan klien</p>  |
| 48. Evaluasi kenyamanan klien | <p>Hasil kerja,mendapatkan data baru yang perlu penanganan lebih lanjut</p>  |

| | |
|---|--|
| 49. Catat kelainan yang ada pada klien 50. Dokumentasi tindakan dan hasil Tindakan | <p>Dokumentasi penting karena bukti kerja perawat</p>  |
| Sikap | |
| 51. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Hand hygiene sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan adalah protap kinerja perawat karena langkah memutus kan terjadinya infeksi nosocomial |
| 52. Melakukan tindakan dengan sistematis | Tindakan sistematis untuk memudahkan perawat bekerja |
| 53. Komunikatif dengan pasien | Komunikasi antara perawat dan klien adalah untuk menciptakan lingkungan yang nyaman |
| 52. Percaya diri | Menanamkan rasa percaya |

Daftar Pustaka

- Alman. 2016. Fundamental & Advanced Nursing Skill. Canada: Delmar Thompson, Learning
- Asmadi. 2018. Teknik prosedural keperawatan, konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien.
- Azis Alimun. 2016. Kebutuhan Dasar Manusia I. Jakarta: Salemba Medika. California: Addison Wesley.
- Buku Standar Operasional Prosedur PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI.
- Elkin, et al. 2013. Nursing Intervention and Clinical Skills. Second Edition.
- Fakultas Keperawatan Univ. Muhammadiyah Malang. (2013). Prosedur Pemeriksaan Jakarta: Salemba Medika. Kedokteran.
- Kozier, B. 2015. Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values.
- Pebrina, A. (2018). Pengkajian Dalam Proses Keperawatan
http://perpustakaan.unipa.ac.id/index.php?p=show_detail&id=32278
- Perry,at al. 2015. Keterampilan dan Prosedur Dasar. Jakarta: Kedokteran, EGC.
- Potter dan Perry. 2016. Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik. EGC,
- Tarwoto Wartonah. 2016. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2013. Modul Pembelajaran KDM. Malang.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2019. Panduan Praktek KDM. Jakarta: Salemba Medika.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

VULVA *HYGIENE*



VULVA HYGIENE

1. Definisi

Vulva hygiene terdiri dari dua kata, yaitu vulva dan hygiene. Vulva yang artinya lipatan kelamin bagian luar pada wanita dan hygiene luar (Hasanah et al., 2023). Vulva adalah struktur organ genetalia eksternal wanita yang meliputi labia majora kanan, labia majora kiri, labia minora kanan dan kiri serta vestibulum. Kesehatan reproduksi dapat dilakukan dengan cara menjaga dan memelihara kesehatan vagina (vulva).

Vulva hygiene merupakan sebuah tindakan membersihkan daerah kemaluan dan sekitarnya pada ibu post partum (Tukan et al., 2021). Vulva hygiene adalah memelihara kebersihan alat kelamin luar perempuan, bila alat reproduksi lembab dan basah, maka keasaman akan meningkat yang memudahkan pertumbuhan jamur (Adi et al., 2022). Kondisi seperti gatal-gatal di area vulva eksternal biasanya terjadi. Menjaga kebersihan organ kewanitaan dilakukan agar terhindar dari keputihan dan infeksi alat reproduksi.

2. Tujuan

Menurut Adi et al.,(2022) tujuan vulva hygiene sebagai berikut:

- a. Memberikan rasa nyaman pada pasien
- b. Mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva, perineum, maupun uterus
- c. Meningkatkan penyembuhan luka perineum atau jahitan perineum
- d. Menjaga kebersihan perineum dan vulva

3. Indikasi

Perawatan vulva dilakukan pada ibu post partum yang mengalami laserasi perineum dan episiotomi, pasien dengan immobilisasi fisik, pasien dengan menggunakan kateter (Rahayu, 2016).

4. Kontraindikasi

Tidak ada

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Hal yang perlu diperhatikan saat vulva hygiene menurut Chen et al., (2017) sebagai berikut:

- a. Vulva rentan terhadap dermatitis kontak. Berhati-hatilah untuk menghindari kontak dengan bahan iritan.
 - b. Gunakan cairan pencuci hipoalergenik dengan deterensi ringan dan pH 4,2 hingga 5,6.
 - c. Hindari sabun batangan dan sabun mandi busa, yang bersifat abrasif dan memiliki pH lebih basa.
 - d. Cairan berbahan dasar asam laktat dengan pH asam dapat meningkatkan homeostatis kulit dan telah terbukti bermanfaat pada vagina infeksi sebagai terapi tambahan tetapi bukan sebagai pengobatan.
 - e. Sering-seringlah mengganti pakaian dalam.
 - f. Ganti tampon dan pembalut, jangan menggunakan tampon dan pembalut hanya satu dalam sehari
 - g. Sebelum dan sesudah berhubungan intim, bersihkan vulva dari depan hingga belakang, terutama klitoris dan lipatan vulva.
 - h. Jangan membersihkan vulva secara berlebihan
 - i. Gunakan metode penghilangan bulu kemaluan yang aman dan berhati-hatilah untuk menghindari sensitivitas dan jaringan parut.
 - j. Cek kondisi celana atau pembalut, apabila kondisi dalam celana atau pembalut kotor dan berbau segera melakukan kebersihan vulva
 - k. Perawatan pasca persalinan harus mencakup pembersihan, pengeringan, dan penggunaan pembalut sesering mungkin jika diperlukan. Pertahankan kekeringan pada jahitan apa pun.
 - l. Jangan gunakan krim apa pun.
- m. Cuci tangan sebelum melakukan perawatan alat kelamin. Gunakan handuk terpisah.

6. Contoh Kasus

- 1) Seorang lansia, 60 tahun, diagnosis stroke, dirawat di RS hari ke 3. Pasien mengatakan tidak nyaman di daerah kemaluan yang terpasang kateter. Hasil pengkajian: vagina kotor, kateter urine kotor. Saat ini perawat akan melakukan perawatan kateterisasi urine, posisi pasien sudah diatur, perawat mencuci tangan dan memasang sarung tangan steril.
- Apakah langkah selanjutnya yang dilakukan perawat tersebut?
- a. Melap sirkuler pada selang kateter dari proksimal ke distal
 - b. Mengobservasi kondisi uretra dan kepatenan kateter
 - c. Membersihkan area labia minora satu kali usapan

- d. Mengusap area labia mayora satu kali usapan
- e. Menggosok area perineum satu kali usapan

Kunci Jawaban: C. Membersihkan area labia minora satu kali usapan

- 2) Seorang Perempuan, umur 30 tahun, P2A1 nifas hari ke 9, datang ke poli kandungan, mengeluh keluar cairan berbau dari vaginanya. Hasil pengkajian: TD 120/80mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, keluar cairan berwarna kuning, amis dari vagina. Apakah tindakan keperawatan yang harus segera dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium
 - b. Persiapan program anti kanker
 - c. Edukasi perawatan luka
 - d. Berikan nutrisi adekuat
 - e. Vulva Hygiene

Kunci jawaban: E. Vulva Hygiene

- 3) Seorang Perempuan, 30 tahun, P2A1, nifas hari ke 9, datang ke poli kandungan, mengeluh keluar cairan berbau dari vagina. Hasil pengkajian: TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, keluar bewarna kekuningan, amis dari vagina. Saat ini perawat sedang membersihkan vulva pasien, pada tahap membersihkan labia mayora kiri dan kanan dengan arah dari atas kebawah. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Bersihkan luka jahitan pada perinium dengan kapas basah NaCl 0,9%
 - b. Bersihkan bagian vestibulum, perineum dan anus
 - c. Keringkan labia mayora dengan waslap
 - d. Letakkan pengalas dibawah bokong
 - e. Posisikan bengkok dekatkan pasien

Kunci Jawaban: B. Bersihkan bagian vestibulum, perineum dan anus

7. Pembahasan soal kasus

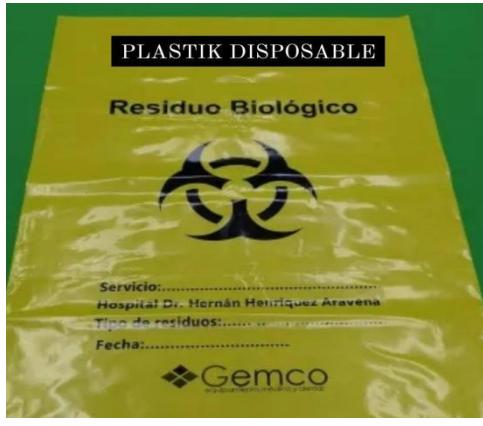
1. **Pembahasan:** Dalam perawatan kateter khususnya pada perempuan, perlu diperhatikan prosedur vulva hygiene karena langkah yang dilakukan setelah

perawat memasang sarung tangan steril yaitu vulva hygiene dengan langkah sebagai berikut:

- a. Membersihkan area mayora dengan prinsip satu kasa untuk satu kali usapan dari atas ke bawah
 - b. Membersihkan area minora dengan prinsip satu kasa untuk satu kali usapan dari atas ke bawah
 - c. Membersihkan area perineum dengan prinsip satu kasa untuk satu kali usapan dari atas ke bawah
 - d. Lalu dilanjutkan dengan usapan pada selang kateter yang dimulai dari proksimal ke distal kateter dengan gerakan sirkular sepanjang ± 10 cm.
2. **Pembahasan:** Vulva hygiene merupakan sebuah tindakan membersihkan daerah kemaluan dan sekitarnya pada ibu postpartum bila alat reproduksi lembab dan basah, maka keasaman akan meningkat yang memudahkan pertumbuhan jamur.
3. **Pembahasan:** Dalam prosedur vulva hygiene, perawat telah membersihkan labia mayora kiri dan kanan dengan arah dari atas ke bawah. Maka prosedur tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat sebagai berikut:
- a. Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan non dominan
 - b. Bersihkan labia mayora kiri dan kanan dengan arah dari atas kebawah. Gunakan masing masing satu kapas dengan satu usapan dan buang kapas dalam bengkok
 - c. Bersihkan bagian vestibulum, perineum dan anus dengan cara dari atas kebawah, kapas kotor diletakan pada bengkok.
 - d. Bersihkan luka jahitan pada perinium dengan kapas yang dibasahi dengan NaCl 0,9%
 - e. Keringkan labia mayora, vestibulum, perinium, dan anus menggunakan waslap

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi 1. Kaji keadaan vulva | Rasional : Menentukan sejauh mana perawatan vulva atau perineum yang diperlukan klien  |
| 2. Kaji apakah pasien menggunakan kateter atau tidak | Rasional : Pemasangan kateter sangat rentan terhadap transmisi organisme  |
| 3. Review catatan medis dokter | Rasional : Menentukan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien  |
| 4. Kaji kesiapan psikologis klien | Rasional : Menentukan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien |

| | |
|---|--|
| untuk dilakukan vulva <i>hygiene</i> |  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi 5. PERSIAPAN ALAT <i>(* = wajib ada)</i> | Rasional : Peralatan yang disiapkan untuk tindakan sesuai urutan penggunaan  |
| • Kapas* | Rasional : Kapas basah dengan NaCl 0.9 % atau air hangat, agar kotoran di area vulva perineum mudah terangat  |
| • Selimut mandi* | Rasional : Selimut mandi, untuk antisipasi, agar selimut pasien tidak kotor dan basah dari area yang kotor  |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Baskom berisi air hangat 41°C - 43°C^* | <p>Rasional : Baskom berisi air hangat , air hangat untuk membasahi kapas</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> Bengkok* | <p>Rasional : Bengkok untuk tempat pembuangan sementara untuk alat habis pakai seperti kapas yg bekas pakai, alat yang kotor seperti pinset</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> Plastik disposable | <p>Rasional : Plastik disposable untuk tempat membuang pembalut bekas pakai</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> Pengalas dan perlak * | <p>Rasional : Pengalas dan perlak, untuk mengalasi bokong pasien, agar laken/seprei pasien tidak basah jika ada air/kotoran yang bercer</p> |

| | |
|--|--|
| |  <p>PENGALAS/PERLAK</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Waslap* | <p>Rasional : Waslap untuk mengeringkan vulva</p>  <p>WASLAP</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Tissue | <p>Rasional : Tissue untuk mengeringkan vulva jika tidak ada waslap atau sebaliknya</p>  <p>TISSUE</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Handscoen* | <p>Rasional : Handscoen atau sarung tangan untuk mencegah sentuhan langsung cairan tubuh pasien ke tangan perawat</p> |

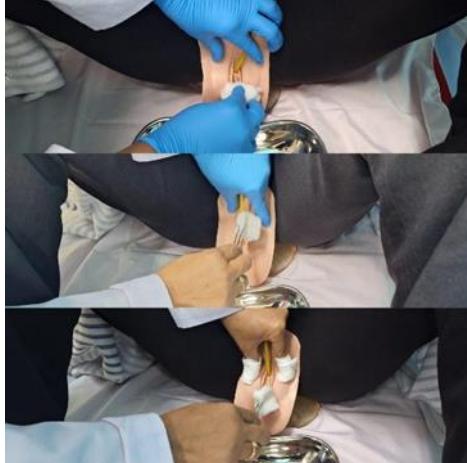
| | |
|---|---|
| |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pinset Anatomis | <p>Rasional : Pinset Anatomis sebagai alat pengganti. Jika sarung tangan hanya ada sebelah.</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tirai | <p>Rasional : Tirai untuk menjaga privasi pasien (pengganti dari jendela, pintu)</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • NaCl 0,9% | <p>Rasional : NaCl 0.9 % pengganti air hangat atau sebaliknya</p> |

| | | |
|------------------------|--|--|
| | |  |
| PERSIAPAN KLIEN | 6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien | Rasional : Membina hubungan saling percaya.  |
| | 7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | Rasional : Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau Tindakan  |

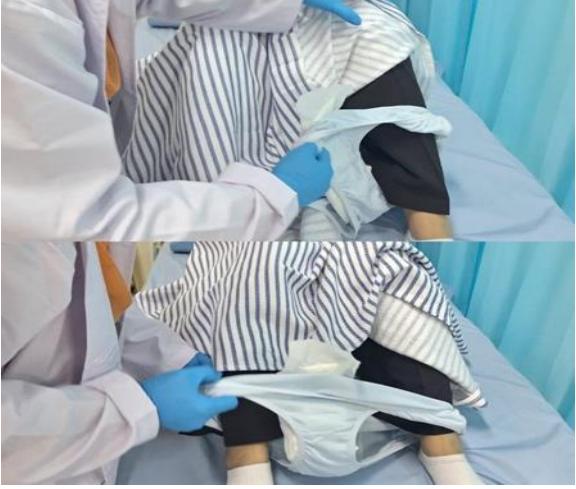
| | |
|---|--|
| 8. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) | Rasional : Membantu meminimalisasi kecemasan selama prosedur dilakukan  |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN 9. Jaga privasi klien (tutup tirai) | Rasional : Mempertahankan privasi klien  |
| 10. Atau turunkan penghalang tempat tidur | Rasional : Memudahkan dalam memberikan Tindakan  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| Fase Kerja 11. Cuci tangan | Rasional : Mengontrol dan mengurangi faktor pencetus infeksi dan bakteri |

| | | |
|--|--|--|
| | |  |
| 12. Posisikan klien dorsal recumbend | Rasional : Memberikan akses yang mudah terhadap genetalia |  |
| 13. Ganti selimut klien dengan selimut mandi. Pasang selimut mandi menutupi tubuh bagian bawah klien | Rasional : Mencegah bagian tubuh yang lain tampak dan mempertahankan kehangatan serta kenyamanan selama prosedur dilakukan |  |
| 14. Pasang pengalas dibawah bokong | Rasional : Agar kondisi tempat tidur tetap bersih |  |

| | |
|--|--|
| 15. Pakai handscoen | Rasional : Melindungi tangan jika terdapat kemungkinan kontak dengan cairan tubuh  |
| 16. Buka pakaian bagian bawah klien | Rasional : Membuka area perineum untuk aksesibilitas yang mudah  |
| 17. Letakan kapas pada baskom berisi air hangat dekat pasien | Rasional : Temperatur air yang sesuai mencegah luka bakar pada vulva atau perineum  |
| 18. Letakan bengkok di dekat pasien | Rasional : Memudahkan perawat saat melakukan Tindakan  |

| | |
|--|--|
| 19. Ambil kapas lembab | Rasional : Memudahkan perawat membersihkan area dalam saat membersihkan vulva pasien |
| |  |
| 20. Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan non dominan | Rasional : Mengurangi kesempatan transmisi organisme fekal ke meatus uretra |
| |  |
| 21. Bersihkan labia mayora kiri dan kanan dengan arah dari atas kebawah. Gunakan masing masing satu kapas dengan satu usapan dan buang kapas dalam bengkok | Rasional : Metode membersihkan dapat mengurangi transfer mikroorganisme ke saluran kemih |
| |  |
| 22. Bersihkan bagian vestibulum, perineum dan anus dengan cara dari atas kebawah, kapas kotor | Rasional : Mencegah terjadinya infeksi pada luka perineum |

| | |
|---|---|
| diletakan pada bengkok. |  |
| 23. Bersihkan luka jahitan pada perinium (jika ada) dengan kapas yang dibasahi dengan NaCl 0,9% | Rasional : Mencegah terjadinya infeksi pada luka perineum  |
| 24. Keringkan labia mayora, vestibulum, perinium, dan anus menggunakan waslap | Rasional : Kelembaban yang tertinggal di area genetalia dapat menjadi tempat berkumpulnya organisme  |
| 25. Kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi pasien | Rasional : Agar pasien merasa nyaman  |
| 26. Pasang kembali pakaian bawah klien | Rasional : Memberikan kenyamanan pasien |

| | | |
|--|--|--|
| | |  |
| 27. Ganti selimut mandi dengan selimut klien | Rasional : Agar selimut pasien tetap berish dan pasien merasa nyaman |  |
| 28. Lepaskan handscoen | Rasional : Mencegah terjadinya transmisi mikroorganisme |  |

| | |
|---|---|
| Fase Terminasi | Rasional : Reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien |
| 29. Beri <i>reinforcement positif</i> |  |
| 29. Rapikan alat | Rasional : Menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien  |
| 30. Cuci tangan | Rasional : Mengurangi faktor pencetus infeksi dan bakteri  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 32. Evaluasi klien terhadap perineum dan vagina | Rasional : Membantu dalam mendeteksi masalah infeksi, peradangan, ataupun luka |

| | |
|---|---|
| |  |
| 33. Evaluasi lochea jahitan pada perinium | Rasional : Membantu dalam mendeteksi masalah luka jahitan perineum  |
| 34. Evaluasi respon klien terhadap tindakan | Rasional : Meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan perawatan yang sesuai klien  |
| 35. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Rasional : Agar memberikan perawatan kesehatan dan memenuhi persyaratan kebutuhan informasi medis |

| | |
|---|--|
| | <p style="text-align: center;"><u>Dokumentasi Tindakan Vulva Hygiene</u></p> <p><i>S :</i> - Pasien merasa lebih nyaman secara keseluruhan - Pasien melaporkan bahwa gatal di area vulva telah berkurang setelah melakukan vulva hygiene yang benar</p> <p><i>O :</i> - Tidak ada tanda² luka atau lepuh - Area vulva tampak lebih normal dan tidak iritasi - Wajah klien tersenyum</p> |
| Sikap | |
| 36. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Rasional : Mengontrol dan mengurangi faktor pencetus infeksi dan bakteri  |
| 37. Melakukan tindakan dengan sistematis | Rasional : Membantu mengurangi kesalahan dan menghindari kerancuan dalam Tindakan  |
| 38. Komunikatif dengan pasien | Rasional : Agar tidak ada kesalahpahaman antar pasien dan perawat |

| | |
|------------------|--|
| |  |
| 39. Percaya diri | Rasional : Agar mengatasi rasa ketakutan dan kecemasan |

Daftar Pustaka

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, Pratiwi, E., Wulandari, B., Widyastuti, N., Putri, M., Ayu, B., Nur, A., & Kustanti, C. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan* (B. Wulandari, B. A. Dwi, & S. H. Purwanto (eds.)). Penerbit Lembaga Omega Medika. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Modul_Standar_Operasional_Prosedur/HJ1wEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Chen, Y., Bruning, E., Rubino, J., & Eder, S. E. (2017). Role of Female Intimate Hygiene in Vulvovaginal Health: Global Hygiene Practices and Product Usage. *Womens Health*, 13(3), 58–67. <https://doi.org/10.1177/1745505717731011>
- Hasanah, Z., Suprobo, N. R., & Fatmawati, E. (2023). *Organ Reproduksi Wanita* (M. B. Karo, Y. D. Lestari, & R. Putri (eds.)). Penerbit Rena Cipta Mandiri. <https://penerbit.renaciptamandiri.org/index.php/omp/catalog/view/108/457/293>
- Rahayu, A. P. (2016). *Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas*. Penerbit Deepublish. https://books.google.co.id/books/about/Panduan_Praktikum_Keperawatan_Maternitas.html?hl=id&id=3Tx9DQAAQBAJ&redir_esc=y
- Tukan, R. A., Parman, D. H., Paridah, Batu, Y., & Lukita, A. R. (2021). *Modul Praktik Laboratorium Keperawatan Maternitas*. Penerbit Adab.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MENGGOSOK GIGI



MENGGOSOK GIGI

1. Definisi

Menyikat gigi adalah tindakan untuk membersihkan gigi dan mulut dari sisa makanan yang bertujuan mencegah terjadinya penyakit pada jaringan keras maupun jaringan lunak di mulut. (Potter dan Perry, 2005 dalam Fitriyah, 2017).

