

# BUKU AJAR

# **STANDAR PROSEDUR**

# **OPERASIONAL**

# **KEPERAWATAN DASAR**

Ummu Habibah, M.Kep  
Sugiarto,S.Kep.,Ners.M.Kep.  
Ns. Leni Wijaya.,S.Kep.,M.Kes  
Ns. Harmilah. S. Pd. S. Kep. M. Kep.Sp. KMB  
Eva Martini, Ners., M.Kep  
Dewiyanti, S.Kep,Ns,M.Kep  
Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS  
Tutty Aprianti M., SKp. MKes.  
Iin Ira Kartika, MKM  
Lutiyah, Ns., M.Kep  
Feby Adolf Metekohy, S.SiT.,M.Kes



# **BUKU AJAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KEPERAWATAN DASAR**

## **Penulis:**

Ummu Habibah., M.Kep.

Sugiarto, S.Kep., Ners. M.Kep.

Ns. Leni Wijaya., S.Kep., M.Kes.

Ns. Harmilah. S. Pd. S. Kep. M. Kep.Sp. KMB.

Eva Martini, Ners., M.Kep.

Dewiyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS.

Tutty Aprianti M., SKp. MKes.

Iin Ira Kartika, MKM.

Lutiyah, Ns., M.Kep.

Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes.



# **BUKU AJAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KEPERAWATAN DASAR**

## **Penulis:**

Ummu Habibah., M.Kep.  
Sugiarto, S.Kep., Ners. M.Kep.  
Ns. Leni Wijaya., S.Kep., M.Kes.  
Ns. Harmilah. S. Pd. S. Kep. M. Kep.Sp. KMB.  
Eva Martini, Ners., M.Kep.  
Dewiyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS.  
Tutty Aprianti M., SKp. MKes.  
Iin Ira Kartika, MKM.  
Lutiyah, Ns., M.Kep.  
Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes.

## **Desain Cover:**

Ivan Zumarano

## **Tata Letak:**

Siti Hartina Fatimah  
Deni Sutrisno

ISBN: 978-623-8411-58-0

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](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram: @bimbel.optimal

## **PRAKATA**

Pertama-tama penulis panjatkan pujian dan rasa syukur yang dalam kehadiran Alloh Subhanahu wa ta'ala, berkat ijin dan pertolongan-Nya hasil karya kami dapat diselesaikan dengan baik dan lancar. Buku ini kami dedikasikan kepada para mahasiswa keperawatan khususnya dan teruntuk para perawat pada umumnya, teman seprofesi dan seperjuangan dimana saja berada.

Buku Ajar Standar Prosedur Operasional Keperawatan Dasar berisi tentang prosedur tindakan keperawatan yang biasa dilakukan di lapangan baik di lahan rumah sakit maupun pelayanan *home care*. Kehadiran buku ini kami harapkan akan menambah khazanah pengetahuan klinik agar para civitas akademika dan pelaku klinis mempunyai rujukan lebih luas lagi dalam mengasah ketrampilan klinisnya.

Kelebihan buku ini adalah bukan saja tentang penjelasan tentang prosedur itu sendiri tetapi juga dilengkapi dengan langkah-langkah yang sistematis dan disertai gambar untuk tiap langkahnya. Hal ini ditujukan agar para pembaca semakin mudah dan cepat untuk memahami prosedur dalam langkah-langkahnya. Disamping itu pula, dalam langkah tindakan, kami berikan rasionalitas tindakan untuk mengasah nalar dan daya kritis para pembaca sehingga tidak terjebak dalam rutinitas dalam melakukan tindakan keperawatan.

Pada kesempatan kali ini, kami para penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada para pihak yang telah banyak berkontribusi dalam penyelesaiannya tanpa kenal lelah. Rasa terima kasih yang sangat besar kami ucapkan bagi pihak Optimal yang sangat sabar dan terus memotivasi kami dalam selalu berkarya.