Menjaga kebersihan gigi dan mulut sangatlah penting, karena kebersihan keduanya saling berkaitan. Membersihkan gigi harus memperhatikan pelaksanaan waktu, penggunaan alat dan cara yang tepat. Gigi yang berlubang menjadi tempat berkumpulnya sisa makanan yang membosuk dan timbulnya bakteri serta gas indol skatol sehingga menyebabkan bau mulut tak sedap.

2. Tujuan

- a. Gigi menjadi bersih dan sehat sehingga gigi tampak putih.
- b. Mencegah timbulnya karang gigi dan lubang gigi.
- c. Memberikan rasa segar pada mulut.
- d. Membersihkan plak, dan semua sisa-sisa makanan yang melekat pada permukaan gigi serta memijat gusi.

3. Indikasi

Menurut Andreas, 2019 indikasi dan kontra indikasi dalam menggosok gigi antara lain :

- a. Pasien yang mengalami demam tinggi atau hyper-pyrexia.
- b. Pasien yang tidak sadar.
- c. Pasien yang dietnya makanan cair atau yang tidak bisa makan pakai mulut atau menelan (NPO).
- d. Pasien dengan selang melalui hidung (nasal tubing).
- e. Pasien pasca operasi.
- f. Pasien dengan luka di mulut.
- g. Pasien yang mengalami dehidrasi
- h. Pasien yang bernapas melalui mulut.
- i. Pasien yang menjalani terapi oksigen.
- j. Pasien yang tidak tahu atau kurang tahu tentang kebersihan mulut.
- k. Pasien yang kurang motivasi tentang oral hygiene.
- l. Pasien yang produksi air liur dalam mulutnya menurun atau menghilang.

- m. Intervensi yang mengubah status oral.
- n. Status nutrisi yang buruk.
- o. Pasien yang mengalami gangguan kekebalan tubuh.
- p. Pasien penderita sakit mental.
- q. Pasien dengan kerusakan katup jantung.
- r. Pasien penderita gangguan darah.

4. Kontraindikasi

- a. Perhatikan perawatan mulut pada klien yang menderita penyakit diabetes dapat berisiko stomatitis
- b. Luka pada gusi, jika terlalu kuat membersihkannya

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

a. Memilih Sikat Gigi dan Pasta Gigi yang Tepat

Pastikan memilih sikat gigi dan pasta gigi yang tepat sebelum menyikat gigi. Misalnya, pilihlah sikat gigi dengan bulu sikat yang halus dan lembut. Penting pula untuk memilih sikat gigi yang memiliki ukuran kepala sikat yang sesuai dengan besar rongga mulut. Hal ini dilakukan agar bulu sikat dapat menjangkau seluruh permukaan gigi dengan baik serta menghindari risiko terjadinya perdarahan di dalam rongga mulut. Selain itu, jangan lupa untuk memilih pasta gigi yang benar dan mengandung fluoride guna membantu memperkuat enamel gigi serta mencegah risiko gigi berlubang. Dapat juga menggunakan pasta gigi yang mengandung bahan herbal, seperti ekstrak eucalyptus dan fennel untuk membantu menghilangkan bau mulut serta membasmi bakteri penyebab infeksi di dalam rongga mulut.

b. Mencuci Kepala Sikat

Mencuci kepala sikat sebelum dimasukkan ke dalam mulut untuk menyikat gigi sudah menjadi kebiasaan yang sering dilakukan oleh banyak orang. Hal ini mungkin penting dilakukan agar sikat gigi dalam kondisi bersih sebelum dimasukkan ke dalam mulut sehingga menurunkan risiko menyebarunya kuman dan bakteri. Namun, perlu diperhatikan bahwa saat mencuci kepala sikat gigi, harus mencuci secara sempurna. Bukan hanya bulu pada sikatnya saja yang dicuci, melainkan seluruh kepala sikat juga harus dicuci dengan bersih.

c. Perhatikan Posisi Sikat Gigi yang benar

Cara menyikat gigi yang benar berikutnya adalah dengan memperhatikan posisi sikat gigi di dalam rongga mulut. Posisikan bulu sikat gigi pada permukaan gigi di dekat tepi gusi dengan posisi sedikit miring, yaitu membentuk sudut 45 derajat. Jadi, bulu sikat gigi tersebut tidak menempel sepenuhnya pada permukaan gigi.

d. Gerakan Menyikat

Gerakan menyikat bisa dilakukan dengan gerakan apa saja yang penting bersih, namun sebaiknya lakukan gerakan naik turun untuk menyikat gigi. Hal ini dikarenakan gerakan menyikat gigi yang sembarangan dapat merusak email gigi. Sementara gerakan menyikat gigi naik dan turun tidak menyebabkan email gigi rusak. Menyikat gigi secara perlahan menjadi salah satu cara menyikat gigi yang benar dan perlu diperhatikan sebaik mungkin. Adapun durasi waktu yang disarankan untuk menyikat gigi dengan benar adalah selama 2 menit. Perlu diketahui, menyikat gigi terlalu keras dan terburu-buru justru berisiko mengikis lapisan pelindung gigi (enamel gigi) yang kerap menyebabkan gigi sensitif. Selain itu, menyikat gigi terlalu keras juga berisiko menyebabkan terjadinya gusi berdarah dan meradang.

e. Menggerakkan Sikat Gigi secara Melingkar

Cara menyikat gigi yang benar selanjutnya yaitu mulai menyikat gigi dari gigi depan atau gigi geraham dengan gerakan melingkar dan berlawanan arah jarum jam selama 20 detik. Pasalnya, gerakan melingkar ini dipercaya dapat membantu membersihkan plak atau kotoran yang berada di celah gigi dan gusi secara optimal. Setelah itu, sikatlah gigi bagian belakang sisi atas dan bawah dengan gerakan maju mundur secara perlahan. Lakukan teknik menyikat gigi tersebut secara menyeluruh hingga gigi bersih sepenuhnya. Untuk mengetahui apakah gigi sudah bersih atau belum, cobalah untuk meraba permukaan gigi menggunakan lidah. Jika permukaan gigi terasa halus, hal tersebut menandakan bahwa gigi telah bersih. Namun, apabila permukaan gigi masih terasa kasar, ini menandakan bahwa gigi masih belum bersih.

f. Membersihkan Permukaan Lidah

Setelah menyikat gigi dengan benar, bersihkan permukaan lidah menggunakan alat pembersih lidah khusus (*tongue scraper*) atau bagian belakang sikat gigi yang dilengkapi dengan pembersih lidah. Hal ini penting dilakukan untuk membasmi kuman atau bakteri penyebab bau mulut. Untuk melakukannya, sikatlah lidah dari pangkal lidah bagian dalam dan maju

secara perlahan ke arah depan dalam satu gerakan. Ulangi gerakan tersebut sebanyak 2–3 kali atau sampai permukaan lidah benar-benar bersih.

g. Menggunakan Benang Gigi dan Berkumur

Menggunakan benang gigi (*dental floss*) juga menjadi salah satu cara menjaga kebersihan mulut dan gigi yang penting untuk dilakukan. Pasalnya, *dental floss* dapat membantu membersihkan sisa-sisa kotoran di sela-sela gigi yang tidak bisa dijangkau oleh sikat gigi. Setelah menggunakan benang gigi, segera berkumur menggunakan air bersih untuk membilas sisa-sisa kotoran tersebut. Jika perlu, gunakan obat kumur yang tidak mengandung alkohol untuk membersihkan sisa kotoran pada rongga mulut secara optimal.

h. Berkumur dengan Bersih

Berkumur merupakan bagian terakhir dari proses menyikat gigi. Dalam berkumur, sebaiknya pastikan berkumur dengan bersih dan tidak ada sisa pasta gigi yang menempel. Anjuran untuk berkumur dengan bersih sangat penting, karena jika masih ada sisa pasta gigi yang menempel dan kondisi di dalam mulut masih kotor, maka dapat mempengaruhi keadaan gigi. Selain itu, tidak berkumur dengan bersih juga mengakibatkan gigi keropos dalam jangka waktu yang lama.

i. Sikat Gigi secara Rutin

Agar kesehatan gigi dan mulut tetap terjaga, penting bagi setiap individu untuk menyikat gigi secara rutin. Sebetulnya, berapa kali menyikat gigi dalam sehari yang disarankan? Idealnya, setiap individu perlu menyikat gigi sebanyak 2–3 kali dalam sehari. Namun, pastikan untuk tidak menggosok gigi terlalu sering karena hal tersebut justru bisa merusak enamel gigi serta menyebabkan gusi berdarah.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki berusia 30 tahun datang ke RSGM mengeluhkan gigi geraham kanan atas sakit berdenyut, rasa sakit bertambah jika minum air dingin. Pemeriksaan klinis ditemukan gigi karies, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80/menit, pernafasan 16/menit dan suhu 37,8°C. Ekspresi wajah sesekali meringis menahan sakit sambil memegangi pipi kanannya.

Apakah tindakan keperawatan utama yang harus di lakukan oleh perawat?

- a. identifikasi skala nyeri
- b. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

- c. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingkat nyeri
- d. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- e. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

Kunci Jawaban : E (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri)

7. Pembahasan soal kasus

Dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri maka perawat akan lebih mudah dalam memprioritaskan intervensi yang akan di berikan Kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri. Jika nyeri masih bisa di tolerir maka perawat bisa memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Namun jika nyeri sudah sangat hebat dan menganggu aktivitas pasien maka Tindakan selanjutnya adalah perawat Dapat berkolaborasi dengan tim Kesehatan lain untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian obat) dan mencegah pemicu terjadinya nyeri berulang.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya masalah mulut yang umum | <p>Rasional : kesehatan rongga mulut adalah keadaan rongga mulut, termasuk gigi geligi dan struktur jaringan pendukungnya bebas dari penyakit dan rasa sakit, berfungsi secara optimal</p>  |
| <ol style="list-style-type: none"> Kaji kemampuan pasien untuk memegang sikat gigi | <p>Rasional : Kemampuan memegang sikat gigi merupakan salah satu <i>kemampuan</i> yang penting dalam kegiatan menggosok gigi</p>  |
| <ol style="list-style-type: none"> Kaji risiko aspirasi pasien | <p>Rasional : Resiko aspirasi adalah suatu keadaan yang beresiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring benda cair atau padat kedalam saluran tracheobronchial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran nafas</p> |

| | |
|--|--|
| | |
| 4. Instruksikan pasien untuk tidak menggigit. Periksa integritas bibir, gigi, mukosa bukal, gusi, langit-langit, dan lidah | <p>Rasional : menggigit dapat menyebabkan keretakan dan gigi belubang dari waktu ke waktu.</p> |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) | <p>Rasional : alat pembersih untuk gigi yang untuk membersihkan tanpa menimbulkan luka pada mukosa mulut</p> |
| a) Sikat gigi | |
| b) Pasta gigi | <p>Rasional : mencegah bakteri berbahaya berkembang biak dan merusak gigi</p> |
| c) Gelas kumur berisi air hangat | <p>Rasional : Berkumur secara rutin membantu mengurangi sisa-sisa makanan, bakteri, dan plak gigi yang tersembunyi pada bagian mulut yang tidak terjangkau</p> |

| | |
|--|---|
| | |
| e) Handuk kecil/Tisu | Rasional : untuk mengeringkan mulut  |
| f) Baskom | Rasional : untuk membuang sisa air dan busa dalam mulut pasca menyikat gigi  |
| g) Chlorhexidine mouthwash (Jika diperlukan) | Rasional : membantu mencegah penimbunan plak pada gigi  |
| h) Madu (Jika diperlukan) | Rasional : Madu mengandung sifat antibakteri dan antijamur yang dapat membantu mencegah infeksi pada bibir yang terluka atau pecah-pecah  |
| i) Benang gigi | Rasional : untuk membersihkan kotoran atau sisa makanan di sela gigi.  |

| | |
|--|--|
| PERSIAPAN KLIEN | |
| a) Identifikasi pasien | <p>Rasional :</p> <p>Untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, serta untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien</p>  |
| b) Ucapkan salam dan perkenalkan diri | <p>Rasional :</p> <p>Dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah terbuka pada pasien dan hal ini diharapkan akan mendorong pasien untuk membuka dirinya.</p>  |
| c) Jelaskan prosedur kepada pasien dan diskusikan preferensi mengenai penggunaan alat bantu kebersihan | <p>Rasional :</p> <p>Membantu meminimalisir kecemasan selama prosedur dilakukan, membantu mendorong kerja sama serta memperjelas informasi yang diberikan pada pasien dan memberikan kesempatan untuk menanyakan pertanyaan tambahan.</p>  |

| | |
|---|--|
| d) Tempatkan peralatan di atas meja tempat tidur yang mudah dijangkau | <p>Rasional : memudahkan saat Melakukan prosedur Tindakan</p>  |
| e) Berikan posisi senyaman mungkin (Fowler/Semi Fowler) sesuaikan dengan kemampuan pasien. | <p>Rasional : Posisi duduk ini dilakukan bertujuan untuk mempertahankan serta meningkatkan kenyamanan dan memberikan ruang pada pernapasan pasien.</p>  |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN <ul style="list-style-type: none"> a) Jaga privasi klien (tutup tirai) | <p>Rasional : Menjaga kerahasiaan pasien dan Memberikan ketenangan dan kenyamanan pasien selama di rawat.</p>  |
| b) Atau turunkan penghalang tempat tidur | <p>Rasional : Memudahkan dalam memberikan Tindakan</p>  |

| Implementation (I) : Implementasi | |
|--|---|
| Fase Kerja 1) Cuci tangan. |  <p>Rasional : Mengontrol dan mengurangi faktor pencetus infeksi dan bakteri.</p> |
| 2) Gunakan sarung tangan bersih |  <p>Rasional : Mencegah terjadinya penyebaran kuman/alat pelindung diri mempertahankan prinsip bersih pada saat melakukan prosedur tindakan</p> |
| 3) Tempatkan handuk di atas dada pasien | <p>Rasional : Melindungi baju pasien dari percikan air sisa menggosok gigi</p>  |
| 4) Bantu oleskan pasta gigi ke sikat | <p>Rasional : membantu pasien agar lebih mudah dalam melakukan tindakan menggosok gigi</p>  |

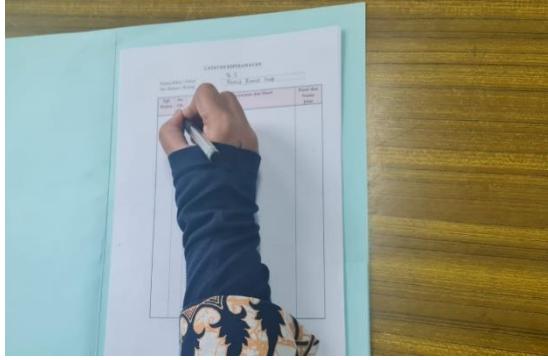
| | |
|--|---|
| 5) Pegang sikat di atas baskom | Rasional : Posisi siap untuk dibasahi oleh air sebelum kegiatan menggosok gigi dimulai |
| 6) Tuangkan sedikit air di atas pasta gigi | Rasional : Agar saat sikat gigi dibasahi oleh air, air tumpahannya akan jatuh ke dalam baskom, meminimalis kegiatan |
| 7) Pegang bulu sikat gigi pada sudut 45 derajat hingga garis gusi. | Rasional : dapat membantu dalam membersihkan gusi serta menghilangkan kotoran dengan lebih efektif |
| 8) Pastikan ujung bulunya menempel dan menembus garis gusi | Rasional : untuk menghilangkan plak dan kotoran makanan di sela-sela |

| | |
|--|--|
| 9) Sikat permukaan dalam dan luar gigi atas dan bawah dengan menyikat dari gusi ke mahkota setiap gigi. | <p>Rasional : Membersihkan sisa makanan, mencegah dan menghilangkan bau napas tak sedap atau bau mulut, mencegah lubang gigi atau karies, dan penyakit gigi dan gusi lainnya.</p>  |
| 10) Bersihkan permukaan gigi dengan memegang bagian atas bulu sejajar dengan gigi dan menyikat maju dan mundur dengan lembut, Sikat sisi gigi dengan menggerakkan bulu ke depan dan ke belakang. | <p>Rasional : memperlancar peredaran darah pada gusi dan mukosa oleh karena mekanisme memijat dengan bulu sikat</p>  |
| 11) Minta pasien memegang sikat pada sudut 45 derajat, sikat ringan pada permukaan dan sisi lidah. | <p>Rasional : Membersihkan lidah untuk menghilangkan timbunan bakteri, jamur, sel mati dan sisa makanan pada permukaan lidah</p>  |
| 12) Biarkan pasien membilas mulut dengan beberapa teguk air, berkumur ke permukaan gigi dan membuangnya ke dalam baskom. |  |

| | |
|--|--|
| | Rasional : Berkumur secara rutin membantu mengurangi sisa-sisa makanan, bakteri, dan plak gigi yang tersembunyi pada bagian mulut yang tidak terjangkau |
| 13) Biarkan pasien berkumur menggunakan chlorhexidine mouthwash (jika diperlukan) |  <p>Rasional : Dapat bantu mengurangi masalah gusi dan mengurangi bau mulut</p> |
| 14) Membantu menyeka mulut pasien dengan handuk/tisu |  <p>Rasional : mengeringkan sisa-sisa air pasca menggosok gigi dan memberikan rasa nyaman pada pasien</p> |
| 15) Biarkan pasien untuk membersihkan gigi dengan benang. Gunakan benang di antara semua gigi. Pegang benang pada gigi sambil menggerakkannya ke atas dan ke bawah pada sisi gigi dan di bawah garis gusi. |  <p>Rasional : membantu membersihkan kotoran atau sisa makanan di sela gigi.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>16) Biarkan pasien membilas mulut secara menyeluruh dengan air dan meludahkannya ke baskom. Membantu membersihkan mulut pasien.</p> |  | <p>Rasional : Berkumur secara rutin membantu mengurangi sisa-sisa makanan, bakteri, dan plak gigi yang tersembunyi pada bagian mulut yang tidak terjangkau</p> |
| <p>17) Oleskan madu pada bagian mulut yang mengalami luka. (jika ada)</p> |  | <p>Rasional : pemberian madu mengandung sifat antibakteri dan antijamur yang dapat membantu mencegah infeksi pada bibir yang terluka atau pecah-pecah</p> |
| <p>Fase Terminasi</p> <p>1) Beri <i>reinforcement positif</i></p> |  | <p>Rasional : Memberikan konsekuensi yang menyenangkan pada pasien sehingga perilaku tersebut dilakukan lagi.</p> |
| <p>2) Rapihkan alat, lepaskan sarung tangan yang kotor dan lakukan kebersihan tangan.</p> |  | <p>Rasional :</p> |

| | |
|---|---|
| | Membersihkan alat, merapihkan alat dan mengembalikan pada tempatnya |
| 3) Atur kembali posisi pasien senyaman mungkin |  <p>Rasional : mempertahankan serta meningkatkan kenyamanan dan memberikan ruang pada pernapasan pasien</p> |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| a) Evaluasi keadaan, kenyamanan dan respon pasien selama tindakan | <p>Rasional :</p> <p>Evaluasi tindakan dapat mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien</p>  |
| b) Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | <p>Rasional :</p> <p>Pencatatan dimaksudkan untuk pendokumentasian keperawatan yang bertujuan untuk memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan membandingkan dengan hasil akhir setelah diberikan intervensi</p> |

| | |
|--|--|
| |  |
| Sikap | |
| a) Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Rasional : Salah satu tindakan untuk memutuskan mata rantai kuman, untuk menjaga kebersihan, mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan mengurangi transmisi mikroorganisme.  |
| b) Melakukan tindakan dengan sistematis | Rasional : Tindakan yang tersusun dan terarah sesuai dengan pedoman yang ditetapkan dapat dilakukan sesuai urutannya |
| c) Komunikatif dengan pasien | Rasional : Membantu meminimalisir kecemasan selama prosedur dilakukan, membantu mendorong kerja sama serta memperjelas informasi yang diberikan pada pasien.  |

| | |
|-----------------|---|
| d) Percaya diri | Rasional : Sikap percaya diri memberi keyakinan pada klien bahwa perawat siap dan mampu membantu klien.  |
|-----------------|---|

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, U. D. M. 2019 Gambaran Perilaku Menyikat Gigi serta Kebersihan Gigi dan Mulut Siswa Kelas V SDN 17 Kesiman Tahun 2019. Karya Tulis Ilmiah, Poltekkes Kemenkes Denpasar
- Andreas T. (2019). Indikasi dan kontra indikasi menggosok gigi. <https://palmerah.implantgigi.com/insight/indikasi-dan-kontraindikasi-oral-hygiene>.
- Apri U.P.S, Siti K. (2019). Pengaruh Cara Menggosok Gigi Terhadap Karies Gigi Anak Kelas Iv Di Sdn Satria Jaya 03 Bekasi. <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/SEMNASFIP/index>.
- Dokter Sehat. (2022). Hal yang Harus Diperhatikan Saat Menggosok Gigi. <https://www.bantennews.co.id/hal-yang-harus-diperhatikan-saat-menggosok-gigi/>.
- Fitriyah, (2017). Pengaruh sikap dan perilaku anak usia sekolah terhadap pendidikan Kesehatan dan cara menggosok gigi. https://repository.umsurabaya.ac.id/89/3/BAB_II.pdf
- Lilian M. (2019). Personal Hygiene – Oral Hygiene. <https://lilianmarantina.blogspot.com/2019/08/personal-higiene-oral-hygiene.html>.
- Potter, P.A, Perry, A.G. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk. Jakarta:EGC. 2005
- Siloam Hospital. (2023). Cara Menyikat Gigi yang Benar, Ini Langkah-Langkahnya!. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/cara-menyikat-gigi-yang-benar>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Edisi 1 Cetakan 3 (Revisi). Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2021. Standar Prosedur Operasional Keperawatan Edisi 1 Cetakan 3 (Revisi). Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MENCUCI RAMBUT



MENCUCI RAMBUT

1. Definisi

Merawat Rambut merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan untuk mencuci dan menyisir rambut. (Dherlirona, 2022). Mencuci rambut adalah tindakan menghilangkan kotoran rambut dari kulit kepala dengan menggunakan sampo atau sabun. (ASASKI, 2017). Kesimpulannya tindakan kebutuhan kebersihan diri (Mencuci Rambut) pasien selama perawatan di Rumah Sakit.

2. Tujuan

Tujuan dari mencuci rambut adalah :

- a. Menghilangkan mikroorganisme kulit kepala
- b. Menambah rasa nyaman
- c. Membasmi kutu atau ketombe yang melekat pada kulit
- d. Memperlancar sistem peredaran darah di bawah kulit

3. Indikasi

Indikasi yang dapat terjadi dari mencuci rambut adalah :

- a. Klien dalam keadaan bed rest total
- b. Klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan untuk mencuci dan menyisir rambut
- c. Klien yang akan menjalani operasi
- d. Klien yang rambutnya kotor

4. Kontraindikasi

Kontraindikasi dari tindakan mencuci rambut adalah :

- a. Klien yang mengalami trauma/cedera kepala berat
- b. Adanya lesi dan ketidaknormalan di kulit kepala
- c. Integritas kulit kepala terganggu dengan adanya parasit

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Tindakan perlu di perhatikan dari mencuci rambut adalah :

- a. Perhatikan keadaan umum klien selama mencuci rambutnya
- b. Untuk mengeringkan rambut bisa memakai hairdryer
- c. Air di ember harus dibuang bila hampir penuh

- d. Harus mengganti pakaian klien yang kotor atau basah
- e. Harus bekerja dengan teliti agar klien dan sekitar tidak basah
- f. Apabila saat mencuci rambut, anda menemukan luka di kulit klien maka yang anda lakukan adalah sebagai berikut Langkah pertama yang harus dilakukan adalah cuci tangan terlebih dahulu sebelum melakukan perawatan luka, untuk menghindari infeksi. Setelah itu, baru lakukan beberapa hal berikut ini
 - 1) Perdarahan pada goresan dan luka ringan biasanya akan berhenti sendiri. Jika tidak, beri tekanan lembut pada luka dengan kain yang bersih.
 - 2) Bilas luka dengan air bersih dan mengalir. Sekitar luka boleh dibersihkan dengan sabun. Pada area luka disabun dengan sabun khusus misalnya sabun bayi, untuk menghindari iritasi.
 - 3) Jika masih ada kotoran atau benda yang tertancap pada luka setelah dibersihkan, gunakan pinset steril untuk mencabutnya. Jika masih ada yang tertancap, laporan ke dokter agar dapat dilakukan pembersihan luka secara menyeluruh, guna mengurangi risiko infeksi dan tetanus.
 - 4) Tidak perlu menggunakan cairan hidrogen peroksida atau larutan antiseptik yang mengandung iodine, karena dapat menimbulkan iritasi pada luka.
 - 5) Oleskan krim atau salep antibiotik untuk membantu menjaga permukaan kulit tetap lembap. Obat ini memang tidak membuat luka cepat sembuh, tapi bisa mencegah infeksi sehingga proses penyembuhan luka dapat berjalan dengan baik. Namun jika muncul ruam pada kulit, segera hentikan penggunaan salep.
 - 6) Perban luka untuk menjaganya tetap bersih dan terhindar dari bakteri. Jika luka atau goresannya kecil, tidak perlu diperban.

6. Contoh Kasus

- 1) Seorang perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang anak 14 tahun belum bisa berjalan, anak juga belum bisa mengucapkan kalimat sederhana seperti mama dan papa. Ibu mengatakan, perkembangan anaknya jauh tertinggal jika dibandingkan dengan anak tetangganya yang seusia anaknya. Namun keluarga tidak berusaha membantu melatih anaknya.
Apakah fungsi kesehatan yang terganggu pada keluarga tersebut?
 - a. Merawat pasien

- b. Mengenal masalah
- c. Mengambil keputusan
- d. Memodifikasi lingkungan
- e. Memanfaatkan pelayanan kesehatan

Jawaban : A. Merawat pasien

2) Seorang laki – laki usia 31 tahun dirawat di Rumah Sakit karena perut terasa nyeri dengan skala nyeri sedang, pasien di rawat hampir 3 minggu mengeluh kepala gatal – gatal, rambut kusam, kering dan tidak nyaman dengan dengan kondisi rambut nya saat ini.

Apakah Intervensi keperawatan yang tepat pada pasien tersebut?

- a. Manajemen pengobatan
- b. Manajemen nutrisi
- c. Manajemen nyeri
- d. Latihan memori
- e. Mencuci rambut (personal hygiene)

Jawaban : E. Mencuci rambut (personal hygiene)

3) Seorang laki-laki yang berusia 79 tahun di panti werdha sudah 3 bulan yang ditempatkan di Ruang Isolasi. Pasien mengeluhkan tidak nyaman dengan Kondisi tubuh nya saat ini pasien mengatakan lemah, bau badan, rambut kusam, rambut kotor, bau rambut nya, gatel – gatel dan tidak dibersihkan 3 hari.

Apakah diagnosa keperawatan yang muncul dari kasus diatas?

- a. Intoleransi aktifitas
- b. Defisit perawatan diri makan
- c. Defisit perawatan diri cuci rambut (*Personal Hygiene*)
- d. Defisit perawatan diri eliminasi
- e. Defisit perawatan diri berpakaian

Jawaban : c. Defisit perawatan diri cuci rambut

7. Pembahasan Soal Kasus

- a. Data fokus, anak (13 bulan) belum bisa berjalan, anak juga belum bisa mengucapkan kalimat sederhana. Ibu mengetahui Keluarga tidak berusaha membantu melatih anaknya. Fungsi kesehatan keluarga yang

terganggu pada kasus adalah kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

- b. Kondisi pasien dari data di atas terlihat jelas bahwa pasien sudah di rawat hampir 3 minggu dan terdapat data bahwa pasien ngeluh gatal – gatal, rambut kusam, kering dan pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi rambut nya saat dirawat di Rumah Sakit
- c. Kondisi tubuh lemah, bau badan, rambut kusam, rambut kotor, bau rambut nya, gatel – gatel dan tidak dibersihkan 3 hari.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi data klien (mencakup fisik dan psikologi) dan kebutuhan / indikasi pasien | Rasional : Mengetahui kondisi klien saat memulai tindakan <i>personal hygiene</i> secara fisik atau psikologi dengan tujuan lebih mudah melakukan Tindakan  |
| 2. Cuci tangan | Rasional : |

| | |
|---|---|
| |  |
| 3. Menyiapkan alat | <p>Rasional : sebelum melakukan tindakan wajib mempersiapkan alat dan tindakan dengan tujuan tidak bolak balik mengambil alat saat Tindakan</p>  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi | |
| 4. Persiapan Alat (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • 2 Handuk besar | Rasional: Untuk mengganjal bagian leher belakang klien  |
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 Handuk Kecil | Rasional: untuk mengeringkan rambut klien |

| | |
|---|---|
| |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sampo | Rasional: Untuk membersihkan kulit kepala dan rambut klien  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gayung | Rasional: untuk mengambil air di ember  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Celemek | Rasional: Untuk melindungi pakaian perawat agar tidak basah |

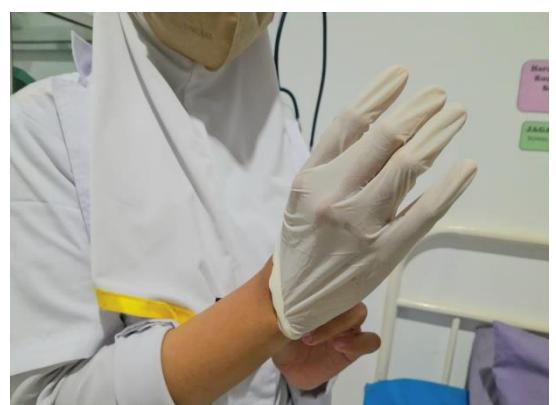
| | |
|---|---|
| |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 Ember besar | <p>Rasional: untuk menampung air</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 Sisir | <p>Rasional: Untuk menyisir rambut klien agar tidak kusut</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Selimut mandi | <p>Rasional: Menutup bagian tubuh klien</p> |

| | |
|--|--|
| |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Talang air (perlak) | <p>Rasional: Untuk mengalirkan air ke ember</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tambahan (Sarung tangan, H2O2 bila perlu) | <p>Rasional: Untuk melindungi tangan perawat dari kotoran</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 Kassa dan kapas penutup mata dan telingah pada tempatnya | <p>Rasional: Untuk menghindari masuknya air</p> |

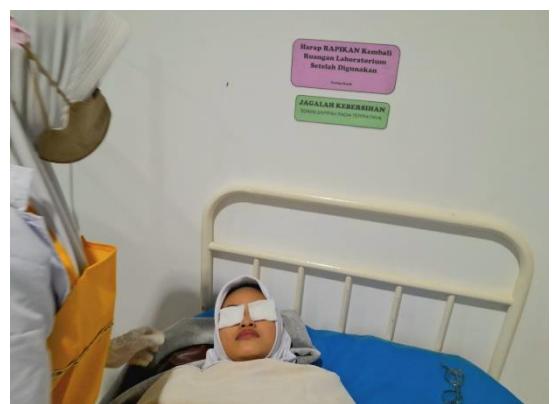
| | |
|---|--|
| |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • 1 Bengkok | Rasional: Untuk membuang sampah kecil  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sampiran | Rasional : menjaga privasi klien  |
| Persiapan Klien 1. Membantu dan menjelaskan kepada klien tentang tindakan yang akan dilakukan | Rasional: agar klien tau prosedur pelaksanaannya |

| | |
|--|---|
| |  |
| 2. Menutup pintu dan jendela | Rasional: Menjaga privasi klien  |
| 3. Kaji jenis shampo, kontra indikasi dan atur posisi | Rasional: agar mengetahui adanya alergi atau tidak pada klien  |
| Persiapan Lingkungan 1. Jaga privasi klien (tutup tirai) | Rasional: Menjaga privasi klien |

| | |
|--|---|
| |  |
| 2. Turunkan penghalang tempat tidur | Rasional: memudahkan perawat dalam pelaksanaan  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| Fase Kerja 1. Cek alat | Rasional: mengetahui kelengkapan alat  |

| | |
|---|---|
| <p>2. Jelaskan tujuan, lengkah dan prosedur pada klien</p> | <p>Rasional: agar klien mengetahui prosedur pelaksanaan</p>  |
| <p>3. Cuci tangan</p> | <p>Rasional: menjaga kebersihan sebelum melakukan tindakan</p>  |
| <p>4. Pasang sarung tangan</p> | <p>Rasional: menjaga tangan perawat dari kotoran yang menempel</p>  |

| | |
|--|---|
| <p>5. Atur posisi klien terlentang dengan kepala dan bahu pada ujung atas tempat tidur, letakan perlak di bawah kepala, pastikan masuk ke ember (<u>Senyaman pasien</u>)</p> | <p>Rasional: memudahkan perawat dalam tindakan mencuci rambut klien</p>   |
| <p>6. Letakan handuk gulung di bawah leher dan handuk di sepanjang bahu (handuk kecil)</p> | <p>Rasional: agar klien merasa lebih nyaman</p>  |

| | |
|---|--|
| 7. Sisir rambut <u>sebelum</u> tindakan | <p>Rasional: agar lebih mudah dalam tindakan mencuci rambut</p>  |
| 8. Anjurkan pasien memegang penutup mata dan menutup telingah dengan kassa dan kapas | <p>Rasional: agar tidak ada air yang masuk</p>  |
| 9. Siram dengan air bersih (air hangat) rambut pasien dan kasih sampo (ditanyakan sebelumnya apakah pasien punya sampo sendiri) | <p>Rasional: agar klien lebih relaks dan lebih bersih</p>  |

| | |
|---|--|
| <p>10. Gosok – gosok hingga berbusa dengan tangan, kerjakan dari arah belakang leher hingga ke depan. Angkat kepala sedikit dengan satu tangan untuk mencuci bagian belakang (<u>masase</u> kulit kepala)</p> | <p>Rasional: memastikan bahwa rambut klien sudah bersih</p>  |
| <p>11. Bilas dengan air bersih (air hangat)</p> | <p>Rasional: menghilangkan busa dari rambut klien</p>  |
| <p>12. Kepala diangkat dan diberi alas handuk dan perlak dipindahkan ke ember, selanjutnya rambut dikeringkan</p> | <p>Rasional: mengeringkan rambut klien</p>  |

| | |
|--|---|
| 13. Kapas penutup lubang telingah dan mata diangkat, lalu diletakkan dalam bengkok | <p>Rasional: menjaga kebersihan lingkungan klien</p>  |
| 14. Sisir rambut <u>sesudah</u> tindakan dan keringkan rambut dengan pengering (<u>bila ada</u>) | <p>Rasional: agar klien tampak lebih rapi</p>  |
| 15. Atur kembali klien | <p>Rasional: agar klien lebih nyaman</p>  |

| | |
|--|---|
| 16. Bereskan alat | <p>Rasional: menjaga kerapuhan lingkungan klien</p>  |
| 17. Cuci tangan | <p>Rasional: menjaga kebersihan setelah melakukan tindakan</p>  |
| 18. Dan Evaluasi klien (catat apa yang sudah dilakukan | <p>Rasional: mengetahui bahwa klien sudah nyamaan atau belum</p>  |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Fase Terminasi | |
| 19. Beri <i>reinforcement positif</i> | Rasional: agar klien lebih nyaman  |
| 20. Rapikan alat | Rasional: menjaga kerapuhan lingkungan klien  |
| 21. Cuci tangan | Rasional: menjaga kebersihan setelah kontak dengan klien |

| | |
|---|--|
| |  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi klien terhadap mencuci rambut 2. Evaluasi tindakan 3. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 4. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan |  |
| Sikap | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan keadaan umum klien 2. Hindari kelelahan klien selama dilakukan perawatan 3. Hindari mata, hidung, telinga dari air dan sampo 4. Kerjakan dengan <i>efektif</i> dan <i>efesien</i> 5. Komunikatif dengan klien 6. Hati – hati |  |

Daftar Pustaka

Dherlirona. 2022. **Standar Operasional Keperawatan**. Mitra Cendekia Media. Solok

Eliana dkk. 2021. **Buku Latihan Soal Uji Kompetensi Keperawatan**. The Journal Publishing (Anggota IKAPI). Yogyakarta

TIM ASASKI. 2017. **Buku Panduan Praktikum 18 Kompetensi Asisten Keperawatan**. In Media. Bogor.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MENYISIR RAMBUT PASIEN DI TEMPAT

TIDUR



MENYISIR RAMBUT PASIEN DI TEMPAT TIDUR

1. Definisi

Menyisir rambut adalah suatu tindakan mengatur rambut agar rapi dengan menggunakan sisir pada pasien yang tidak dapat menyisir sendiri. (Mubarak, 2019).

2. Tujuan

- a. Memberikan kepercayaan diri pada pasien dan memberikan rasa nyaman
- b. Memelihara rambut agar tetap bersih, rapih dan sehat
- c. Merangsang peredaran darah pada kulit kepala
- d. Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme pada rambut

3. Indikasi

- a. Pasien immobilisasi
- b. Pasien diaforesis
- c. Pasien tidak sadar

4. Kontraindikasi

- a. Pasien dengan peningkatan tekanan intra kranial
- b. Pasien dengan insisi terbuka di daerah muka, leher dan kepala
- c. Pasien yang terpasang trakeostomi
- d. Pasien dengan distres pernapasan
- e. Pasien yang mengalami cedera kepala hebat

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Jika rambut klien khusus, olesi terlebih dahulu dengan air atau minyak dan uraikan dengan tangan. Jika tidak bisa dirapihkan sama sekali, dengan persetujuan klien potong rambut.
- b. Jika ada kutu, ketombe atau rambut yang rontok berlebihan, lapor kepada kepala ruangan atau dokter.
- c. Sisir rambut dengan hati-hati agar tidak menyakiti/melelahkan klien. Caranya dengan memegang rambut di atas bagian yang akan disisir.
- d. Sebaiknya setiap pasien memiliki sisir sendiri.
- e. Sikap sopan terhadap pasien dan bekerja dengan hati-hati agar tidak melelahkan dan menyakiti klien.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, berusia 30 tahun dirawat di ruang penyakit bedah sejak tujuh hari yang lalu dengan stroke. Hasil pengkajian didapatkan data ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan tidak dapat digerakkan secara aktif, kesadaran compos mentis. Tekanan Darah 185/100 mmHg, Nadi 85 x/menit, Suhu 37,8°C, pernafasan 20 x/menit. Rambut klien tampak berantakan dan kusut.

Apa yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut diatas ?