Akhir kata, segala masukan dan kritikan akan sangat kami terima dengan hati lapang agar keilmuan keperawatan semakin maju dan terus maju

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
KATA SAMBUTAN.....	iv
DAFTAR ISI .....	v
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN BLADDER TRAINING .....	1
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBERIKAN KLIEN POSISI SIMS .....	13
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGGANTI KANTONG KOLOSTOMI .....	19
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMINDAHKAN KLIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA .....	29
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN ENEMA.....	39
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMAKAI DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN NON STERIL (BERSIH) .....	47
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMAKAI DAN MELEPAS SARUNG TANGAN (HANDSCOOM) STERIL .....	55
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN IRIGASI KANDUNG KEMIH DENGAN SELANG KATETER SISTEM TERTUTUP .....	63
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBERIKAN O2 MELALUI <i>REBREATHING MASK</i> ATAU <i>NON-REBREATHING MASK</i> .....	77
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGELOUARKAN FECAL IMPACTION .....	95
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT INHALASI/NEBULIZER ..	113
SINOPSIS .....	124



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **BLADDER TRAINING**

**Ummu Habibah, M.Kep**



## **BLADDER TRAINING**

*Ummu Habibah, M.Kep*

### **1. Definisi**

*Bladder Training* adalah tindakan untuk mengembalikan fungsi kandung kemih seperti sediakala setelah mengalami gangguan. Dari pengertian lain dikatakan bahwa *Bladder Training* merupakan tindakan mengembalikan pola buang air kecil dengan melakukan rangsangan keinginan buang air kecil.

### **2. Tujuan**

- a. Memfasilitasi pasien agar mempunyai pola berkemih rutin.
- b. Melatih tonus otot kandung kemih dalam rangka mencegah inkontinensia.
- c. Menambah waktu berkemih
- d. Meningkatkan kapasitas kandung kemih.
- e. Melatih kandung kemih agar dapat secara teratur dalam mengeluarkan urin
- f. Mengontrol faktor-faktor terjadinya inkontinensia.

### **3. Indikasi**

- a. Pasien dengan retensi urin.
- b. Pasien yang menggunakan kateter urin dalam waktu lama
- c. Pasien dengan inkontinenzia urin
- d. Post operasi area pelvis
- e. Pasien yang mengalami kesulitan dalam memulai atau menghentikan aliran urin.

### **4. Kontraindikasi**

- a. Sistitis
- b. Pielonefritis
- c. Gangguan pada uretra
- d. Hidronefrosis
- e. Vesicourethral reflux
- f. Batu saluran perkemihan
- g. Gagal ginjal

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

- a. Harus dilakukan dengan melihat kondisi pasien
- b. Sampaikan kepada pasien agar pasien dapat berkomitmen pada latihan

- c. Sampaikan bila ada keluhan setelah melakukan latihan
- d. Sampaikan kepada pasien jadwal latihan harus sesuai dengan waktu yang telah disepakati
- e. Ikuti jadwal latihan hanya saat bangun tidur
- f. Siapkan catatan untuk evaluasi tingkat kemajuan latihan

## 6. Contoh Kas

Seorang perempuan usia 45 tahun, dirawat di ruang urologi. Hasil pengkajian : pasien mengeluh tidak nyaman terpasang kateter urin selama 2 minggu. Perawat melakukan pengkajian dan kolaborasi untuk pelepasan kateter urin. Apakah tindakan yang tepat diberikan pada pasien ?

- a. Edukasi
- b. Klem arteri
- c. Lepas Kateter
- d. Bladder training
- e. Minum banyak

## 7. Pembahasan soal kasus

Data yang penting dalam kasus di atas adalah lamanya pemasangan kateter urin, yang akan menyebabkan otot perkemihan menjadi lemah dalam fungsi sehingga bila langsung dilepas dikawatirkan akan terjadi inkontinensia. Hal yang perlu dilakukan adalah mengembalikan otot-otot perkemihan bisa bekerja kembali berfungsi normal yaitu dengan melakukan ***bladder training***. Diharapkan dengan *bladder training*, otot-otot dalam *bladder* akan terlatih untuk bekerja sehingga aliran urin dalam mengalir ke uretra kembali normal. Bila otot-otot perkemihan sudah kembali ke fungsinya maka selang kateter urin bisa dilepas.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keluhan pasien terhadap kesulitan BAK</li> <li>2. Lakukan pemeriksaan fisik akan adanya distensi bladder</li> <li>3. Review catatan medis</li> </ul>	Untuk memastikan indikasi tindakan Untuk memastikan indikasi tindakan