- a. Memandikan
- b. Melatih ROM
- c. Menyisir rambut
- d. Melakukan keramas
- e. Melatih miring kanan dan kiri

Jawaban : C

7. Pembahasan soal kasus

Pada kasus diatas data pendukung untuk dilakukannya prosedur menyisir rambut sudah jelas yaitu pasien dalam kondisi immobilisasi berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan tidak dapat digerakkan secara aktif, kesadaran compos mentis, tekanan darah 185/100 mmHg, Nadi 85 x/menit, Suhu 37,8°C, pernafasan 20 x/menit rambut klien tampak berantakan dan kusut.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kesadaran pasien |  |
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Kaji kondisi fisik pasien | <p>Rasional :</p> <p>Mengkaji kesadaran dan kemampuan pasien dalam pelaksanaan prosedur.</p>  <p>Rasional :</p> <p>Mengkaji kekuatan dan kemampuan pasien dalam pelaksanaan prosedur.</p> |

| | |
|---|---|
| 3. Review catatan medis dokter |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Untuk mengetahui kondisi fisik pasien.</p> |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi <p>4. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handuk* |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Handuk digunakan untuk mencegah supaya pakaian pasien tidak kotor oleh rambut atau kotoran rambut.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sisir* |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Digunakan untuk merapihkan rambut pasien.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Sarung tangan* |  | |
| | <p>Rasional :</p> <p>Melindungi perawat dari infeksi nosokomial.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> Minyak rambut* |  | |
| | <p>Rasional :</p> <p>Melicinkan rambut agar mudah pada saat disisir.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> Bengkok* |  | |
| <p>Rasional :</p> <p>Sebagai wadah atau tempat alat/bahan yang sudah digunakan setelah pelaksanaan prosedur.</p> | | |
| PERSIAPAN KLIEN | | |

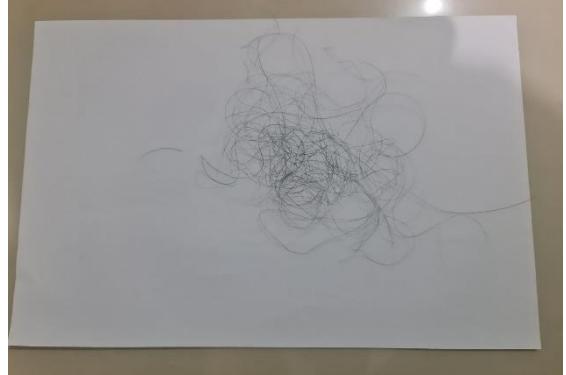
| | |
|-------------------------|--|
| 5. Ucapkan salam |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Komunikasi terapeutik diterapkan oleh perawat dalam berhubungan dengan pasien untuk meningkatkan rasa saling percaya,</p> |
| 6. Perkenalkan diri |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah terbuka pada pasien dan hal ini diharapkan akan mendorong pasien untuk membuka dirinya.</p> |
| 7. Cek identitas pasien |  |

| | |
|---|--|
| | <p>Rasional :</p> <p>Untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, serta untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien</p> |
| 8. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan |  <p>Rasional :</p> <p>Membantu meminimalisir kecemasan selama prosedur dilakukan, membantu mendorong kerja sama serta memperjelas informasi yang diberikan pada pasien dan memberikan kesempatan untuk menanyakan pertanyaan tambahan.</p> |
| 9. Minta pasien untuk duduk (jika memungkinkan) |  <p>Rasional :</p> <p>Memudahkan pada saat dilakukannya prosedur menyisir rambut pada pasien.</p> |

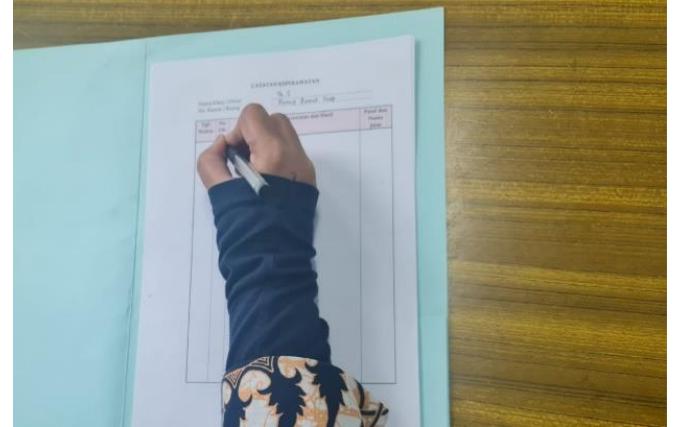
| | |
|---|---|
| <p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>10. Jaga privasi pasien (tutup tirai)</p> |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Mencegah orang lain untuk melihat pasien pada saat dilakukan suatu prosedur.</p> |
| <p>11. Atau turunkan penghalang tempat tidur</p> |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Memudahkan perawat pada saat melakukan prosedur.</p> |
| <p>Implementation (I) : Implementasi</p> | |
| <p>Fase Kerja</p> <p>12. Perawat cuci tangan</p> |  |

| | |
|--|--|
| | <p>Rasional :</p> <p>Salah satu tindakan untuk memutuskan mata rantai kuman, untuk menjaga kebersihan, mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan mengurangi transmisi mikroorganisme.</p> |
| 13. Pakai sarung tangan |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Mencegah infeksi nosokomial.</p> |
| 14. Minta pasien untuk duduk (jika memungkinkan) |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Memudahkan pada saat dilakukannya prosedur menyisir rambut pada pasien.</p> |
| 15. Letakan handuk di atas bahu (bila pasien duduk), |  |

| | |
|---|---|
| | <p>Rasional :</p> <p>Menghindari rambut atau kotoran rambut mengotori pakaian pasien.</p> |
| Atau letakan handuk di bawah kepala jika posisi pasien berbaring. |  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Menghindari rambut atau kotoran rambut mengotori pakaian pasien.</p> |
| 16. Oleskan minyak rambut |   <p>Rasional :</p> |

| | |
|--|---|
| | Melicinkan rambut pasien sehingga memudahkan pada saat disisir. |
| 17. Sisir sedikit demi sedikit dari ujung hingga ke pangkal |  <p>Rasional : Merapihkan rambut pasien dan mengatasi jika ada rambut yang kusut.</p> |
| 18. Kumpulkan rambut yang rontok dan bungkus dengan kertas |  <p>Rasional : Supaya rambut pasien yang rontok tidak bertebaran kemana mana.</p> |
| Fase Terminasi 19. Beri <i>reinforcement positif</i> |  |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>Rasional :</p> <p>Memberikan konsekuensi yang menyenangkan pada pasien sehingga perilaku tersebut dilakukan lagi.</p> |
| 20. Rapikan alat | <p>Rasional :</p>  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Membersihkan alat, merapihkan alat dan mengembalikan pada tempatnya.</p> |
| 21. Cuci tangan | <p>Rasional :</p>  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Salah satu tindakan untuk memutuskan mata rantai kuman, untuk menjaga kebersihan, mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan mengurangi transmisi mikroorganisme</p> |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |

| | |
|--|---|
| 22. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan |  |
| 23. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | <p>Rasional :</p> <p>Evaluasi tindakan dapat mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien</p>  |
| | <p>Rasional :</p> <p>Pencatatan dimaksudkan untuk pendokumentasian keperawatan yang bertujuan untuk memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan membandingkan dengan hasil akhir setelah diberikan intervensi</p> |

| Sikap | |
|---|---|
| 24. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan |  <p>Rasional : Salah satu tindakan untuk memutuskan mata rantai kuman, untuk menjaga kebersihan, mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan mengurangi transmisi mikroorganisme</p> |
| 25. Komunikatif dengan pasien |  <p>Rasional : Membantu meminimalisir kecemasan selama prosedur dilakukan, membantu mendorong kerja sama serta memperjelas informasi yang diberikan pada pasien.</p> |

26. Percaya diri



Rasional :

Sikap percaya diri memberi keyakinan pada klien bahwa perawat siap dan mampu membantu klien.

Daftar Pustaka

Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2019. Buku ajar ilmu keperawatan dasar. Jakarta : Salemba Medika.

Potter, Patricia A & Perry, Anne G. 2016. Fundamental keperawatan. Buku 2 Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MERAWAT DAN MEMOTONG KUKU



MERAWAT DAN MEMOTONG KUKU

1. Definisi

Mengidentifikasi dan melakukan perawatan kuku agar bersih dan sehat serta tidak mengalami lesi kulit akibat perawatan kuku yang tidak tepat (PPNI, 2021).

2. Tujuan

- a. Menjaga integritas kulit kaki
- b. Mencegah terjadinya infeksi
- c. Mencegah bau

3. Indikasi

- a. Pasien yang tidak mampu melakukan sendiri
- b. Pasien menderita DM, penyakit infeksi dan penyakit pembuluh darah perifer

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontra indikasi

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Saat memotong kuku jangan terlalu dekat dengan kulit dasar kuku atau kuku dipotong atau dikikir lurus, dan melewati ujung jari tangan atau kaki.
- b. Hati – hati pada pasien menderita penyakit Diabetes Mellitus, dan penyakit pembuluh darah perifer sebaiknya kuku dikikir bukan dipotong untuk mencegah terjadinya luka yang tidak disengaja saat melakukan pemotongan kuku
- c. Perendaman dalam waktu yang lama tidak dianjurkan bagi penderita diabetes atau penderita penyakit pembuluh darah perifer karena akan menghilangkan minyak alami kulit (*natural skin oils*) sehingga kulit menjadi kering dan rentan mengalami retak/pecah-pecah dan cedera

6. Contoh Kasus

Ny. Y (60 th) dirawat sejak 3 hari yang lalu dengan Diabetes Mellitus. Mengeluh lemah, merasakan tidak nyaman karena hari ini belum mandi dan sudah 5 hari tidak mencuci rambut dan menggosok gigi palsunya. Pasien juga

merasakan nyeri pada kulit dekat kuku. Hasil pemeriksaan, tampak kuku tangan dan kaki panjang dan kotor, tampak merah pada kulit dekat kuku. Rambut tampak kotor dan bau, gigi juga tampak kuning.

Apakah tindakan perawat yang utama pada kasus tersebut?

- a. Perawatan diri: mandi
- b. Perawatan gigi palsu
- c. Perawatan rambut
- d. Perawatan mulut
- e. Perawatan kuku

7. Pembahasan soal kasus

Pada kasus tersebut, yang menjadi kata kuncinya adalah pasien sudah merasakan nyeri pada kuku akibat kuku yang sudah panjang. Kulit dekat kuku juga tampak memerah dan pasien juga memiliki riwayat Diabetes Mellitus yang sangat rentan mengalami infeksi jika terjadi kerusakan pada kulit sehingga perawat harus segera melakukan perawatan kuku pasien. (jawaban: e)

Untuk poin lain, a, b, c dan d seperti Perawatan diri: mandi, gigi palsu, perawatan rambut dan mulut juga penting untuk dilakukan, namun yang paling didahulukan adalah perawatan kuku untuk menghindari terjadinya iritasi pada kulit sehingga integritas kulit pasien Diabetes Melitus tetap terjaga dengan baik.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi 1. Kaji riwayat penyakit yang dialami pasien yang berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan 2. Kaji kemampuan pasien dalam pemberian tindakan |  |

| | |
|---|--|
| | Rasional: Untuk dapat mengantisipasi hal buruk yang dapat terjadi pada pasien dan mengetahui sejauh mana kemampuan pasien dapat berpartisipasi dalam tindakan perawatan yang akan dilakukan |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi | |
| 3. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) | |
| <ul style="list-style-type: none"> Sarung tangan bersih* |  <p>Rasional: sebagai alat pelindung diri dan juga untuk mempertahankan prinsip bersih pada saat melakukan prosedur tindakan</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Gunting Kuku* |  <p>Rasional: sebagai alat untuk memotong dan membersihkan kuku pasien yang panjang dan kotor</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Waskom berisi air hangat* |  <p>Rasional: sebagai tempat penampungan air hangat yang digunakan untuk merendam kuku pasien sebelum dan membilas sesudah memotong kuku</p> |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Handuk* |  <p>Rasional: sebagai alat yang digunakan untuk mengeringkan kuku setelah dilakukan perendaman dan pembilasan kuku</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sabun* |  <p>Rasional: sebagai alat untuk membersihkan tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan kuku</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pengalas* |  <p>Rasional: sebagai alat untuk mempertahankan kebersihan tempat tidur dari air dan kotoran setelah melakukan perawatan kaki</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bengkok/ Nierbekken* |  |

| | |
|--|--|
| | Rasional: sebagai tempat penampungan kuku dan kotoran kuku saat melakukan perawatan kuku |
| PERSIAPAN KLIEN | |
| 4. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) |  <p>Rasional: Tercipta hubungan baik antara pasien dan perawat juga memastikan tidak terjadi salah pasien dalam melakukan tindakan</p> |
| 5. Jelaskan apa yang akan dilakukan, mengapa hal itu perlu dilakukan dan bagaimana pasien dapat berpartisipasi |  <p>Rasional: agar pasien/ keluarga dapat memahami tentang prosedur yang akan dilakukan</p> |
| 6. Atur posisi pasien (posisi duduk/ telentang/ semi fowler) |  <p>Rasional: mengusahakan posisi yang nyaman bagi pasien dan bagi perawat dalam melakukan tindakan</p> |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN | |

| | | |
|---|--|---|
| 7. Jaga privasi klien (dengan menutup tirai/ menutup pintu kamar) |  | Rasional: Kebersihan merupakan masalah pribadi (privacy) |
| 8. Mengatur ruangan, nyaman dan cukup pencahayaan | | Rasional: membuat rasa nyaman dan aman bagi pasien dan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan |
| Implementation (I) : Implementasi | | |
| Fase Kerja | | |
| 9. Cuci tangan |  | Rasional: mencegah terjadinya penyebaran kuman |
| 10. Pasang pengalas dibawah kaki |  | Rasional: menjaga kebersihan lokasi tempat melakukan perawatan kaki |

| | |
|---|--|
| 11. Pasang sarung tangan bersih |  <p>Rasional: mencegah terjadinya penyebaran kuman/ alat pelindung diri/ mempertahankan prinsip bersih pada saat melakukan prosedur tindakan</p> |
| 12. Tempatkan waskom berisi air hangat diatas pengalas |  <p>Rasional: memberikan keamanan pada tempat tidur agar tidak tembus air saat melakukan perawatan/ perendaman dan pencucian kaki</p> |
| 13. Rendam jari-jari pasien dalam waskom berisi air hangat dan sabun selama 10 – 20 menit |  |

| | |
|---|--|
| |  <p>Rasional: Perendaman melembutkan kuku dan mengendurkan kotoran dibawah kuku</p> |
| 14. Keringkan jari-jari tangan dan kaki dengan menggunakan handuk |   <p>Rasional: Pengeringan menyeluruh mengurangi risiko infeksi</p> |
| 15. Potong kuku tangan dan kaki mengikuti bentuk normal jari kaki |   |

| | |
|--|---|
| | Rasional: membersihkan kuku dari kotoran |
| 16. Cuci jari – jari tangan dan kaki serta keringkan dengan handuk |  <p>Rasional: Bilas kaki dengan baik untuk menghilangkan sabun karena sabun dapat mengiritasi kulit jika tidak dihilangkan seluruhnya</p> |
| 17. Rapikan pasien dan alat |  <p>Rasional: menjaga kenyamanan dan kebersihan lingkungan pasien</p> |
| Fase Terminasi | |
| 18. Lepaskan sarung tangan |  <p>Rasional: setelah selesai melakukan tindakan perawatan kaki</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 19. Cuci tangan | |  | Rasional: mencegah terjadinya penyebaran kuman |
| Evaluation (E) : Evaluasi | | | |
| 20. Evaluasi klien terhadap kebersihan kuku | |  | Rasional: mengetahui pencapaian hasil setelah melakukan tindakan baik itu secara fisik maupun respon pasien |
| 21. Evaluasi respon klien terhadap tindakan | | | |
| 22. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan | |  | Rasional: sebagai bukti bahwa segala tindakan keperawatan telah dilaksanakan secara profesional sehingga dapat melindungi pasien dan perawat selalu pemberi jasa pelayanan |
| Sikap | | | |

| | |
|---|---|
| 23. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Rasional: mencegah terjadinya penyebaran kuman Rasional: agar tindakan keperawatan dapat diselesaikan dengan efektif dan efisien |
| 24. Melakukan tindakan dengan sistematis | |
| 25. Komunikatif dengan pasien | Rasional: Untuk menciptakan hubungan saling percaya antara perawat dengan klien |
| 26. Percaya diri | Rasional: agar dapat menyelesaikan tindakan keperawatan dengan tepat |

DAFTAR PUSTAKA

Berman, A, Snyder, S.J. and Fransen, G. (2016) Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: concepts, Process, and Practice. Tenth edition. Pearson

PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

[Https://www.slideshare.net/pjj_kemenkes/memotong-kuku-pasien](https://www.slideshare.net/pjj_kemenkes/memotong-kuku-pasien). (2015). Diakses tanggal 20 oktober 2023

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MENGGANTI SEPRAI/LAKEN/LINEN

DENGAN PASIEN DIATAS TEMPAT TIDUR



MENGGANTI SEPRAI/LAKEN/LINEN DENGAN PASIEN DI ATAS TEMPAT TIDUR

1. Definisi

Mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur pasien dengan pasien di atas tempat tidur. (DeLaune, S. C.,2023).

2. Tujuan

- a.Untuk memberikan lingkungan yang bersih, tenang & nyaman
- b.Untuk menghilangkan hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alat tidur & selimut yang bebas dari kotoran/lipatan

3. Indikasi

Pasien rawat inap dengan bedrest total

4. Kontra Indikasi

- a. Pasien dalam Keadaan Kritis: Jika pasien dalam keadaan kritis atau stabil, penggantian laken mungkin perlu dihindari atau dilakukan dengan sangat hati-hati agar tidak menyebabkan gangguan pada pasien.
- b. Pasien dengan Luka Bakar: Pada pasien dengan luka bakar, penggantian laken harus dilakukan dengan sangat lembut dan hati-hati untuk menghindari menyebabkan rasa sakit atau merusak area yang terluka.
- c. Pasien dengan Kondisi Kulit Sensitif: Beberapa pasien mungkin memiliki kulit yang sangat sensitif atau rentan terhadap iritasi. Pemilihan laken yang tepat dan penggunaan bahan yang lembut perlu dipertimbangkan.
- d. Pasien dengan Masalah Tulang Belakang atau Cedera Tulang Belakang: Pada pasien dengan masalah tulang belakang atau cedera tulang belakang, penggantian posisi atau laken dapat memerlukan pendekatan khusus untuk menghindari menyebabkan ketidaknyamanan atau cedera tambahan.
- e. Pasien dengan Infeksi Menular: Pada pasien dengan infeksi menular, perlu dilakukan tindakan pencegahan tambahan untuk menghindari penyebaran infeksi. Ini termasuk penggunaan alat pelindung diri oleh petugas kesehatan yang menangani penggantian laken.
- f. Pasien dengan Masalah Peredaran Darah: Pada pasien dengan masalah peredaran darah, seperti pasien dengan risiko tinggi terhadap trombosis,

- perlu dilakukan perubahan posisi dengan hati-hati untuk menghindari pembentukan bekuan darah.
- g. Penting untuk diingat bahwa setiap pasien unik, dan keputusan untuk mengganti laken harus didasarkan pada evaluasi individu oleh petugas kesehatan yang merawat. Dalam semua kasus, kebersihan dan kenyamanan pasien harus menjadi prioritas utama.

3. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Saat melakukan tindakan mengganti laken pada pasien, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan agar proses tersebut dilakukan dengan aman, nyaman, dan memenuhi kebutuhan pasien. Berikut adalah beberapa poin yang perlu diperhatikan:
- b. Kebersihan Tangan: Pastikan petugas kesehatan yang melakukan penggantian laken telah mencuci tangan dengan benar atau menggunakan hand sanitizer sebelum memulai prosedur. Hal ini untuk mencegah penularan infeksi.
- c. Privasi Pasien: Jaga privasi pasien sebaik mungkin selama proses penggantian laken. Tutupi bagian tubuh yang tidak sedang diperlukan dengan selimut atau kain untuk menjaga rasa hormat dan kenyamanan pasien.
- d. Komunikasi: Komunikasikan dengan pasien sepanjang proses. Berbicaralah dengan tenang, menjelaskan apa yang akan dilakukan, dan memberi kesempatan pada pasien untuk menyampaikan kekhawatiran atau pertanyaan.
- e. Posisi Pasien: Pastikan pasien dalam posisi yang nyaman selama penggantian laken. Pasien mungkin perlu dibantu untuk bergerak atau dibalikkan dengan hati-hati, tergantung pada kondisinya.
- f. Penggunaan Alat Bantu: Gunakan alat bantu seperti bantal, gulungan handuk, atau peralatan khusus yang mendukung perubahan posisi pasien dengan lebih mudah dan nyaman.
- g. Pemilihan Laken dan Pakaian: Pilih laken yang bersih dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pastikan bahwa laken tersebut cukup lembut dan tidak menyebabkan iritasi pada kulit pasien. Jika perlu, pakaian tambahan seperti gaun tidur atau baju khusus dapat digunakan.
- h. Pencegahan Tekanan: Pada pasien yang memiliki risiko tinggi terhadap luka tekanan atau ukus dekubitus, pastikan bahwa lapisan di bawah pasien

(mattress atau alas tempat tidur) bersih, kering, dan tidak mengandung lipatan yang dapat menyebabkan tekanan.

- i. Pengelolaan Limbah: Buang laken yang kotor sesuai dengan prosedur pengelolaan limbah medis yang aman dan sesuai dengan peraturan kesehatan.
- j. Evaluasi Kulit: Perhatikan kondisi kulit pasien selama proses penggantian laken. Jika ditemukan tanda-tanda iritasi atau luka, laporan kepada petugas kesehatan yang bertanggung jawab.
- k. Kolaborasi Tim: Jika diperlukan, bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya, seperti perawat, fisioterapis, atau ahli gizi, untuk memastikan bahwa penggantian laken dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan khusus pasien.
- l. Selalu penting untuk memperlakukan pasien dengan penghormatan dan kepekaan serta memperhatikan kondisi medis individu pasien saat melakukan tindakan penggantian laken.

4. Contoh Kasus

1) Seorang perempuan berusia 55 tahun terpasang kateter urin dengan post stroke hari ke 5. Perawat mengganti Seprai dengan pasien berada diatas tempat tidur. Perawat membawa peralatan ke dekat pasien, memindahkan perlengkapan pasien yang masih ada di tempat tidur, meminta pasien untuk miring.

Apakah tindakan perawat selanjutnya?

- a. Memasang sprey dan stik laken pada bagian separuh kasur lalu buat sudut
- b. Pasien dibantu membalik posisi dengan melewati gulungan linen bersih
- c. **Menggulung stik laken dan sprai ke arah punggung klien**
- d. Melebarkan linen bersih ke bawah punggung pasien
- e. Meminta pasien untuk terlentang

2) Seorang perawat ingin melakukan penggantian laken ke pasien perempuan berusia 55 tahun yang terpasang kateter urin dengan post stroke hari ke 5 tirah baring total. Perawat jaga pagi ingin mengganti Seprai pasien tersebut. Bagaimana teknik penggantian laken yang tepat untuk kasus diatas?

a. Mengganti seprai dengan pasien diatasnya

- b. Mengganti stik laken pasien saja, tanpa penggantian seprai
- c. Menganjurkan pasien untuk duduk agar memudahkan tindakan
- d. Meminta pasien untuk turun dulu dari tempat tidur agar memudahkan prosedur
- e. Memasang seprai dengan terlebih dahulu memindahkan pasien ke tempat tidur lain

5. Pembahasan Soal Kasus

- 1) Pada kasus masalah utama pada pasien adalah post stroke terpasang kateter urin sehingga pasien tidak dapat turun dari tempat tidur. Berdasarkan pertanyaan maka tindakan selanjutnya yang dilakukan oleh perawat setelah perawat meminta pasien untuk miring adalah adalah menggulung stik laken dan seprai ke arah punggung klien
- 2) Pada kasus masalah utama pada pasien adalah post stroke terpasang kateter urin tirah baring total sehingga pasien tidak dapat turun dari tempat tidur. Berdasarkan kasus tersebut maka penggantian seprai harus dilakukan dengan pasien di atas, tanpa harus menganjurkan pasien duduk, turun dari tempat tidur atau memindahkannya

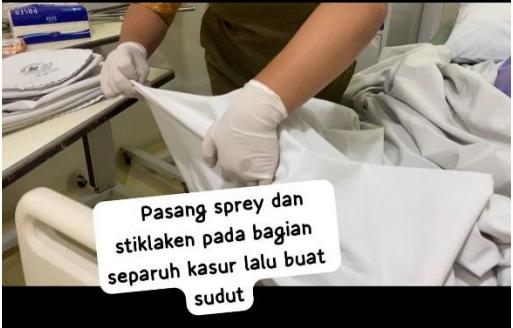
| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keadaan pasien dengan mengecek catatan rekam medik pasien 2. Kaji apakah pasien menggunakan kateter atau tidak 3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan | <p>Rasional : Menentukan keadaan pasien dan menentukan tingkat aktivitas</p>  |

| | |
|--|--|
| tindakan mengganti seprei/laken/linen | |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi 4. PERSIAPAN ALAT/* = wajib ada) | Rasional : Agar tindakan dapat dilakukan dengan sistematis |
| • Seprei* | <p>Rasional : Untuk mengontrol penyebaran mikroorganisme</p>  |
| • Stik laken* | <p>Rasional : Memberikan kenyamanan pada saat tidur,</p>  |
| • Sarung bantal* | <p>Rasional : Untuk menjaga dan mencegah agar bantal tidak mudah berbulu. Bantal yang berbulu tentunya akan membuat tidur menjadi tidak nyaman.</p>  |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Sarung gulung* | <p>Rasional : Untuk menjaga dan mencegah agar bantal tidak mudah berbulu. Bantal yang berbulu tentunya akan membuat waktu tidur menjadi tidak nyaman</p>  |
| <p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) | <p>Rasional : Membangun bina trust pasien dengan perawat dan mempermudah Tindakan</p>  |
| <p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> Jaga privasi klien (tutup tirai) | <p>Rasional : Untuk menjaga privasi klien</p>  |

| | | |
|--|--|---|
| 9. Atau turunkan penghalang tempat tidur |  | Rasional : Memudahkan dalam memberikan Tindakan |
| Implementation (I) : Implementasi | | |
| Fase Kerja | | |
| 1. Cuci tangan |  | Rasional : Mencuci tangan akan membersihkan diri dari mikroorganisme |
| 2. Memberitahu pasien/keluarga tujuan dan prosedur yang akan dilakukan |  | Rasional : Tindakan ini memerlukan Kerjasama dari klien |
| 3. Memberi kesempatan pasien/keluarga untuk bertanya | | Rasional : Agar pasien paham betul tujuan tindakan yang mau diberikan |

| | |
|--|--|
| <p>4. Membawa peralatan ke dekat pasien</p> |  <p>Rasional : Membantu kemudahan dan keteraturan pelaksanaan</p> |
| <p>5. Memindahkan perlengkapan pasien yang masih ada di tempat tidur</p> <p>6. Meminta pasien untuk miring menjauhi perawat dengan tetap memperhatikan keadaan umum pasien</p> |  <p>Rasional : Tindakan Mengarahkan pasien untuk miring menjauhi perawat dapat membantu mencegah jatuh atau tergelincir, dan dapat mengurangi risiko cidera atau kecelakaan selama perawatan</p> |
| <p>7. Menggulung stik laken dan seprei dengan menggulungnya ke arah punggung pasien</p> |  <p>Rasional : Memudahkan perawat mengganti laken pasien, dengan tetap memperhatikan kenyamanan pasien</p> |

| | |
|--|--|
| 8. Memasang sprei dan stik laken pada bagian separuh kasur kemudian dibuat sudut |  <p>Rasional : Memisahkan kasur menjadi dua bagian dengan sprei dan stik laken dapat membantu menjaga kebersihan dan mengontrol penyebaran infeksi. Dengan memisahkan area yang terkena dengan yang tidak terkena, risiko kontaminasi dapat berkurang.</p> |
| 9. Melebarkan linen bersih ke tengah tempat tidur dan meletakkan dibelakang punggung pasien |  <p>Rasional : Tindakan ini dapat meningkatkan kenyamanan pasien dengan memberikan area tidur yang bersih dan rapi di sekitar punggungnya. Pemakaian linen bersih juga dapat memberikan perasaan kesegaran dan kebersihan kepada pasien.</p> |
| 10. Pasien dibantu untuk membalik posisi ke hadapan perawat dengan melewati gulungan linen bersih tersebut |  <p>Rasional : Membalik posisi pasien ke hadapan perawat dengan menggunakan gulungan linen bersih dapat memfasilitasi perawatan dan pemeriksaan di bagian</p> |

| | |
|--|--|
| | depan tubuh pasien. Ini bisa mencakup pemberian obat, perawatan luka, atau pemeriksaan fisik. |
| 11. Semua linen kotor diambil kemudian diletakkan di tempat kain kotor |  <p>Rasional : Mengumpulkan semua linen kotor dan menempatkannya di tempat khusus untuk kain kotor dapat membantu mengendalikan penyebaran infeksi. Ini mencegah kontaminasi lintas antar pasien dan lingkungan.</p> |
| 12. Gulungan linen bersih dibentangkan rapihan dengan memasukkan sisa linen pada sisi tempat tidur |  <p>Rasional : Tindakan ini dapat meningkatkan kenyamanan pasien dengan memberikan lingkungan tidur yang rapi dan bersih. Pasien dapat merasa lebih nyaman dan tenang dalam lingkungan yang teratur.</p> |
| 13. Meminta pasien untuk terlentang |  <p>Rasional : Meminta pasien untuk tetap terlentang memudahkan perawat atau petugas kesehatan dalam</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>melakukan perawatan yang mungkin diperlukan, seperti mengganti laken, membersihkan pasien, atau memberikan perawatan pada area tertentu.</p> |
| 14. Melepas bantal dengan hati-hati sambil menyangga kepala pasien |  <p>Lepas bantal dengan hati2 sambil menyangga kepala pasien</p> <p>Rasional : Melepas bantal dengan hati-hati dan menyangga kepala pasien dapat meningkatkan kenyamanan pasien selama proses penggantian sprei. Ini dapat membantu mengurangi potensi ketidaknyamanan atau gangguan yang mungkin dirasakan oleh pasien.</p> |
| 15. Melepas sarung bantal yang kotor dan menggantikannya dengan yang bersih |  <p>Lepas sarung guling yang kotor dan ganti dengan yang bersih</p> <p>Rasional : Melepas sarung bantal yang kotor dan menggantikannya dengan yang bersih adalah langkah penting dalam pencegahan infeksi dan kontaminasi. Ini membantu mengurangi risiko penyebaran mikroorganisme patogen atau alergen yang mungkin ada di sarung bantal yang kotor.</p> |

| | |
|---|---|
| 16. Melepas sarung guling yang kotor dan mengganti dengan yang bersih |  <p>Lepas sarung guling yang kotor dan ganti dengan yang bersih</p> <p>Rasional : Melepas sarung guling yang kotor dan menggantikannya dengan yang bersih adalah langkah penting dalam pencegahan infeksi dan kontaminasi. Ini membantu mengurangi risiko penyebaran mikroorganisme patogen atau alergen yang mungkin ada di sarung guling yang kotor.</p> |
| 17. Memasang selimut |  <p>Pasang selimut</p> <p>Rasional : Menjaga privasi klien</p> |
| 18. Merapikan pasien |  <p>Merapikan pasien</p> <p>Rasional : Tindakan untuk penampilan yang rapi</p> |

| | |
|--|---|
| 19. Membereskan alat-alat linen yang kotor |  <p>Rasional : Memberi ruang gerak yang banyak dan penampilan yang rapi</p> |
| 20. Menawarkan bantuan ke pasien. Apakah ada yang bisa dibantu. Jika tidak ada ucapkan terimakasih |  <p>Rasional : Tindakan ini memerlukan Kerjasama dari klien dan memastikan klien nyaman</p> |
| Fase Terminasi | |
| 1. Beri <i>reinforcement</i> positif |  <p>Rasional : <i>Reinforcement</i> positif akan meningkatkan motivasi dan menghasilkan kerjasama yang baik antara pasien dan perawat</p> |

| | | |
|--|--|--|
| 2. Rapikan alat |  | Rasional : Membuat nyaman pasien dan lingkungan nyaman |
| 3. Cuci tangan |  | Rasional : Mencuci tangan akan membersihkan diri dari mikroorganisme |
| Evaluation (E) : Evaluasi | | |
| 1. Evaluasi klien terhadap tindakan keperawatan mengganti seprei/laken/linen 2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Rasional : Evaluasi dilakukan untuk melihat kenyamanan dan keamanan pasien  | |
| Sikap | | |

| | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan pasien 3. Percaya diri | <p>Rasional : Tindakan yang sistematis, perawat yang komunikatif dan percaya diri menjadikan prosedur tindakan efektif dan efisien.</p>  |
|--|--|

Daftar Pustaka

- DeLaune, S. C., Ladner, P. K., McTier, L., & Tollefson, J. (2023). *Fundamentals of nursing*. Cengage AU.
- Gu, Y., Zou, Z., & Chen, X. (2017). The effects of vSIM for Nursing™ as a teaching strategy on fundamentals of nursing education in undergraduates. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(4), 194-197.
- Intening, V. R., Ismoyowati, T. W., & Kurniawan, E. A. P. B. (2018). Modul Praktik Keperawatan Dasar I.
- Meriyanti, P., & Wijayati, F. (2018). *Asuhan Keperawatan Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Kendari).
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing-e-book*. Elsevier health sciences.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH



PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH

1. Definisi

Tekanan darah merupakan tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri Ketika darah tersebut dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh. Semakin tinggi tekanan darah maka semakin keras jantung itu bekerja (World Health Organization, 2013).

2. Tujuan

Untuk memperoleh data dasar, mendeteksi atau memantau perubahan Tekanan Darah klien dan memantau klien yang berisiko untuk perubahan kesehatan.

3. Indikasi

Indikasi umum pemeriksaan Tekanan Darah adalah untuk menilai pola hidup serta identifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler lainnya

- a. Jika hasil pemeriksaan pengukuran tekanan darah diatas normal, maka dikatakan memiliki tekanan darah yang tinggi atau bisa disebut Hipertensi
- b. Hipertensi dapat mengakibatkan kerusakan berbagai organ seperti Jantung, ginjal, otak, aorta, pembuluh darah perifer dan Retina.

4. Kontra Indikasi

Pada Pemeriksaan tekanan darah terdapat kontraindikasi di saat pemasangan manset yaitu dengan menghindari penempatan manset pada lengan yang terpasang infus, terpasang shunt arterivena, lengan mengalami fistula, trauma, fraktur dan tertutup gips atau balutan.

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan pengukuran Tekanan Darah)

- a. Pada saat melakukan pengukuran tekanan darah pasien dalam posisi duduk dengan tenang.
- b. Sebelum pengukuran, disarankan untuk tidak merokok, tidak minum kopi atau teh
- c. Tidak melakukan aktivitas fisik selama minimal 30 menit sebelum pengukuran.

- d. Pasien telah berkemih dan duduk tenang selama 5 menit sebelum mengukur tekanan darah

6. Contoh Kasus

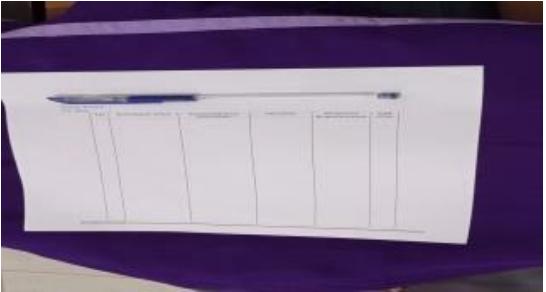
Seorang perempuan berusia 60 tahun di rawat di ruang penyakit dalam dengan diagnose Hipertensi . Hasil pengkajian: klien mengatakan nyeri bagian kepala, mual, muntah, pasien tampak lemas dan memegangi kepala. Riwayat Hipertensi sudah 5 tahun, TD selalu naik turun.

7. Pembahasan soal kasus

Pada Kasus diatas yang perlu di garis bawahi adalah klien dengan diagnosa Hipertensi, riwayat HT sudah 5 tahun yang lalu, TD selalu naik turun, dan klien mengatakan nyeri kepala maka tindakan yang perlu di lakukan adalah dengan melakukan pengukuran/pemeriksaan Tekanan Darah untuk mengetahui berapa TD klien tersebut.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi 1. Cek catatan perawatan klien dan validasi kebutuhan klien | Rasional : untuk mengetahui kondisi terkini klien  |
| 2. Cuci Tangan | Rasional : cuci tangan 6 langkah untuk mencegah penularan patogen |

| | |
|--|---|
| |  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi | |
| 3. Persiapan Alat | Rasional : untuk mendengarkan denyut arteri |
| 1) Persiapan Alat dan lingkungan klien a. Stetoskop |  |
| b. Spignomanometer air raksa/jarum/lainnya dan manset | Rasional : alat untuk mengukur tekanan darah  |
| c. Sarung tangan bersih (Jika Perlu) | Rasional : untuk melindungi tangan agar tetap bersih dan terhindar dari kotoran/bakteri/kuman  |
| d. Arloji | Rasional : untuk mengetahui waktu yang diperlukan |

| | | |
|---|--|--|
| | |  |
| e. Bulpen dan lembar pemantauan tanda vital | Rasional : untuk menuliskan hasil pemantauan tanda vital |  |
| PERSIAPAN KLIEN | | |
| 4. Berikan salam, menanyakan nama lengkap pasien | Rasional : memberikan salam terapeutik dan menanyakan nama untuk mengetahui nama pada saat memanggil klien |  |
| 5. Panggil klien dengan nama yang disukai | | |
| 6. Menanyakan kondisi terkini pasien | Rasional : untuk mengetahui kondisi terkini klien |  |
| 7. Jelaskan tujuan tindakan, prosedur dan lamanya | Rasional : untuk memberitahu klien tentang tindakan yang diberikan | |

| | | |
|--|--|---|
| tindakan kepada klien/keluarga | |  |
| 8. Meminta kesedian waktu dan kontrak waktu untuk dilakukan Tindakan | Rasional : untuk memberi tahu berapa lama waktu yang diperlukan untuk melakukan tindakan |  |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN | PERSIAPAN LINGKUNGAN | |
| 9. Jaga privasi klien (tutup tirai) | Rasional : untuk menjaga privasi klien | |
| Implementation (I) : Implementasi | | |
| Fase Kerja | | |
| 10. Baca doa sebelum melakukan tindakan | Rasional : membaca doa sebelum tindakan dilakukan agar tindakan berjalan sesuai harapan | |

| | | |
|--|--|--|
| | |  |
| 11. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan | Rasional : untuk memberikan klien kesempatan bertanya apabila ada pertanyaan yang ingin ditanyakan |  |
| 12. Memberikan kesempatan kepada klien untuk berdoa sebelum dilakukan tindakan | Rasional : serta memberikan kesempatan klien untuk berdoa |  |
| 13. Mendekatkan alat ke samping klien | Rasional : untuk memudahkan dalam melakukan tindakan Keperawatan |  |

| | |
|--|--|
| 14. Cuci tangan dan memakai sarung tangan | <p>Rasional : cuci tangan 6 langkah untuk mencegah penularan patogen</p>  |
| 15. Mengatur posisi pasien: duduk / berbaring nyaman dengan lengan terkosong setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas | <p>Rasional : untuk memberikan posisi nyaman ke klien agar memudahkan dalam melakukan pengukuran tekanan darah</p>  |
| 16. Membuka pakaian yang menutupi lengan atas | <p>Rasional : memasang manset di atas pakaian dapat mempengaruhi pengukuran tekanan darah</p>  |
| 17. Palpasi arteri brakhialis dan menempatkan manset 2,5 cm di atas sisi denyut arteri brakhialis | <p>Rasional : menentukan tempat untuk melakukan pengukuran tekanan darah</p>  |

| | |
|--|--|
| 18. Pusatkan anak panah yang tertera pada manset ke arteri brakhialis dan lingkarkan manset pada lengan atas secara rapi | <p>Rasional : menempatkan tanda panah yang benar memastikan tekanan yang tepat diberikan selama inflamasi</p>  |
| 19. Palpasi arteri brakhialis, meletakkan stetoskop pada daerah arteri brakhialis | <p>Rasional : untuk mendengarkan denyutan arteri sehingga dapat menentukan tekanan darah klien</p>  |
| 20. Skrup balon karet di tutup pengunci air raksa di buka'mempompa manset sampai tekanan 30 mmHg di atas titik di mana denyut nadi menhilang | <p>Rasional : untuk mengetahui berapa tekanan darah klien</p>  |

| | |
|--|--|
| 21. Buka katup secara perlahan sehingga memungkinkan air raksa turun rata –rata 2-3 mmHg per detik | <p>Rasional : untuk memulai pengukuran tekanan darah</p>  |
| 22. Perhatikan titik pada manometer saat bunyi pertama jelas terdengar | <p>Rasional : untuk mengetahui tekanan sistolik</p>  |
| 23. Lanjutkan membuka katup secara bertahap dan perhatikan titik di mana bunyi menghilang | <p>Rasional : untuk mengetahui tekanan diastole</p>  |
| 24. Kempiskan manset dengan cepat dan total | <p>Rasional : mengempiskan manset dilakukan untuk memastikan tidak adanya denyut nadi</p>  |

| | |
|--|---|
| 25. Ulangi prosedur sebanyak 2 kali, tetapi tunggu sampai 30 detik dari masing-masing prosedur | <p>Rasional : pengukuran harus dilakukan dua kali atau lebih dan nilai rata-rata dari dua pengukuran yang memberikan nilai stabil</p>  |
| Fase Terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri <i>reinforcement positif</i> | <p>Rasional : memberikan konsekuensi yang menyenangkan saat suatu perilaku yang diharapkan muncul dengan tujuan agar perilaku tersebut dilakukan lagi secara konsisten</p>  |
| 2. Rapikan alat | <p>Rasional : merapikan alat kembali seperti semula agar enak dipandang dan tidak mengganggu klien</p>  |

| | |
|---|---|
| 3. Rapikan Pasien | Rasional : merapikan klien agar merasa lebih nyaman  |
| 4. Lepas Handscon | Rasional : melepaskan handscon setelah digunakan agar terbebas dari bakteri dan segera kita buang ke tempat sampah medis  |
| 5. Cuci tangan | Rasional : cuci tangan 6 langkah untuk mencegah penularan pathogen  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Catat respon yang terjadi (respon subjective dan objektif) | Rasional : mengetahui respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan  |

| | |
|---|---|
| 2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Akhiri Kegiatan | Rasional : memberikan kontrak waktu untuk melakukan tindakan berikutnya dan mengakhiri tindakan  |
| 4. Pencatatan dan pelaporan (Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan) | Rasional : untuk mendokumentasikan hasil setelah dilakukan Tindakan  |
| Sikap | |
| 5. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Rasional : cuci tangan 6 langkah untuk mencegah penularan patogen  |
| 6. Melakukan tindakan dengan sistematis | Rasional : tindakan dilakukan secara urut sesuai dengan SOP |

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Komunikatif dengan pasien 8. Percaya diri | <p>Rasional : setiap melakukan tindakan kita harus komunikatif dengan klien</p>  |

Daftar Pustaka

- Alimul. (2015). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Buku 1. Jakarta: Salemba Medika
- Sutanto. (2017). Kebutuhan dasar Manusia: Teori dan Aplikasi dalam Keperawatan Profesional. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Tarwoto. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MENGHITUNG DENYUT NADI



MENGHITUNG DENYUT NADI

1. Definisi

Memeriksa Kecepatan, Irama, volume, denyut nadi, dan lain-lain untuk menilai kondisi sirkulasi. (Annamma, 2014)

2. Tujuan

- a. Untuk Mendapatkan data awal
- b. Untuk memeriksa abnormalis kecepatan, irama, dan volume
- c. Untuk mementau perubahan apapun yang terjadi pada status kesehatan pasien
- d. Untuk memeriksa sirkulasi perifer

3. Indikasi

Dilakukan kepada semua pasien yang dirawat baik rawat jalan / rawat inap pada pelayanan kesehatan maupun home visit

4. Kontra Indikasi : Tidak ada kontra indikasi

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Jangan menekan kedua arteri karotis secara bersamaan karena dapat menyebabkan refleks penurunan tekanan darah/kecepatan denyut nadi
- b. Pemeriksaan denyut nadi karotis dipakai pada korban syok dan henti jantung bila denyut nadi tak teraba pada lokasi-lokasi yang lain
- c. Pemeriksaan denyut nadi brakialis dan femoralis dipakai kasus jantung pada bayi

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan usia 39 tahun dirawat hari ke-2 di bangsal penyakit dalam dengan keluhan sesak napas dan kedua kaki bengkak. Sesak dirasakan memberat saat pasien beraktivitas. Hasil pengkajian didapatkan pasien pucat dan sianosis, lemah JVP meningkat, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, prekuensi napas 24x/menit dan dangkal, serta toraks menunjukkan CTR 66% .

Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Intoleransi aktivitas

- b. Gangguan perfusi jaringan
- c. Penurunan curah jantung
- d. Pola napas tidak efektif
- e. Hypervolemia

7. Pembahasan soal kasus

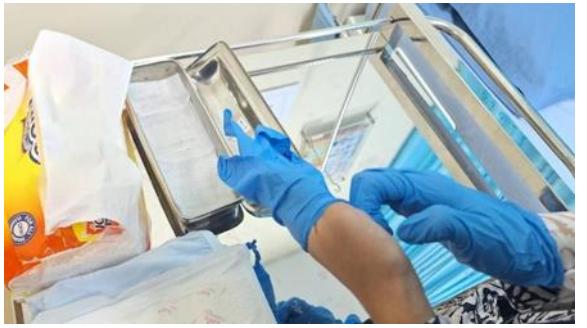
Tanda yang menonjol pada kasus tersebut adalah menonjolkan ketidakmampuan jantung memompa darah akibat dari pembesarang jantung (CTR lebih dari 50%) sehingga terjadi terjadi penurunan jantung, kompensasi jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh adalah dengan meningkatkan nadi, pucat dan lemah sebagai akibat tidak sampainya darah ke perifer dan darah di perifer banyak mengandung CO₂ sulit kembali ke jantung.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi 1. Identifikasi keadaan umum pasien | Rasional : Mengetahui keadaan umum pasien sebelum melakukan tindakan  |
| 2. Review catatan medis dokter | Rasional : Memastikan apakah tindakan yang akan diberikan sudah benar  |

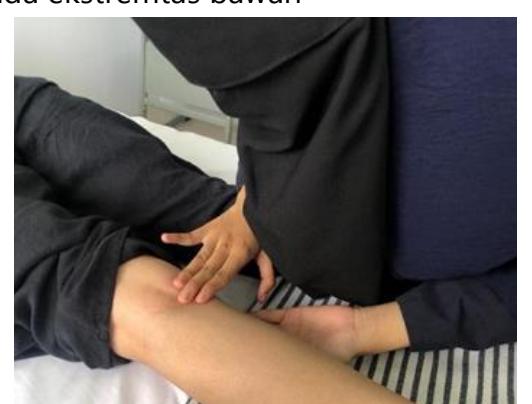
| | |
|---|--|
| 3. Kaji kesiapan psikologis pasien untuk dilakukan pemeriksaan denyut nadi | <p>Rasional : Perubahan psikologis pasien akan mempengaruhi hasil pemeriksaan</p>  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| <p>Fase Orientasi</p> <p>4. PERSIAPAN ALAT(* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jam tangan dengan jarum detik * | <p>Rasional : Untuk menghitung kecepatan denyut nadi dalam satu menitnya</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pulpen (warna sesuai kebijakan masing-masing institusi) | <p>Rasional : Untuk mencatat hasil pemeriksaan</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bagan dan lembar tanda vital | <p>Rasional : Tempat mencatat hasil pemeriksaan</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Handscoen | Rasional : untuk melindungi tangan agar tetap bersih dan terhindar dari kotoran/bakteri/kuman |  |
| PERSIAPAN PASIEN | 5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien | Rasional : Untuk membina hubungan saling percaya, dan memberikan rasa percaya diri perawatan saat memberikan tindakan |
| | 6. Jelaskan prosedur tindakan ke pasien dan periksa apakah pasien baru saja selesai menjalani aktivitas apapun. Bila ya biarkan pasient beristirahat terlebih dahulu selama 10 menit sebelum pemeriksaan denyut nadi | Aktivitas dapat meningkatkan kecepatan denyut nadi |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN | | |

| | |
|--|---|
| 7. Jaga privasi pasien (tutup tirai) | <p>Rasional : Memberikan rasa nyaman pasien</p>  |
| 8. Atau turunkan penghalang tempat tidur | <p>Rasional : Mencegah jatuh (injury)</p>  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| Fase Kerja 9. Cuci tangan | <p>Rasional : Kebersihan tangan adalah faktor penting agar dapat terhindar dari penyakit</p>  |

| | |
|---|--|
| 10. Pakai handscoen | <p>Rasional : Mengurangi resiko petugas kesehatan terkena infeksi bakterial dari pasiennya,mencegah penularan flora kulit kepada pasien, mengurangi terkontaminasinya tangan dari petugas kesehatan dengan mikroorganisme yang dapat berpindah dari satu pasien ke pasien yang lainnya.</p>  |
| 11. Bantu pasien untuk berada dalam posisi yang nyaman untuk pemeriksaan denyut nadi radialis posisikan lengan di atas dada atau di samping dengan telapak tangan menghadap ke bawah Pada posisi duduk posisikan lengan di atas paha dengan telapak tangan menghadap ke bawah | <p>Rasional : Biasanya dipilih nadi radialis. Bila ada pemeriksaan ekstremitas tertentu, maka pilihlah lokasi nadi yang lain</p>  |
| 12. Pilih lokasi pengukuran denyut nadi: a. Radialis (sisi dalam pergelangan tangan pada sisi ibu jari) | <p>Rasional : Mudah diraba</p>  |

| | |
|---|--|
| <p>b. Temporalis : Superior (diatas) dan lateral (Menjauhi garis tengah) dari mata</p> | <p>Rasional : Dipakai bila nadi radialis tidak dapat digunakan, untuk diraba pada anak-anak</p>  |
| <p>c. Karotis (Disamping trakea dimana arteri karotis karotis berjalan dimana Antara trakea dan muskulus sternokleido mastoideus)</p> | <p>Rasional : Untuk menilai perfusi otak</p>  |
| <p>d. Apikalis (Sisi kiri dada pada ruang interkostal 4,5, atau 6 pada garis midklavikula)</p> | <p>Rasional : Untuk mengetahui apakah ada ketidaksesuaian dengan denyut nadi radialis</p>  |
| <p>e. Brakialis (Pada ruang antekubiti sisi medial)</p> | <p>Rasional : Untuk mengetahui apakah ada kek sesuaian dengan denyut nadi radialis</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | Digunakan untuk memantau tekanan darah dan menilai sirkulasi lengan bawah |  |
| f. Femoralis (Di bawah ligamen inguralis, di tengah-tengah antara Untuk menilai sirkulasi ekstremitas bawah simpisis pubis dan spina iliaka anterior superior) | Rasional : Untuk menilai sirkulasi ekstremitas bawah |  |
| g. Poplitea (Medial atau lateral dan fosa popitea dengan lutut sedikit ditekuk) | Rasional : Untuk menilai sirkulasi ke tungkai Untuk mengukur tekanan darah pada ekstremitas bawah |  |

| | |
|--|---|
| <p>h. Tibialis posterior (Pada permukaan medial dan pergelangan kaki di belakang maleolus medialis)</p> | <p>Rasional : Untuk menilai sirkulasi ke kaki</p>  |
| <p>i. Dorsalis pedis (Di sepanjang punggung kaki diantara tendon ekstensor dari ibu jari dan jari kedua)</p> | <p>Rasional : Untuk menilai sirkulasi ke kaki</p>  |
| <p>j. Denyut nadi ulnaris (Pada sisi jari kelingking sisi luar pergelangan tangan)</p> | <p>Rasional : Untuk menilai sirkulasi ke tangan sisi ulna Untuk melakukan tes Allen</p>  <p>Ibu jari tidak digunakan untuk memeriksa denyut nadi karena ibu jari mempunyai denyut nadi sendiri yang bisa disalah artikan dengan denyut nadi pasien Ketidakteraturan hanya dapat disadari bila denyut nadi dihitung selama satu menit penuh. Denyut nadi adalah normal bila teratur dan kecepatannya 70-90 detik per menit</p> |

| | |
|---|---|
| <p>13. Raba dan periksa denyut nadi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="298 332 724 467">a. Letakan 3 ujung jari selain ibu jari pada lokasi pengukuran denyut nadi | <p>Rasional : Menetukan tempat pemeriksaan nadi contoh pada dorsali pedis</p>  |
| <p>b. Setelah mendapatkan denyut nadi secara teratur, hitung kecepatan denyut nadi selama satu menit penuh dengan melihat jarum detik pada jam tangan</p> | <p>Rasional : Menghitung kecepatan dengan 1 menit penuh</p>  |
| <p>c. Lakukan penilaian terhadap kecepatan, irama, dan volume denyut nadi dan kondisi pembuluh darah</p> | <p>Rasional : Mendapatkan informasi terhadap kecepatan, irama, volume dan kondisi pembuluh darah</p>  |

| | |
|--|--|
| 14. Lepaskan handscoen |  |
| Fase Terminasi | |
| 15. Beri <i>reinforcement positif</i> | Rasional : Merupakan strtegi penguatan terhadap perubahan perilaku yang positif  |
| 16. Rapikan alat | Rasional : Memudahkan untuk pemeriksaan berikutnya |
| 17. Cuci tangan | Rasional : Menghilangkan kuman ditangan dan membantu pencegahan infeksi  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 18. Evaluasi pasien terhadap tindakan yang sudah dilakukan | Rasional : Memberikan informasi terhadap hasil tindakan yang sudah dilakukan |

| | |
|---|--|
| |  |
| 19. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Rasional : Sebagai bentuk sarana komunikasi, sebagai bentuk tanggung jawab serta tanggung gugat, sebagai acuan data dalam perencanaan keperawatan yang berkelanjutan |
| Sikap | |
| 20. Melakukan tindakan dengan sistematis |  Rasional : tindakan dilakukan secara urut sesuai dengan SOP |
| 21. Komunikatif dengan pasien |  Rasional : setiap melakukan tindakan kita harus komunikatif dengan klien |

| | |
|------------------|--|
| 22. Percaya diri | Rasional : Tindakan yang sistematis, perawat yang komunikatif dan percaya diri menjadikan prosedur tindakan efektif dan efisien. |
|------------------|--|

Daftar Pustaka

Jacob Annamma, R Rekha, Jadhav Sonali Tarachnand (2014) *Buku Ajar Clinical Nursing Prosedur Jilid Satu*, Tangerang Selatan :Binapura Aksara Publisher

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP (2016) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*, Jakarta:Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia

PPNI, Tim Pokja SPO DPP (2021) *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan* Jakarta:Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PENILAIAN RESPIRASI



PENILAIAN RESPIRASI

1. Definisi

Menghitung jumlah frekuensi pernapasan selama satu menit (Perry & Potter, 2015).

2. Tujuan

- a. Menilai/menghitung jumlah dan sifat pernapasan pasien
- b. Mengetahui keadaan umum pasien
- c. Mengetahui perkembangan penyakit pasien
- d. Membantu menegakkan diagnosis

3. Indikasi

- a. Pasien dengan riwayat atau risiko peningkatan atau Penurunan laju napas atau napas tidak teratur
- b. Pasien dengan kondisi gawat atau infeksi, operasi, Prosedur Invasif, sebelum/sesudah transfusi darah atau cairan IV, respon Pengobatan seperti opiat dan bronkodilator

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Pada saat melakukan tindakan, pasien diharapkan untuk tenang/tidak berbicara/tidak menangis

7. Contoh Kasus

Laki-laki, 60 tahun, dirawat di ruang inap RS dengan Efusi Pleura. Hasil pengkajian: compos mentis, lemas, batuk kering sejak 3 bulan yang lalu, dispnea, penggunaan otot bantu napas, sesak napas saat posisi telentang, susah tidur, nyeri dada, dan demam.

Apakah tindakan keperawatan mandiri yang utama dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Pengkajian nyeri
- b. Penilaian respirasi
- c. Monitor status kesadaran

- d. Menghitung keseimbangan cairan
- e. Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan analisa gas darah

8. Pembahasan soal kasus

Jawaban yang tepat adalah **B**, pilihan pada :

- a. kurang tepat, karena bukan masalah utama pada pasien
- b. tepat, karena merupakan masalah keperawatan utama pasien sehingga perlu adanya data respirasi pasien agar mengetahui gangguan pernapasan yang dialami pasien
- c. tidak tepat, karena data sudah dikaji
- d. tidak tepat, karena tidak ada masalah pada cairan pasien
- e. tidak tepat, karena merupakan tindakan lanjutan

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi 1. Review catatan medis dokter | Rasional : Mengetahui identitas dan kondisi pasien  |
| Planning (P) : Perencanaan | |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Jam atau pengukur waktu * |  <p>Rasional : Untuk menghitung kecepatan pernafasan dalam satu menitnya</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hand Sanitizer * |  <p>Rasional : Hand Sanitizer untuk mencegah penularan patogen</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Handscoon jika perlu |  <p>Rasional : untuk melindungi tangan agar tetap bersih dan terhindar dari kotoran/bakteri/kuman</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lembar dokumentasi * • Pulpen * |  |

| | |
|--|---|
| | Rasional : Untuk mencatat hasil pemeriksaan |
| PERSIAPAN KLIEN 3. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) | Rasional : Menyapa dan menghormati pasien serta untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan yang diberikan  |
| 4. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur yang akan dilakukan | Rasional : Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan  |
| PERSIAPAN LINGKUNGAN 5. Jaga privasi pasien (tutup tirai) | Rasional : Memastikan privasi pasien selama melakukan tindakan  |

| Implementation (I) : Implementasi | |
|--|--|
| Fase Kerja 6. Cuci tangan dengan 6 langkah | Rasional : Mengurangi tranmisi organisme dan mencegah infeksi  |
| 7. Pakai handscoen jika perlu | Rasional : Mencegah transmisi organisme  |
| 8. Posisikan pasien berada dalam posisi yang nyaman terutama dengan posisi duduk atau berbaring dengan kepala tempat tidur ditinggikan 45-60 derajat | Rasional : Posisi duduk memudahkan gerakan ventilasi pernapasan secara penuh  |
| 9. Monitor adanya sumbatan jalan napas (seperti sputum, darah, benda padat) | Rasional : Kondisi tertentu dapat menyebabkan risiko perubahan ventilasi pada pasien yang ditandai dengan perubahan frekuensi, kedalam, dan ritme napas |

| | | |
|---|--|--|
| | |  |
| 10. Tempatkan lengan pasien dalam posisi rileks diatas perut atau dada pasien atau letakkan tangan perawat tepat di atas perut pasien | Rasional : Pastikan dinding dada dan gerakan perut dapat terlihat dengan jelas. Posisi pada saat pengukuran respirasi sama dengan posisi saat pengukuran denyut nadi sehingga pengukuran respirasi tidak terlalu tampak. Hitung dengan melihat gerakan tangan atau perawat yang diletakkan di atas perut atau dada bawah naik turun selama siklus pernapasan |  |
| 11. Amati siklus pernapasan lengkap (satu inspirasi dan satu ekspirasi) | Rasional : Laju pernapasan hanya dapat dinilai dengan akurat setelah perawat melihat satu siklus pernapasan |  |

| | |
|--|--|
| <p>12. Setelah siklus diamati, lihatlah jarum detik jam tangan dan mulai menghitung angka, ketika jarum detik mulai, mulai jangka waktu menghitung 1 dengan siklus pernapasan penuh pertama</p> | <p>Rasional : Waktu dimulai dengan hitungan 1. Respirasi terjadi lebih lambat daripada denyut nadi, sehingga waktu tidak dimulai dengan 0.</p>  |
| <p>13. Monitor kedalaman pernapasan dengan mengamati tingkat pergerakan dinding dada sambil menghitung laju napas. Perawat secara objektif menilai kedalaman dengan palpasi dinding dada atau auskultasi bagian posterior dada setelah menghitung laju napas. Hasil periksa kedalaman pernapasan yaitu dangkal, normal atau dalam.</p> | <p>Rasional : Karakteristik ventilasi dapat menunjukkan penyakit tertentu yang membatasi volume udara bergerak masuk dan keluar dari paru-paru</p>  |
| <p>14. Monitor ritme/irama pernapasan. Pernapasan normal adalah teratur dan tidak terganggu</p> | <p>Rasional : Karakteristik ventilasi dapat menunjukkan jenis gangguan pernapasan tertentu</p> |

| | |
|--|--|
| |  |
| 15, Lepaskan handscoen | Rasional : Mengurangi transmisi organisme  |
| Fase Terminasi 16. Beri <i>reinforcement positif</i> | Rasional : Menghargai dan menghormati pasien  |
| 17. Rapikan alat | Rasional : Alat terlihat rapi  |

| | |
|---|--|
| 18. Cuci tangan | Rasional : Mencegah transmisi organisme  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 19. Evaluasi respon klien terhadap tindakan dan hasil tindakan | Rasional : Mengetahui respon pasien dan meningkatkan partisipasi pasien dalam perawatan dan pemahaman status kesehatan pasien  |
| 20. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Rasional : Laporkan hasil tindakan untuk status kesehatan pasien  |
| Sikap | |
| 21. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Rasional : Mengurangi transmisi organisme dan mencegah terjadinya infeksi |

| | |
|--|--|
| |  |
| 21. Melakukan tindakan dengan sistematis | Rasional : Memudahkan melakukan tindakan yang tepat |
| 22. Komunikatif dengan pasien | Rasional : Meningkatkan kenyamanan dan kepercayaan pasien  |
| 22. Percaya diri | Rasional : Menyakinkan kemampuan diri dalam melakukan tindakan  |

Daftar Pustaka

- Dougherty, L & Lister, S. 2015. Manual of Clinical Nursing Procedures (9th. Ed).UK: The Royal Marsden NHS Foundation Trust
- Novieastari, Enie & Supartini, Yupi. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis. Edisi Indonesia. Singapore : Elsevier
- Perry,A.G & Potter, P.A. 2015. Nursing Skills & Procedures (8th ed). St Louis: Mosby Elsevier
- PPNI. 2021. Standar Operasional Prosedur. Jakarta : PPNI

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MENGUKUR SUHU TUBUH



MENGUKUR SUHU TUBUH

1. Definisi

Pemeriksaan suhu yaitu suatu pemeriksaan yang digunakan untuk menilai kondisi metabolisme dalam tubuh, di mana tubuh menghasilkan panas secara kimiawi melalui metabolisme darah (Hidayat, A.A. dkk. 2015).

Mengukur suhu tubuh dengan menggunakan termometer yang ditempatkan di oral (mulut), aksila (ketiak), rektal (anus) (Wongkar,M.F. 2015).

2. Tujuan

Untuk mengetahui rentang suhu tubuh (alimul kecil) dan menilai keseimbangan suhu tubuh serta membantu menentukan diagnosis dini suatu penyakit (Hidayat,A.A. 2009). Untuk menentukan tindakan keperawatan dan membantu menentukan diagnosis (Wongkar,M.F. 2015).

3. Indikasi

- a. Pada pasien dengan keluhan demam (suhu tubuh $\geq 37^{\circ}\text{C}$)
- b. Pada pasien dengan hipotermi (suhu tubuh 36°C)
- c. Pengukuran suhu tubuh juga dilakukan pada seluruh pasien dengan kasus apapun

4. Kontraindikasi

Pada pasien yang mengalami iritasi / luka pada mulut, aksila dan rectal

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Alat yang digunakan dalam kondisi baik / berfungsi
- b. Pasien kooperatif pada saat melakukan tindakan
- c. Pasien yang tidak mengalami iritasi / luka pada mulut, aksila dan rectal

7. Contoh Kasus

Seorang pasien berusia 35 tahun, dibawa keluarga ke IGD dengan keluhan demam. Hasil anamnesa: pasien mengatakan demam, mual – muntah dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik: wajah pasien tampak meringis, keadaan umum lemah, akral teraba hangat, mukosa bibir kering.

Apakah tindakan pengukuran tanda-tanda vital (TTV) yang mendukung keluhan demam pasien?