4. Kaji kesiapan komitmen pasien untuk latihan	Sinkronisasi indikasi dan kondisi pasien Keberhasilan tindakan didapat dari komitmen pasien
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b>	
<b>5. PERSIAPAN ALAT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku Catatan</li> </ul>	 Sebagai catatan perkembangan berkemih
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Air minum</li> </ul>	 Untuk meningkatkan produk urin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tissue</li> </ul>	 Bila diperlukan di kamar mandi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nelaton kateter</li> </ul>	 Untuk mengalirkan urin sekali pakai
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 klem arteri</li> </ul>	 Sebagai penahan berkemih
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarung tangan bersih</li> </ul>	 Perlindungan untuk perawat dan pasien

**PERSIAPAN KLIEN**

6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien
  
7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
  
8. Atur posisi pasien senyaman mungkin



Membina hubungan saling percaya dengan saling mengenal dan memastikan benar pasien



Sebagai motivasi untuk meningkatkan komitmen



Meningkatkan kelancaran tindakan

**PERSIAPAN LINGKUNGAN**

9. Jaga privasi pasien (tutup tirai)
  
10. Bila perlu pasang side tails tempat tidur



Meningkatkan kenyamanan pasien

	 <p>Memastikan keamanan pasien</p>
<b>Implmentation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b>	
11. Cuci tangan	 <p>Perlindungan bagi perawat dan pasien</p>
12. Pakai sarung tangan	 <p>Perlindungan bagi perawat dan pasien</p>
<b>Pasien terpasang kateter urin</b>	
13. Satu jam pertama berikan minum 1 gelas (200 - 250 cc) dan klem selang kateter	  <p>Membentuk produk urin</p>

14. Berikan minum kedua dengan jumlah yang sama	 Meningkatkan produksi urin	
15. Instruksikan pasien untuk melapor bila ada keinginan	 Agar perawat mengetahui otot perkemihan pada pasien sudah mulai berfungsi	
16. Observasi tiap jam dalam 2 jam pertama, periksa adanya distensi kandung kemih.	 Evaluasi pembentukan urin dan keberhasilan pengeluaran urin	
17. Bila distensi kandung kemih (+) maka klem aliran urin dapat dilepas	 Keinginan BAK dan distensi kandung kemih menunjukkan latihan mulai memperlihatkan hasil	
18. Observasi dan catat jumlah urin keluar dan urin sisa bila ada	 Agar perawat mengetahui keberhasilan tindakan dengan mengetahui intake dan output cairan	

19. Ulangi langkah di atas sampai latihan <i>bladder training</i> dinyatakan berhasil.	Evaluasi pembentukan urin dan keberhasilan pengeluaran urin
--	---

<p><b>Pasien tanpa terpasang kateter urin</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satu jam pertama berikan minum 1 gelas (200 - 250 cc)</li>   <li>2. Berikan lagi minum yang kedua dengan jumlah yang sama</li>   <li>3. Instruksikan pasien untuk melapor bila ingin BAK.</li>   <li>4. Observasi tiap jam pada 2 jam pertama, periksa adanya distensi kandung kemih.</li>   <li>5. Bila pasien ingin BAK, minta pasien mengeluarkan urin sampai tuntas</li> </ol>	 <p>Untuk pembentukan urin</p>  <p>Meningkatkan pembentukan urin</p>  <p>Sebagai bahan evaluasi perawat dalam mengetahui fungsi otot perkemihan</p>  <p>Evaluasi pembentukan urin sudah terjadi</p> 
--	---

	Mengeluarkan urin menunjukan otot berkemih mulai berfungsi dengan baik
6. Bila pasien tidak ada keinginan BAK dan distensi kandung kemih (+), pasang nelaton kateter	 <p>Memfasilitasi urin untuk dikeluarkan meskipun tujuan belum tercapai</p>
26. Buang urin dalam gelas ukur dan lihat jumlah urin keluar serta urin sisa bila ada, kemudian lakukan pencatatan	 <p>Evaluasi intake dan output urin</p>
27. Ulangi latihan minimal 2-3 kali Latihan	Agar latihan mencapai keberhasilan
<b>Fase Terminasi</b> 7. Beri <i>reinforcement positif</i> 8. Rapikan alat 9. Berikan salam 10. Cuci tangan	Memotivasi pasien untuk melakukan latihan kembali Alat kembali bersih Meningkatkan hubungan thrust Sebagai bentuk keamanan kerja perawat
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
11. Evaluasi pasien terhadap ritme berkemih 12. Evaluasi kemungkinan adanya pengulangan data distensi kandung kemih 13. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan 14. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Menilai keberhasilan latihan Mengukur keberhasilan hubungan dan tindakan Alat ukur keberhasilan perkembangan Bukti tindakan telah dilakukan dengan pencatatan

<b>Sikap</b>	
15. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	Keselamatan perawat dan pasien
16. Melakukan tindakan dengan sistematis	Mencegah kesalahan dalam tindakan
17. Komunikatif dengan pasien	Meningkatkan hubungan trust
18. Percaya diri	Meningkatkan kualitan tindakan

## **DAFTAR PUSTAKA**

- LeMone, P. Burke, K M. and Bauldoff, G. 2017. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Gangguan Eliminasi*. Jakarta: EGC.
- Nursalam & M.Nurs. 2014. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2012. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. 4th ed. Jakarta: EGC.
- PPNI. 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan Edisi 1*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Smeltzer and Bare. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner & Suddart*. Jakarta: EGC.

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBERIKAN KLIEN POSISI SIMS**

**Iin Ira Kartika, MKM**



## **MEMBERIKAN KLIEN POSISI SIMS**

*Iin Ira Kartika, MKM*

### **1. Definisi**

posisi sim atau posisi semiprone adalah ketika pasien mengambil posisi jalan antara posisi lateral dan posisi tengkurap. Lengan bawah diposisikan di belakang klien, dan lengan atas dilenturkan di bahu dan siku.Kaki bagian atas lebih fleksibel di kedia pinggul dan lutut, dan lebih rendah.

### **2. Tujuan**

- a. Mencegah aspirasi cairan: posisi sims dapat digunakan untuk pasien yang tidak sadar karena memfasilitasi drainase dari mulut dan mencegah aspirasi cairan.
- b. Mengurangi tekanan tubuh yang lebih rendah. Digunakan untuk pasien lumpuh karena mengurangi tekanan pada sakrum dan trochanter pinggul yang lebih besar.
- c. Perawatan dan visualisasi area perineum. Sering digunakan pada pasien dilakukan enema dan pasien yang menjalani pemeriksaan perineum
- d. Wanita hamil merasa nyaman. Wanita hamil posisi tidurnya merasa nyaman dengan posisi sims
- e. Tingkatkan keselarasan tubuh dengan bantal,.letakkan bantal dibawah kepala pasien dan dibawah lengan atas untuk mencegah rotasi internal, tempatkan bantal lain diantara kaki.

### **3. Indikasi : Pemeriksaan rektum dan vagina**

- a. Posisi pasien tidak sadar
- b. Posisi pasien stroke/parise
- c. Pemeriksaan perineum/enema
- d. Posisi tidur ibu hamil

### **4. Kontraindikasi : pastikan tidak terdapat deformitas sendi pada klien**

### **5. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki usia 55 tahun, akan dilakukan operasi, persiapan operasi akan dilakukan tindakan enema. Posisi apa yang disiapkan oleh perawat yang memudahkan melakukan tindakan tersebut?

- a. Lateral
- b. Prone

- c. Sims
- d. Orthopnik
- e. Litotom

## 6. Pembahasan soal kasus

Posisi sims merupakan jenis posisi yang tepat dan memudahkan salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pemberian enema atau pasien yang akan dilakukan pemeriksaan daerah perineum/rektum/vagina

Prosedur pelaksanaan posisis sims ((Ping MF, Agustiningsih, Sulisnadewi, 2023) dan ((Wisnasri S, Utami YW, Susanto AH, Dewi ES, 2021)

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keadaan pasien</li> <li>2. Kaji apakah pasien tidak ada deformitas sendi terutama sendi panggul</li> <li>3. Review catatan medis dokter</li> <li>4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan tindakan</li> </ol>	Mengidentifikasi keadaan umum pasien Mengkaji apakah ada masalah gangguan sendi khususnya sendi panggung ( yg akan dilakukan pergerakan) Mengkaji catatan medis dokter apakah ada kontra indikasi dalam perubahan posisi Mengkaji kondisi mental klien untuk melihat kesiapan klien
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>PERSIAPAN ALAT</b>(* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantal 3 buah *</li> </ul> </li> </ol>	Alat yang dibutuhkan harus lengkap dan jelas sesuai kebutuhan
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> </ol>	Melakukan komunikasi terapeutik untuk membina trust antara perawat dan klien, serta mengecek benar pasien Memberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan serta tujuan dan manfaatnya sehingga keluarga dan klien memahami.

3. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)	Posisi tempat tidur harus sejajar dengan perawat sehingga kerja perawat sesuai ergonomi tubuh.
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> 4. Jaga privasi klien(tutup tirai)  5. Atau turunkan penghalang tempat tidur	Untuk menjaga privasi pasien dan memberikan kenyamanan bagi pasien dan lingkungan sekitarnya  Memberikan lingkungan kerja yang nyaman sehingga bisa maksimal melakukan prosedur
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b> 6. Cuci tangan  7. Pakai handscoen  8. Identifikasi pasien apakah bisa melakukan sendiri atau perlu bantuan  9. Posisikan bantal 1 dibagian kepala, 1 dibagian tangan , 1 dibagian kaki  10. Posisikan pasien dalam keadaan berbaring, jika dimiringkan ke kiri dengan posisi setengah telungkup, lutut kiri ditekuk dan paha kanan ditekuk ke arah dada, tangan kiri ditekuk ke depan dan tangan kanan di luruskan ke belakang.  11. Jika pasien miring ke kanan, posisi badan setengah telungkup dan kaki kanan ditekuk, lutut dan paha kiri ditekuk dan diarahkan ke dada, tangan kanan ditekuk ke depan bagian kepala dan tangan kiri di luruskan ke belakang	Membersihkan mikroorganisme dari tangan  Melindungi petugas dan klien dari infeksi nosokomomial  Mengidentifikasi kemampuan klien, apakah perlu bantuan atau tidak  Memposisikan bantal tersebut untuk membuat nyaman klien  Posisi sim untuk memeberikan tindakan pengobatan atau prosedur agar pasien nyaman



<b>Fase Terminasi</b>	
12. Beri <i>reinforcement positif</i>	Memberikan pujian agar klien tetap semangat dalam menjalankan prosedur yang di butuhkan
13. Rapikan alat	Agar lingkungan klien tetap nyaman dan aman
14. Cuci tangan	Mencegah penyebaran bakteri sebagai langkah pasien safety.
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
15. Evaluasi klien terhadap kenyamanan saat posisi sims	Teridentifikasi apakah klien nyaman atau tidak
16. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Agar semua tindakan sesuai prosedur dan terdokumentasi dengan benar
<b>Sikap</b>	
17. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	Sebagai langkah dari patien safety
18. Melakukan tindakan dengan sistematis	Agar tindakan sesuai dengan langkah dan sesuai dengan tujuan, manfaat serta hasil yang maksimal
19. Komunikatif dengan pasien	Sebagai bagian dari pasien safety dan terbina trusn dengan klien
20. Percaya diri	Membangun sikap sesuai sop sehingga memberikan mutu pelayanan

## **DAFTAR PUSTAKA**

Ping MF, Agustiningsih, Sulisnadewi N. L. K. 2023. *Buku Ajar Keperawatan Dasar.*

Jambi: SonPedia Publising.

Wisnasri S, Utami YW, Susanto AH, Dewi ES. 2021. *Dasar-dasar untuk praktik*

*keperawatan profesional.*

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGGANTI KANTONG KOLOSTOMI**

**Eva Martini, Ners., M.Kep**



# **MENGGANTI KANTONG KOLOSTOMI**

*Eva Martini, Ners., M.Kep*

## **1. Definisi**

Mengidentifikasi dan merawat pasien yang memiliki stoma dengan membersihkan stoma dan kulit sekitar stoma, serta mengganti kantung stoma secara berkala (PPNI 2021)

## **2. Tujuan**

- a. Menjaga kebersihan pasien
- b. Mencegah terjadinya infeksi
- c. Mencegah iritasi kulit sekitar stoma
- d. Mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya

## **3. Indikasi**

- a. Atresia ani
- b. Kanker kolon
- c. Divertikulum
- d. Penyakit *Hisprung*
- e. Obstruksi

## **4. Kontraindikasi (Tampubolon 2020)**

- a. Irritable bowel syndrom
- b. Stoma pada kolon asensen dan transversum
- c. Stoma prolaps dan hernia peristoma
- d. Perporasi usus dan kebocoran
- e. Pasien dengan kemoterapi, radiasi pelvis
- f. Diare