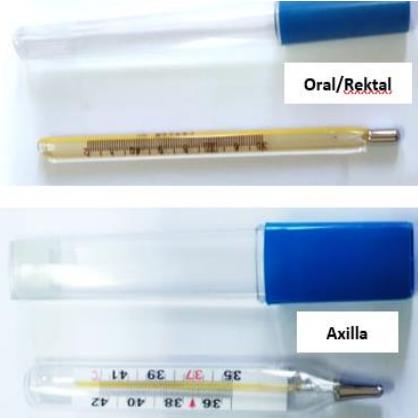
- a. Mengukur frekuensi napas
- b. Mengukur tekanan darah
- c. **Mengukur suhu tubuh**
- d. Mengukur BMR
- e. Mengukur nadi

7. Pembahasan soal kasus

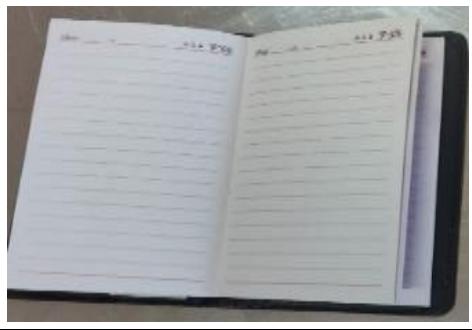
Pada kasus tersebut, yang menjadi kata kunci nya adalah demam dan akral hangat.

sehingga perawat harus segera melakukan pemeriksaan suhu dengan memilih opsi jawaban benar yaitu C. Kenapa bukan opsi lain? Karena opsi a,b,d dan e bukan merupakan pengukuran TTV untuk mengetahui suhu tubuh pasien.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi | |
| 1. Kaji keadaan umum pasien | Rasional : Untuk memantau tingkat keparahan pasien  |
| 2. Kaji apakah pasien mampu mobilisasi (duduk, atau miring kiri-kanan) | Rasional : Untuk memastikan kemampuan dalam proses tindakan  |

| | |
|--|---|
| 3. Review catatan medis dokter | Rasional : Menyesuaikan instruksi dokter dalam tindakan Keperawatan  |
| 4. Kaji kesiapan psikologis pasien untuk dilakukan pengukuran suhu tubuh | Rasional : Membantu pasien kooperatif selama Tindakan  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi 1. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) a. Termometer | Rasional : Untuk mengukur suhu tubuh  |
| b. Bengkok / piala ginjal | Rasional : Menampung alat/bahan yang telah digunakan |

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| | |  |
| c. Tisu | Rasional : Mengeringkan thermometer |  |
| d. Vaseline | Rasional : Melumasi thermometer |  |
| e. Kapas alkohol | Rasional : Mendesinfeksi thermometer |  |
| f. Sarung tangan / handschoen | Rasional : Melindungi infeksi silang |  |

| | |
|--|--|
| g. Bolpoin | <p>Rasional : Menulis hasil Tindakan</p>  |
| h. Buku catatan suhu | <p>Rasional : Mencatat hasil pengukuran suhu tubuh</p>  |
| <p>2. PERSIAPAN PASIEN</p> <p>a. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien</p> | <p>Rasional : Membina hubungan saling percaya dengan pasien</p>  |
| b. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | <p>Rasional : Agar pasien memahami tindakan yang diberikan</p>  |

| | |
|--|---|
| c. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) | Rasional : Memberikan kenyamanan pada pasien selama Tindakan  |
| 3. PERSIAPAN LINGKUNGAN a. Jaga privasi pasien (tutup tirai) | Rasional : Memberikan kenyamanan pada pasien  |
| b. Atur turunkan penghalang tempat tidur | Rasional : Memberikan kenyamanan pada pasien dan agar tidak menghalangi saat pemberian Tindakan  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| Fase Kerja A. Pemeriksaan suhu Oral 1. Cuci tangan | Rasional : Menghilangkan kuman atau kotoran di tangan |

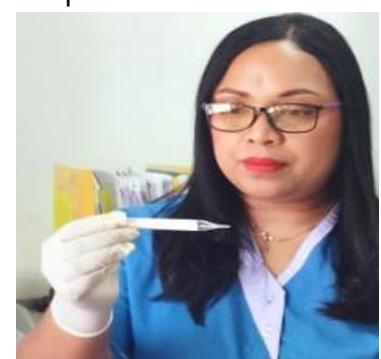
| | | | |
|--|--|--|--|
| | |  | |
| 2. Pakai handscoen | Rasional : Menghindari kontak silang dengan pasien |  | |
| 3. Atur posisi pasien (nyaman) | Rasional : Melancarkan proses tindakan dan memberikan kenyamanan pada pasien |  | |
| | Pemeriksaan suhu Oral | | |
| 4. Pastikan thermometer dalam keadaan bersih sebelum digunakan | Rasional : Menghilangkan kuman lengket pada pasien |  | |
| 5. Tentukan letak bawah lidah | Rasional : Mempermudah meletakkan thermometer | | |

| | | |
|---|--|--|
| | |  |
| 6. Turunkan suhu thermometer di bawah 34-35°C | Rasional : Memperoleh suhu yang akurat |  |
| 7. Letakkan ujung thermometer dibawah lidah sejajar dengan gusi | Rasional : Mengukur suhu tubuh bawah lidah |  Pemeriksaan suhu Oral |
| 8. Anjurkan mulut pasien dikatupkan selama 3 – 5 menit (jika thermometer digital, setelah berbunyi diambil kembali dan baca hasilnya) | Rasional : Mematenkan letak thermometer agar tidak jatuh |  |

| | |
|--|---|
| 9. Angkat thermometer dan baca hasilnya | Rasional : Menentukan hasil pengukuran suhu tubuh  |
| 10. Catat hasil | Rasional : Bukti dokumentasi hasil pengukuran  |
| 11. Bersihkan thermometer dengan tisu dan lanjutkan bersihkan dengan kapas alkohol | Rasional : Menghilangkan kuman yang berada pada thermometer  |
| 12. Pastikan thermometer bersih dan simpan pada tempatnya setelah digunakan | Rasional : Menghindari tercecerinya thermometer  |
| B. Pemeriksaan Suhu Rektal | |

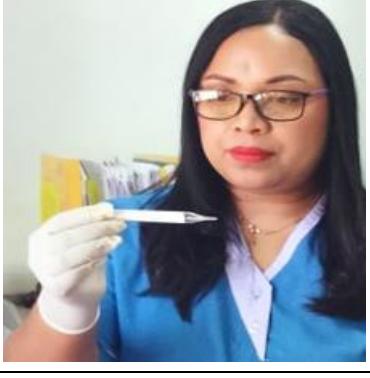
| | |
|--|--|
| 1. Cuci tangan | Rasional : Menghilangkan kuman atau kotoran di tangan  |
| 2. Gunakan handscoen | Rasional : Menghindari kontak silang dengan pasien  |
| 3. Atur posisi pasien (nyaman/ posisi sim/ miring kiri/ kanan / telungkup) | Rasional : Melancarkan proses tindakan dan memberikan kenyamanan pada pasien  |
| 4. Pakaian diturunkan sampai bawah glutea (bokong) | Rasional : Mempermudah meletakkan thermometer |

| | | |
|---|--|--|
| | |  |
| | | Pemeriksaan Suhu Rektal |
| 5. Bersihkan rectal pasien | Rasional : Menghilangkan kotoran pada rektal pasien |  |
| 6. Pastikan thermometer berfungsi dengan baik dan bersihkan thermometer sebelum digunakan | Rasional : Agar memastikan thermometer berfungsi dan thermometer dalam keadaan bersih / tidak menularkan kuman pada pasien |  |
| 7. Tentukan thermometer, standarkan pada nilai nol | Rasional : Memperoleh suhu yang akurat | |
| 8. Oleskan vaselin (sebagai pelumas) pada ujung thermometer | Rasional : Untuk melicinkan ujung thermometer saat masuk ke dalam rectal dan tidak mengiritasi lubang rectal pasien | |

| | | |
|---|---|--|
| | |  |
| 9. Letakkan telapak tangan pada sisi glutea pasien dan masukkan ujung thermometer ke dalam rektal secara perlahan dengan posisi lurus hingga kedalaman sekitar 1,5 – 2,5 cm | Rasional : Untuk membuka bokong pasien mempermudah melihat lubang rectal pasien saat memasukan thermometer dan menghindari rasa nyeri pada pasien |  |
| 10. Pastikan pasien tidak bergerak | Rasional : Mematenkan letak thermometer agar tidak jatuh |  |
| 11. Setelah 3 – 5 menit angkat thermometer (manual) dari rektal pasien dan baca hasilnya, (jika thermometer digital, setelah berbunyi diambil kembali dan baca hasilnya) | Rasional : Menentukan hasil pengukuran suhu tubuh dan melihat hasil pengukuran suhu tubuh pasien |  |
| 12. Catat hasil pengukuran | Rasional : Bukti dokumentasi hasil pengukuran | |

| | |
|---|--|
| |  |
| 13. Bersihkan thermometer dengan tisu, lalu bersikan dengan kapas alkohol, keringkan lalu simpan pada tempatnya | Rasional : Menghilangkan kuman yang berada pada thermometer dan menghindari terceceranya / rusaknya thermometer  |
| C. Pemeriksaan Suhu Aksila | |
| 1. Cuci tangan | Rasional : Menghilangkan kuman atau kotoran di tangan  |
| 2. Gunakan handscoen | Rasional : Menghindari kontak silang dengan pasien |

| | |
|---|--|
| |  |
| 3. Atur posisi pasien (nyaman/ supinasi /fowler / semi fowler) | Rasional : Melancarkan proses tindakan dan memberikan kenyamanan pada pasien  |
| 4. Tentukan letak aksila | Rasional : Memastikan area pengukuran aman  |
| 5. Bersihkan menggunakan tissue (pastikan aksila kering) dan thermometer bersih sebelum digunakan | Rasional : Mempermudah meletakkan thermometer dan menghilangkan kotoran pada rektal pasien  |

| | |
|--|--|
| 6. Turunkan suhu thermometer di bawah 34-35°C | <p>Rasional : Agar memastikan thermometer berfungsi dan memperoleh suhu yang akurat</p>  |
| 7. Letakkan thermometer pada daerah aksila dengan lengan pasien dilipatkan ke dada | <p>Rasional : Untuk mengukur suhu tubuh aksila dan mematenkan letak thermometer agar tidak jatuh</p>  |
| 8. Setelah 3 – 10 menit thermometer di angkat dan baca hasilnya | <p>Rasional : Waktu pengukuran selesai dan melihat hasil pengukuran suhu tubuh pasien</p>  |
| 9. Catat hasil pengukuran | <p>Rasional : Bukti dokumentasi hasil pengukuran</p> |

| | |
|---|--|
| |  |
| 10. Bersihkan thermometer dengan tisu, lalu bersikan dengan kapas alkohol, keringkan lalu simpan pada tempatnya | Rasional : Menghilangkan kuman yang berada pada thermometer dan menghindari terceceranya / rusaknya thermometer  |
| Fase Terminasi | |
| 1. Beri <i>reinforcement positif</i> | Rasional : Menghargai pasien dan berterimakasih karena telah kooperatif selama tindakan |
| 2. Rapikan alat | Rasional : Agar alat-alat yang telah digunakan dapat tertata rapih seperti semula |
| 3. Cuci tangan | Rasional : Membersihkan kotoran/kuman/bakteri setelah melakukan tindakan |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi pasien terhadap kondisi demam | Rasional : Memastikan perubahan kondisi pasien |
| 2. Evaluasi akral pasien | Rasional : Memastikan akral pasien sudah normal atau belum |

| | |
|--|--|
| 3. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan | Rasional : Mengevaluasi adanya perubahan kondisi dan adanya keluhan baru dari pasien |
| 4. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Rasional : Sebagai bukti pelaksanaan tindakan dan sebagai tanggung-gugat |
| Sikap | |
| 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | Rasional : Menghindari infeksi silang antara pasien dan perawat |
| 2. Melakukan tindakan dengan sistematis | Rasional : Agar memaksimalkan prosedur tindakan |
| 3. Komunikatif dengan pasien | Rasional : Menghindari kecemasan |
| 4. Percaya diri | Rasional : Agar pasien tidak ragu terhadap tindakan yang dilakukan |

Daftar Pustaka

Buku Standar Operasional Prosedur PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI.

Hidayat,A.A. 2015. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Salemba medika

Wongkar,M.F. 2015. Keterampilan Perawatan Gawat Darurat dan Medikal Bedah. Yogyakarta: Gosyen Publishing. Catakan Pertama

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PEMBERIAN MAKAN DAN MINUM

VIA ORAL



PEMBERIAN MAKAN DAN MINUM VIA ORAL

1. Definisi

Pemberian makan dan minum secara oral adalah memberikan pasien makanan dan minuman langsung melalui mulut sesuai dengan daftar makanannya (diit). Pemberian makan dan minum secara oral merupakan kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan cairannya sendiri dengan bantuan pemberian makan dan minum secara oral.

2. Tujuan

- a. Membantu pemenuhan kebutuhan cairan tubuh pasien
- b. Memberikan makanan dan minuman kepada pasien tepat pada waktunya dan sesuai dengan kebutuhan diitnya

3. Indikasi

Pasien yang tidak dapat mengkonsumsi makanan dan minuman secara mandiri yang disebabkan karena suatu penyakit atau trauma tubuh

4. Kontra Indikasi

- a. Pasien yang tidak sadar.
- b. Pasien dengan keluhan kesulitan menelan.
- c. Pasien yang muntah darah.

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar pasien.
- b. Sebelum disajikan, makanan diperiksa untuk memastikan memenuhi daftar gizi/diet pasien.
- c. Usahakan menyajikan hidangan dalam keadaan yang hangat kecuali ada kontraindikasi.
- d. menyajikan makanan secukupnya, tidak terlalu banyak, tidak terlalu sedikit.
- e. Peralatan makanan dan minuman harus dalam keadaan bersih
- f. Untuk pasien anak, usahakan menggunakan peralatan yang menarik perhatiannya.

- g. Bagi pasien yang sudah bisa makan secara mandiri, harus diperhatikan apakah makanan yang dimakannya sudah habis atau belum habis.
- h. Perhatikan selera dan keluhan pasien saat makan, serta reaksinya setelah makan.

6. Contoh Kasus

Seorang perawat komunitas sedang melakukan perawatan pada seorang siswa yang baru sadar dari pingsan saat upacara 17 Agustus. Saat ini perawat sedang memberikan teh manis untuk meningkatkan gula darah dan mengembalikan energi yang diperlukan tubuhnya. Setelah itu perawat selanjutnya memberikan edukasi agar siswa tetap beristirahat dulu selama 15 menit sebelum kembali berdiri.

Apakah prinsip etik yang sedang diterapkan oleh perawat?

- a. Veracity
- b. Autonomi
- c. Beneficence
- d. Accountability
- e. Non maleficence

Jawaban : D. Accountability

7. Pembahasan soal kasus

Data Fokus

- a. Seorang perawat komunitas sedang melakukan perawatan pada seorang siswa yang baru sadar dari pingsan saat upacara 17 Agustus.
- b. perawat sedang memberikan teh manis untuk meningkatkan gula darah dan mengembalikan energi yang diperlukan tubuhnya. Setelah itu perawat selanjutnya memberikan edukasi agar siswa tetap beristirahat dulu selama 15 menit sebelum kembali berdiri.

Dari data diatas maka prinsip etik yang sedang diterapkan oleh perawat saat ini adalah prinsip etik accountability karena **Accountability (akuntabilitas)** adalah Menjalankan asuhan keperawatan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| Fase Prainteraksi | |
| 1. Mengidentifikasi kemampuan pasien | Rasional : Untuk menvalidasi kemampuan yang dimiliki pasien dalam tindakan ini  |
| 2. Mengkaji fungsi gastrointestinal | Rasional : Untuk menentukan apakah pemberian tindakan sudah tepat |
| 3. Mengkaji daftar makanan sesuai dengan diit pasien | Rasional : Untuk memastikan makanan yang akan diberikan sudah sesuai dengan diit dari tim gizi |
| 4. Mengidentifikasi kemampuan pasien untuk menelan | Rasional : Untuk menvalidasi kemampuan yang dimiliki pasien dalam tindakan ini |
| 5. Mengidentifikasi toleransi terhadap makanan | Rasional : Mencegah kemungkinan terjadinya masalah baru |
| 6. Mengkaji jenis makanan yang disukai atau yang tidak disukai pasien | Rasional : Untuk meningkatkan selera makan pasien |

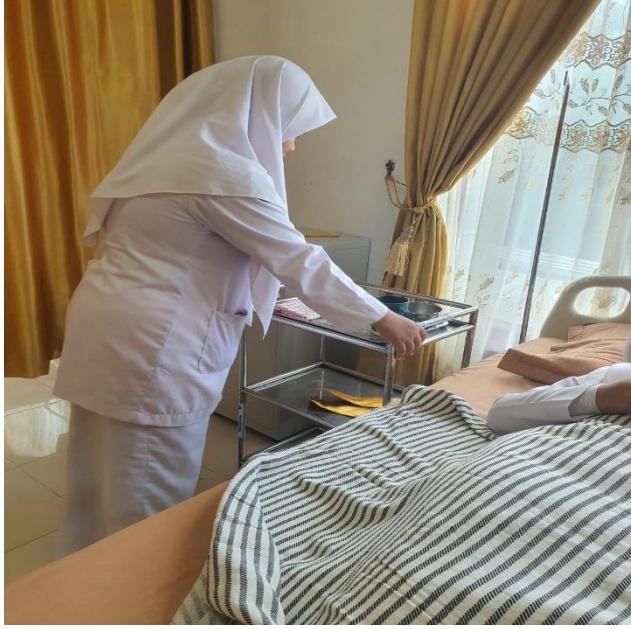
| | |
|--|--|
| 7. Mengidentifikasi kemungkinan adanya alergi makanan | Rasional : Mencegah kemungkinan terjadinya masalah baru |
| 8. Mencuci tangan | Rasional : Mencegah infeksi silang  |
| 9. Menyiapkan alat | Rasional : Memudahkan dalam melakukan tindakan |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| Fase Orientasi 10. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) | Rasional : Memudahkan dalam melakukan tindakan  |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Obat (<i>jika perlu</i>) | |
| <p>PERSIAPAN KLIEN</p> <p>11. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien</p> | <p>Rasional : Agar terbina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien</p>  |
| <p>12. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> | <p>Rasional : Agar pasien mengetahui apa yang hendak perawat laksanakan sehingga mengurangi kecemasan.</p>  |

| | |
|--|--|
| 13. Menanyakan persetujuan pasien/keluarga untuk dilakukan tindakan | <p>Rasional : <i>Inform concern / bukti bahwa tindakan yang dilakukan atas persetujuan pasien atau keluarga</i></p>  |
| <p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>14. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> | <p>Rasional : Memberikan kenyamanan dan privasi kepada pasien selama tindakan dilakukan</p>  |

| | |
|---|--|
| 15.Turunkan penghalang tempat tidur | Rasional : Memudahkan perawat dalam menjangkau pasien untuk memberikan makan dan minum |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| Fase Kerja 16.Membawa makanan dengan menggunakan baki | Rasional : Memudahkan dalam keperluan peralatan yang dibutuhkan |



| | |
|---|---|
| 17. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan | <p>Rasional : Memudahkan perawat dalam proses pemberian makan dan minum</p>  |
| 18. Meminta pasien berpartisipasi dalam tindakan (mengatur posisi nyaman) | <p>Rasional : Agar selama pemberian makan dan minum pasien merasa nyaman dengan situasi dan kondisi</p> |

| | |
|---|--|
| |  |
| 19. Membentangkan serbet di bawah dagu pasien | <p>Rasional : Agar makanan tidak mengotori pakaian pasien</p>  |

| | |
|---|---|
| 20. Duduk dengan posisi yang memudahkan perawat dan memberikan kenyamanan pada pasien | <p>Rasional : Agar selama pemberian makan dan minum pasien merasa nyaman dengan situasi dan kondisi</p>  |
| 21. Menganjurkan pasien baca doa dan minum sedikit terlebih dahulu | <p>Rasional : Berhubungan dengan spiritual pasien</p> |

| | |
|---|--|
| |  |
| 22. Menyapkan makanan sedikit sesuai dengan kondisi pasien dengan menggunakan sendok atau garpu | <p>Rasional : Membantu pasien dalam mengunyah makanan dan hingga menelan makanannya</p>  |
| 23. Memperhatikan apakah makanan atau minuman yang diberikan sudah ditelan habis oleh pasien | <p>Rasional : Memvalidasi adakah potensi kesulitan menelan pada pasien</p> |

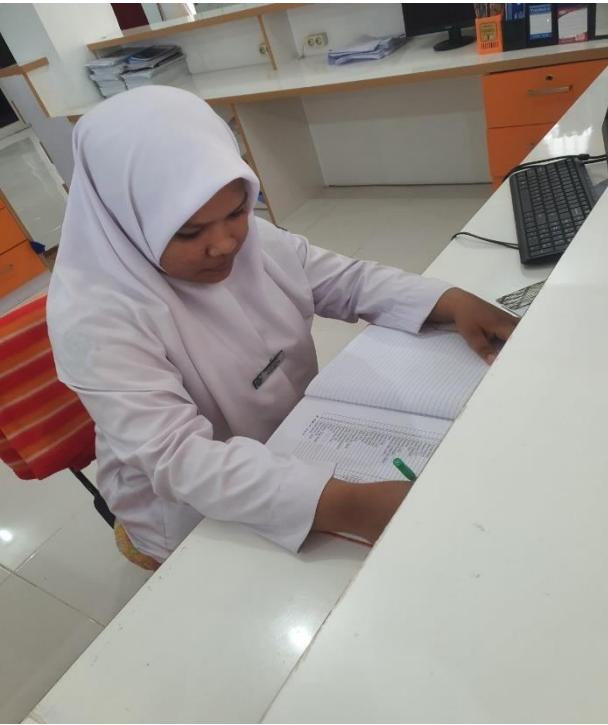
| | | |
|---|---|--|
| | |  |
| 24. Setelah menuapi makanan pasien diberikan minum secara perlahan | Rasional : Untuk mempermudah proses pemberian makan dan tetap menjaga kenyamanan pasien dalam mengunyah makanan |  |
| 25. Membersihkan mulut pasien dan sekitarnya dengan menggunakan tissu | Rasional : Agar kebersihan mulut pasien tetap terjaga | |

| | |
|---|---|
| |  |
| 26. Jika ada obat lanjutkan dengan pemberian obat | Rasional : Agar membantu pasien untuk mendapatkan terapinya sesuai dengan jadwal |

| | |
|---|---|
| |  |
| 27. Anjurkan pasien untuk duduk sejenak sebelum kembali berbaring |  <p>Rasional : Memberikan kesempatan untuk relaksasi</p> |
| Fase Terminasi 28. Rapikan alat dan pasien | <p>Rasional : Pengembalian alat pada tempatnya untuk penggunaan selanjutnya</p> |

| | |
|---------------------------------------|---|
| |  |
| 29. Beri <i>reinforcement positif</i> | Rasional : Menambah sugesti positif untuk pasien  |
| 30. Cuci tangan | Rasional : Mencegah infeksi silang |

| | |
|---|---|
| |  |
| 31. Mendokumentasikan prosedur dan hasil observasi dalam catatan pasien | <p>Rasional : Sebagai data dalam catatan perkembangan pasien</p>  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |

| | |
|---|---|
| 32. Evaluasi respon pasien (perasaan aman dan nyaman) | <p>Rasional : Menvalidasi tingkat kenyamanan pasien dalam tindakan</p>  |
| 33. Catat respon pasien terhadap tindakan (catat bagaimana porsi makanan yang dihabiskan) | <p>Rasional : Sebagai data dalam pengkajian pasien</p>  |
| Sikap | |

| | |
|---|--|
| 34. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan | <p>Rasional : Mencegah infeksi silang</p>  |
| 35. Melakukan tindakan dengan sistematis | <p>Rasional : Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien selama tindakan</p> |
| 36. Komunikatif dengan pasien dalam membina hubungan saling percaya | <p>Rasional : Meminimalisasi tingkat kecemasan pasien</p> |
| 37. Percaya diri | <p>Rasional : Agar terciptanya hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat</p> |

Daftar Pustaka

- Alimul. (2016). Buku Dasar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika
- Eni Kusyanti. (2014). Keterampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta: EGC
- Rebeiro dkk. (2015). Manual Keterampilan Klinis Keperawatan Dasar. Jakarta: Elsevier

PROFIL PENULIS

Penulis Utama



Ns. Nina Sunarti, M.Kep. Lahir di Bekasi pada tanggal 05 Maret 1982 putri ke dua dari pasangan Eddy Sunarso (Alm) dan Nakirah (Alm). Penulis berhasil menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan (2004), Ners (2005) dan S2 Keperawatan (2014) di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini penulis adalah Dosen Tetap di Akademi Keperawatan Harum Jakarta. Mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, Keperawatan Medikal Bedah, Riset Keperawatan, Caring Manajemen, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Dasar, Konsep Dasar Keperawatan dan Anatomi Fisiologi. Sebagai dosen menjalankan Tridharma, melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat dan sebagai narasumber/fasilitator. Karya yang sudah ada artikel dalam jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Beliau juga aktif dalam organisasi PPNI Jakarta Utara, pernah menjabat sebagai ketua dan sekretaris DPK Akper Harum. Alamat Email : nina@akperharum.ac.id.

PROFIL PENULIS



Siti Rukayah, SKp, M.Kep merupakan dosen pengajar pada Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta. Penulis pengampuh Mata kuliah Konsep Keperawatan Anak, Konsep Dasar Keperawatan, Metodologi Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Promosi Kesehatan dan Dokumentasi Keperawatan. Jenjang akademik penulis ditempuh dari jenjang S-1 pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 1996-2000. Kemudian pada tahun 2011 melanjutkan pendidikannya di Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2011-2013. Selain mengajar, penulis juga terbilang aktif mengikuti kegiatan publikasi ilmiah. Beberapa artikel yang telah terbit antara lain: Pengaruh Terapi Akupresur terhadap Mual Muntah Lambat Akibat Kemoterapi pada Anak Usia Sekolah yang Menderita Kanker di RS Kanker Dharmas Jakarta (2014), Hubungan Pengetahuan dan Sikap Lansia Dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Kecamatan Pondok Gede Kota Bekasi Tahun 2013, Hubungan Pengetahuan dan Lingkungan dengan Perilaku Pencegahan Chikungunya pada Masyarakat RW 01 Kelurahan Kranji Kota Bekasi (2015), Hubungan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Pada Siswa Siswi SMK PHI Bekasi (2018) dan beberapa penelitian lainnya. Penulis juga aktif mengikuti berbagai kegiatan ilmiah dan diberi kesempatan sebagai pemateri. Beberapa kegiatan tersebut antara lain : Terapi Akupresur Pada Anak dengan Kanker (Jakarta, 2016), Registrasi Tenaga Kesehatan (Jakarta, 2017), Sosialisasi Beban Kerja Dosen (Jakarta, 2022), Pencegahan dan Penanganan Stunting Pada Anak (Jakarta, 2023). Dan juga aktif dalam menghasilkan buku salah satunya yaitu Konsep Dasar Keperawatan Anak (2022), Buku Keperawatan Anak D3 Jilid 2 (2022), Asuhan Keperawatan Pada Bayi Risiko Tinggi (2023), Kumpulan Latihan Soal Ukom D III Keperawatan (2023). Semoga buku ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan bagi pembaca semuanya. Penulis dapat dihubungi melalui email : audiaukay@yahoo.com

PROFIL PENULIS



Nurlailah Umar, S.Kep., Ns., M.Kes. Penulis dilahirkan di Pare-Pare, Kotamadya Pare-Pare Sulawesi Selatan pada tanggal 13 Januari 1969 dari ayah (Alm) H. Sy. Umar Hadi dan Ibu Hj. Tika. Penulis merupakan Putri ketiga dari delapan bersaudara. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar di SDN Batu Bulu Siwa pada tahun 1984. Tahun 1987 penulis menyelesaikan Pendidikan pada SMP Negeri 2 Soppeng. Tahun 1988 penulis lulus dari SPK Labuang Baji Ujung Pandang. Pada tahun 1991 penulis terangkat PNS ditempatkan pada daerah Transmigrasi di Kec. Palangga Kabupaten Unaha Sulawesi Tenggara sebagai perawat pelaksana. Pada tahun 1997 penulis berhasil lulus seleksi pada Akademi Keperawatan Ujung Pandang Sulawesi Selatan dan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan tersebut pada tahun 2000 dan memperoleh gelar AMK. Sejak tahun 2000 penulis mulai aktif dalam dunia pendidikan dan menjadi seorang pengajar pada SPK Depkes Kendari. Penulis melanjutkan pendidikan pada jenjang Strata I Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) pada fakultas Kedokteran UNHAS Makassar pada tahun 2004, dan mendapatkan gelar S.Kep, selanjutnya melanjutkan ke Program Profesi Ners pada tahun 2005 dan mendapatkan gelar, Ns. Selanjutnya pada tahun 2019 penulis melanjutkan Pendidikan Magister Pada Fakultas Kedokteran UNHAS Biomedik Konsentrasi Magister Manajemen Emergency dan Disaster, penulis berhasil memperoleh Gelar Magister Kesehatan (M.Kes) pada tahun 2012. Pada tahun yang sama penulis mengikuti pekerti di UNHAS. selanjutnya Tahun 2015 oleh Rektor Universitas Gajah Mada (UGM) Lulus Sertifikasi Dosen serta dan dinyatakan sebagai DOSEN PROFESIONAL. Hingga saat ini penulis adalah dosen yang aktif pada Poltekkes Kemenkes Palu Program Studi Diploma III Keperawatan Palu.



Anni Sinaga, S.Kp., M.Kep. Nomor Sertifikat: 12104320509719. NIP/NIK/NIDN : 01025 / 04.0104.7602. Lahir Duri, 01-04-1976. Agama Kristen Protestan. Golongan/Pangkat III C. Jabatan Akademik Lektor. Institusi /Perguruan Tinggi : Institut Kesehatan Immanuel Bandung. Alamat Institusi: Jln Kopo 161 Bandung. Telp/FaksPerguruan Tinggi : 022-5212326 Alamat Rumah : Perumahan Cluster Rancamanyar C-14. Telp/Faks: 022-87775803. Alamat Email : annisinaga1@gmail.com. Riwayat Pendidikan Program Studi 2001 S1 Keperawatan UNPAD Keperawatan. 2011 S2 Keperawatan UNPAD Keperawatan Komunitas.

PROFIL PENULIS



Syafrina Arbaani Djuria, lahir di Pangkalpinang 05 September 1991 merupakan dosen di Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, lulusan Prodi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2013, kemudian melanjutkan Profesi Ners di kampus yang sama, lulus Maret tahun 2015. Penulis menempuh pendidikan S2 Keperawatan Peminatan Onkologi di Universitas Indonesia Tahun 2020. Penulis pernah memiliki pengalaman bekerja di Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang selama 8,5 tahun. semenjak kuliah, penulis aktif diberbagai organisasi kampus baik internal maupun eksternal, pernah menjadi ketua bidang, sekretaris dan bendahara di beberapa organisasi. Selain itu, penulis semasa kuliah aktif menulis Program Kreativitas Mahasiswa (PKM) dan mendapatkan hibah penelitian.



Ferawati, S.Kep, Ns., M.Kep adalah Seorang dosen di ISTeK Insan Cendekia Husada Bojonegoro pada Program Studi Ilmu Keperawatan/Ners. Menempuh pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta tahun 2008, Profesi Ners di STIKes Surya Global Yogyakarta tahun 2010 dan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2017 lahir di Bojonegoro, 11 Juli 1984 dan bertempat tinggal di Desa Batokan RT.10/RW.02 Kec. Kasiman, Kabupaten Bojonegoro. Beliau juga aktif di dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat serta luaran dari Penelitian dan Pengabdian masyarakat dipublikasikan pada jurnal terakreditasi ataupun Buku.



Ns. Dherlirona, S.Kep., M.Kep. Lahir Di Palembang Pada Tanggal 25 Maret 1986. Beliau Lulus S1 Keperawatan Di STIK Bina Husada Palembang Pada Tahun 2008, Lulus Profesi Ners Dari STIK Bina Husada Palembang Pada Tahun 2009, Dan Lulus S2 Manajemen Keperawatan Di Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun 2016. Beliau Memiliki Pengalaman Pekerjaan : Sebagai Perawat Di RS.Harum Jakarta Timur Dari Bulan Januari 2010 – November 2010 Sebagai Perawat Pelaksana, Beliau Juga Perna Sebagai Dosen Akademi Kesehatan Yayasan RS.Jakarta Bulan November 2010 –Desember 2021 Struktural Sebagai Sekretaris Prodi Keperawatan (Terakhir), Perna Juga Kerja Di Klinik Promedika Health & Beauty Center Bekasi Bulan November 2021 – Juni 2022 Sebagai PJ.Health, Sekarang Beliau Bekerja Di RS.Yadika Pondok Bambu Jakarta Bulan Juli 2022 – Sekarang Sebagai Kasie Mutu & Diklat Keperawatan Dan Beliau Juga Saat Ini Sebagai Dosen Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma 01 Desember 2022 - Sekarang. Email : Dherlirona@yahoo.com.

PROFIL PENULIS



Ns. Azhar Mu'alim, M.Kep. Ponsel : 0823-6692-5619. Email: azharmualim27@gmail.com. Akun Instagram: mualim_azhar. Alamat kantor : Jl. Cot Teungoh No 15 Keuniree, Sigli Pidie, Aceh Id. 24151. Bidang keahlian: Keperawatan Komunitas Riwayat pekerjaan/profesi (10 tahun terakhir): Staff Kemahasiswaan PSIK STIKes Medika Nurul Islam (2015–2016). Staff Kemahasiswaan Profesi Ners STIKes Medika Nurul Islam (2016–2018). Ka.Bag Kemahasiswaan Profesi Ners STIKes Medika Nurul Islam (2018 – 2021). Wakil Ketua III Bid.Kemahasiswaan STIKes Medika Nurul Islam (2021 – Sekarang). Bekerja sebagai Dosen

Departemen Keperawatan Komunitas pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medika Nurul Islam (2020 – Sekarang). Riwayat Pendidikan Tinggi dan Tahun Belajar: S-2: Magister Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala (2021). S-1: Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medika Nurul Islam (2015). Judul Buku dan Tahun Terbit (10 Tahun Terakhir) : Buku Ajar Kumpulan Latihan Soal UKOM Profesi Ners (2023). Informasi Lain: Putra Bungsu dari pasangan (Alm. Hasbi Ben Puteh) dan (Almh. Habibah Achmad) lahir di desa Meunasah Kumbang, 27 Juni 1991. Provinsi Aceh. Telah menikah dengan (Cut Fika Rozia) dan memiliki 2 Putra dan Putri (Muhammad Syakir Rizqullah dan Miziana Bella Azzahra). Aktif mengajar di Prodi Sarjana Keperawatan di STIKes Medika Nurul Islam, ikut berpartisipasi dalam beberapa kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat fokus nya pada Keperawatan komunitas, serta sebagai pengurus DPD PPNI Kabupaten Pidie.



Veronika Toru, S.Kep., Ns.M.Kep. Staf Dosen pada Prodi Keperawatan Waingapu. Lahir di Sumba Timur 13 September 1984, penulis menempuh Sekolah Dasar Inpres Lailara, SLTP Negeri 2 Waingapu, SMA Kristen Payeti Waingapu yang berada di Kabupaten Sumba Timur, tamat DIII Keperawatan di Prodi Keperawatan Waingapu tahun 2005, lulus CPNS tahun 2006 dan langsung ditempatkan kembali pada Program Studi Keperawatan Waingapu. Tahun 2010 melanjut Pendidikan S1 Keperawatan pada Universitas Diponegoro dengan peminatan CMHN (Community Mental Healht Nursing), tahun 2015 melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang dengan peminatan manajemen keperawatan. Penulis sangat tertarik dengan perawatan luka, penulis memiliki harapan untuk mengikuti pelatihan tentang perawatan luka modern. Penulis juga melakukan Tri dharma Perguruan Tinggi yaitu melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dengan berfokus pada penyakit tropik yang sesuai dengan keunggulan Prodi Keperawatan Waingapu. Hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang penulis lakukan telah dipublikasi pada Jurnal Keperawatan Nasional terakreditasi dan jurnal internasional. Penulis telah menyusun book chapter dan buku ajar, buku ajar ini merupakan buku ajar yang ketiga yang penulis tulis. Semoga kedepannya penulis terlibat aktif dalam menulis buku ajar, book chapter, monograf dan buku referensi. Email Penulis: jevertoru@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Ulty Desmarnita, SKp., M.Kep., SP.Mat. Penulis memiliki profesi sebagai perawat. Proses pendidikan yang dilalui mulai dari Akademi Perawat (Akper) DepKes Jakarta, lulus tahun 1985. Lanjut pendidikan S1 keperawatan, dan meneruskan bidang ilmu keperawatan pada jenjang Magister/S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas/SpMat. Semua pendidikan ini ditempuh di Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Sejak lulus dari Akper sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Jakarta III, dan saat ini di Poltekkes Kemenkes Jakarta I. Sebagai dosen menjalankan Tridharma, melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat dan sebagai narasumber/fasilitator. Karya yang sudah ada artikel dalam jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Selain mengajar Keperawatan, juga mengajar MK PBAK (Pendidikan Budaya Anti Korupsi). Disamping itu sebagai Asesor LAMPT-Kes, Asesor BKD, Anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Anggota Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI), dan Anggota ADPAKI sampai saat ini. Email Penulis: ultyhanafi@yahoo.co.id.



Yenni, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom. Penulis lahir pada tanggal 12 Mei 1976 di Dumai. Saat ini penulis dosen tetap di Institusi Universitas Sumatera Barat sampai dengan sekarang.

SINOPSIS

Kebutuhan dasar pada manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis. Hal ini tentunya, bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan Kesehatan. Kebutuhan dasar merupakan sesuatu yang sangat dibutuhkan oleh manusia untuk mencapai tingkat kesejahteraan, sehingga jika kebutuhan manusia tersebut tidak terpenuhi dengan baik maka manusia merasa tidak sejahtera. Jika kebutuhan tidak terpenuhi, dapat mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari bahkan keberlangsungan hidup. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat diantaranya pemantauan keadaan umum pasien dan pemberi perawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar yaitu personal hygiene dan pemenuhan nutrisi selama di rawat di rumah sakit.

Buku Ajar Sop Keperawatan Dasar adalah panduan yang komprehensif mengenai tindakan-tindakan dasar dalam keperawatan. Buku ini memberikan pengantar lengkap tentang Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan Dasar yang di lengkapi dengan gambar dan rasionalnya. Pembaca akan mempelajari prinsip-prinsip dalam melakukan tindakan keperawatan yang relevan dengan kebutuhan pasien dalam keperawatan, dengan tetap memperhatikan komunikasi dalam keperawatan.

Buku ini juga menyajikan Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan *personal hygiene*: memandikan pasien di atas tempat tidur, *vulva hygiene*, menggosok gigi, mencuci rambut, menyisir rambut, memotong kuku, mengganti laken, pemeriksaan tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernafasan dan mengukur suhu) dan kebutuhan nutrisi pasien: memberikan makan peroral. Pembaca akan mendapatkan pemahaman mendalam tentang tujuan, indikasi, kontraindikasi dan hal-hal apa saja yang harus diperhatikan dalam melakukan sebuah tindakan keperawatan. Buku ini juga dilengkapi dengan soal-soal uji kompetensi yang sudah dikemas dan dituliskan sesuai dengan kaidah-kaidah soal uji kompetensi lengkap dengan pembahasannya yang di sesuaikan dengan tindakan keperawatan secara komprehensif, semoga buku ini bisa menjadi sumber informasi yang berharga bagi mahasiswa dan praktisi keperawatan.

Kebutuhan dasar pada manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis. Hal ini tentunya, bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan Kesehatan. Kebutuhan dasar merupakan sesuatu yang sangat dibutuhkan oleh manusia untuk mencapai tingkat kesejahteraan, sehingga jika kebutuhan manusia tersebut tidak terpenuhi dengan baik maka manusia merasa tidak sejahtera. Jika kebutuhan tidak terpenuhi, dapat mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari bahkan keberlangsungan hidup. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat diantaranya pemantauan keadaan umum pasien dan pemberi perawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar yaitu personal hygiene dan pemenuhan nutrisi selama di rawat di rumah sakit.

Buku "Tindakan Keperawatan Dasar" adalah panduan yang komprehensif mengenai tindakan-tindakan dasar dalam keperawatan. Buku ini memberikan pengantar lengkap tentang Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan Dasar yang di lengkapi dengan gambar dan rasionalnya. Pembaca akan mempelajari prinsip-prinsip dalam melakukan tindakan keperawatan yang relevan dengan kebutuhan pasien dalam keperawatan, dengan tetap memperhatikan komunikasi dalam keperawatan.

Buku ini juga menyajikan standar operasional prosedur Tindakan Keperawatan personal hygiene : memandikan pasien di atas tempat tidur, vulva hygiene, menggosok gigi, mencuci rambut, menyisir rambut, memotong kuku, mengganti laken, pemeriksaan tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernafasan dan mengukur suhu) dan kebutuhan nutrisi pasien : memberikan makan peroral. Pembaca akan mendapatkan pemahaman mendalam tentang tujuan, indikasi, kontraindikasi dan hal-hal apa saja yang harus diperhatikan dalam melakukan sebuah tindakan keperawatan. Buku ini juga dilengkapi dengan soal-soal uji kompetensi yang sudah dikemas dan dituliskan sesuai dengan kaidah-kaidah soal uji kompetensi lengkap dengan pembahasannya yang di sesuaikan dengan tindakan keperawatan secara komprehensif, semoga buku ini bisa menjadi sumber informasi yang berharga bagi mahasiswa dan praktisi keperawatan.



Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8411-60-3

9 786238 411603



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022