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

- a. Perhatikan kulit sekitar stoma, karena terdapat feses yang lunak dan berlendir dapat mengiritasi kulit
- b. Mengobservasi produk stoma
- c. Memasang kantung dan perekat serta menekanya diatas stoma
- d. Mengangkat alat drainase diganti bila isinya telah mencapai sepertiga sampai seperempat bagian kantung, sehingga isinya tidak berat dan tidak menyebabkan kantung terlepas

## 6. Contoh Kasus

Seorang bayi perempuan berusia 5 bulan dirawat diruang neonatus dengan diagnosis medis hisprung dan terpasang kolostomi. Perawat akan melakukan perawatan kolostomi dan saat ini telah melepaskan kantung dengan perlahan. Apakah prosedur tindakan selanjutnya yang harus dilakukan oleh perawat tersebut ?

- a. Menggunakan sarung tangan
- b. Melindungi stoma dengan kassa
- c. Mengobservasi kulit sekitar stoma dan stoma
- d. Merekatkan kantong dengan stoma dibagian tengah
- e. Menjelaskan pada ibu prosedur yang akan dilakukan

## 7. Pembahasan soal kasus

Soal diatas merupakan soal procedural, setelah perawat mempersiapkan diri dan melepas kantong kolostomi, maka tindakan selanjutnya adalah mengobservasi kulit sekitar stoma dan stoma

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> <b>Fase Prainteraksi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1. Pengkajian pasien dan pastikan bahwa pasien perlu dilakukan tindakan perawatan kolostomi</li><li>2. Berikan penjelasan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Mengatur posisi pasien supinasi</li><li>4. Menyiapkan peralatan di dekat pasien dengan sistematis dan rapi</li></ul>	 <p>Pengkajian merupakan tahap pertama dalam melakukan proses keperawatan yang sistematis, sehingga memperoleh data atau informasi terhadap masalah kesehatan yang dialami pasien sehingga perawat dapat mengambil tindakan sesuai masalah pasien (Potter 2006)</p>

<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <b>5. PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Colostomy bag*</i></li> <li>• Kassa steril*</li> <li>• Handscoen*</li> <li>• Cairan NaCl 0,9%*</li> <li>• Plastik disposable*</li> <li>• Bengkok</li> <li>• Pengalas dan perlak*</li> <li>• Salep</li> <li>• Gunting</li> <li>• Tirai</li> </ul>	 Mempermudah melakukan tindakan dengan menyiapkan terlebih dahulu
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> 6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan	 Memperkenalkan diri dan membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya merupakan sikap terbuka perawat terhadap pasien.
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> 8. Jaga privasi klien(tutup tirai)	 Menghormati hak pasien
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b> 9. Cuci tangan	

	Suatu upaya penting untuk menjaga kebersihan tangan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi
10. Pakai handscoen	 <p>Alat pelindung untuk mencegah kontaminasi antara perawat dengan pasien saat melakukan tindakan dan posisi pasien supinasi untuk meningkatkan rasa kenyamanan dan memudahkan tindakan keperawatan</p>
11. Posisikan klien supinasi	 <p>Agar dapat mengekspos abdomen secara bebas</p>
12. Buka sebagian pakaian klien daerah abdomen kemudian pasang pengalas sesuai letak stoma	 <p>Membuka sebagian pakaian agar memudahkan tindakan perawatan kolostomi dan pemasangan pengalas agar tempat tidur pasien tetap bersih</p>

13. Melakukan observasi pada kulit sekitar stoma dan stoma	 <p>Iritasi pada kulit sekitar stoma sering terjadi karena feses lunak dan berlendir atau pembukaan kantong kolostomi secara cepat dari kulit abdomen dan sebagai indikator infeksi pada stoma dan kulit sekitar stoma</p>
14. Membersihkan stoma dan kulit sekitar stoma dengan hati-hati menggunakan kassa steril dan cairan NaCl 0,9 %/air hangat dari area terluar menuju ke dalam atau dari area kulit ke arah stoma	 <p>Membersihkan feses di kulit sekitar stoma dan stoma. Membersihkan stoma menggunakan cairan yang tidak mengakibatkan iritasi, hindari penggunaan sabun karena dapat mengiritasi. Penggunaan NaCl 0,9% karena kandungannya sama dengan fisiologi tubuh. Kulit sekitar stoma harus tetap harus tetap kering untuk mencegah terjadinya iritasi pada kulit dan untuk kenyamanan pasien</p>
15. Membuka kantong kolostomi secara hati-hati dan meletakkan kantong kolostomi kotor dalam plastik disposable	

	Isi dalam kantong kolostomi tidak berserakan keluar dan membuangnya memisahkan dengan perlengkapan yang lain agar tetap bersih
16. Mengeringkan dengan kasa daerah yang sudah dibersihkan kemudian memberikan salep zink (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma	 <p>Kulit sekitar stoma yang mengalami iritasi harus segera di beri salep zink atau konsultasi pada dokter ahli jika pasien alergi terhadap kantong kolostomi</p>
17. Menyesuaikan lubang kolostomi dengan stoma kolostomi	 <p>Memastikan ukuran stoma dan kantong tidak terlalu besar atau kecil. Jika ukuran katung stoma terlalu besar maka dikhawatirkan feses akan mengiritasi lebih luas di daerah sekitar stoma sedangkan jika ukuran lubang stoma kantong kolostomi terlalu kecil maka stoma tidak akan masuk pada lubang kolostomi dan dapat membuat iritasi stoma akibat gesekan area stoma dan kantung stoma</p>
18. Menempelkan kantung kolostomi dengan posisi vertikal/ horizontal/ miring sesuai kebutuhan pasien 19. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi	

20. Merekatkan atau memasang kolostomi bag dengan tepat tanpa udara didalamnya	Jika pasien banyak melakukan aktifitas berbaring maka menempelkan kantong kolostomi secara vertikal, tetapi jika pasien melakukan aktifitas berdiri maka menempelkan kantong kolostomi secara horizontal
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>21. Beri reinforcement positif</p> <p>22. Rapikan alat</p> <p>23. Cuci tangan</p>	 <p>Sebelum dan setelah tindakan melakukan cuci tangan suatu upaya penting untuk menjaga kebersihan tangan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi.</p>
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p> <p>24. Evaluasi perekatan kantong kolostomi</p> <p>25. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p> <p>26. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	 <p>Dokumentasi merupakan bukti otentik yang ditulis di format yang telah disediakan atas segala tindakan yang dilakukan oleh perawat.</p>
<p><b>Sikap</b></p> <p>27. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>28. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>29. Komunikatif dengan pasien</p> <p>30. Percaya diri</p>	

	Komunikasi menjadi sarana untuk menjalin hubungan saling percaya dengan pasien
--	--

## **Daftar Pustaka**

- Potter, P. A. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik* (Edisi 4). EGC.
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan edisi 1* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Tampubolon, S. (2020). *Rasional Dalam Pengkajian Keperawatan yang Mendukung Proses Keperawatan*. <https://osf.io>

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMINDAHKAN KLIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA**

**Lutiyah, Ns., M.Kep**



# **MEMINDAHKAN KLIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA**

*Lutiyah, Ns., M.Kep*

## **1. Definisi**

Aktifitas memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda untuk keperluan pindah tempat (Adi et al. 2022)

## **2. Tujuan**

- a. Memobilisasi Klien
- b. Mengurangi atau menghindarkan pergerakan pasein sesuai dengan kondisi fisiknya
- c. Memenuhi kebutuhan konsultasi, pemeriksaan dan pindah ruangan
- d. Mendorong dan menstimulasi klien untuk aktivitas sosial
- e. Membantu pergerakan klien untuk mencegah kontraktur (Dr. H. MASYHUDI AM 2020)

## **3. Indikasi**

Pasien dengan masalah mobilisasi

## **4. Kontraindikasi**

- a. Pasien mengalami kontraktur
- b. Pasien dengan penurunan kesadaran(Adi et al. 2022)

## **5. Hal yang perlu diperhatikan**

- a. Tingkat kesadaran klien
- b. Kemampuan mobilisasi klien
- c. Kekuatan perawat dan berat badan pasien
- d. Kondisi peralatan : Kursi roda berfungsi dengan atau tidak
- e. Selama proses pemindahan berikan klien instruksi setahap demi setahap(Dr. H. MASYHUDI AM 2020)

## **6. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki 61 tahun tinggal di panti werdha tampak tidur telentang ditempat tidur, mengatakan kedua kakinya lemah tidak kuat berjalan. Pasien akan dilakukan pemeriksaan ke rumah sakit menggunakan ambulan.

Apakah alat bantu yang paling tepat untuk memindahkan pasien dari kamar ke ambulan?

- a. Long spine Board

- b. Gait Transfer Belt
- c. Kursi roda
- d. Brangkar
- e. Scoop

## 7. Pembahasan soal kasus

Jawaban C

Kata kunci pada kasus di atas adalah klien mengatakan kedua kaki lemah tidak kuat berjalan.

- a. Long spine Board : alat yang digunakan dalam proses evakuasi korban yang diduga mengalami cedera tulang belakang di lapangan, agar tulang belakang korban dapat stabil dan mobilitas pasien dapat dibatasi.
- b. Gait Transfer Belt : Alat yang dipasang pada klien dengan masalah mobilitas sebelum pasien dipindahkan
- c. Kursi roda : alat bantu yang digunakan untuk klien yang mengalami kesulitan berjalan menggunakan kaki karena penyakit, cedera atau cacat.
- d. Brangkar : Alat untuk memindahkan pasien yang mengalami ketidakmampuan mobilisasi sendiri, tidak sadar
- e. Scoop : Tandu dengan permukaan cekung, yang bisa dibelah menjadi 2 bagian sehingga pasien tidak perlu diangkat secara manual dari lantai,

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> <b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji tingkat kesadaran 2. Kaji kemampuan fisiologi klien kekuatan otot pasien, mobilisasi sendiadanya kelumpuhan, hipotensi, toleransi terhadap aktivitas, 3. Kaji tingkat kenyamanan 4. Kaji kemampuan klien mengikuti intrruksi	Untuk memberikan pekayan sesuai dengan kebutuhan klien
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> <b>Fase Orientasi</b> <b>5. PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kursi roda*</li> <li>• Selimut</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alas kaki (Jika diperlukan)</li> <li>• Hand schoon (jika diperlukan)</li> </ul>	 <p>Kursi roda harus dalam kondisi baik, rem berfungsi dengan baik untuk menghindari pasien jatuh.</p>
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> </ol>	<p>Perkenalan, menghindari salah pasien dan salah tindakan, untuk menhargai pasien</p>  <p>Memastikan benar pasien dan benar tindakan Pasien mengerti tujuan dan prosedur yang diberikan sehingga tidak bingung</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>Pastikan lingkungan aman</p>	<p>Menghindari terjadinya cedera</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p> <p><b>Fase Kerja</b>(Eni et al. 2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> </ol>	 <p>Untuk mencegah infeksi nosokomial</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Bawa kursi roda ke ruangan pasien</li> </ol>	

	 Mendekatkan kursi roda
3. Letakkan kursi pada posisi sudur 45° pada tempat tidur	 Mempermudah pasien dan perawat
4. Buka kursi roda	 Persiapan duduk pasien
5. Kunci kursi roda	 Tarik tuas pengunci, agar kursi roda tidak jalan sendiri
6. Lipat pijakan kaki kursi roda ke samping atas	 Tidak mengganggu pasien pada saat mau duduk di kursi roda
7. Bantu klien duduk	

	Mencegah klien terjatuh
8. Bantu dan instruksikan klien duduk di sisi tempat tidur	 <p>Membantu mempertahankan keseimbangan klien</p>
9. Pasangkan alas kaki jika diperlukan	 <p>Untuk kenyamanan klien</p>
10. Lebarkan kaki perawat menjadi terbuka, fleksikan pinggul dan lutut perawat, luruskan lutut perawat dengan lutut klien, letakkan tangan klien di pudak perawat , kedua tangan perawat memegangi bawah ketiak klien	 <p>Lutut perawat menjadi tumpuan saat membantu klien turun dari tempat tidur, tangan perawat sebagai pengait dan membantu mempertahankan keseimbangan pasien pada saat menginjak lantai (<i>pasien untuk tidak meletakkan kedua tangannya di leher perawat karena dapat menyebabkan cedera pada perawat</i>)</p>
11. Tegakkan klien untuk berdiri pada hitungan ketiga dengan meluruskan pinggul dan tungkai perawat, jaga lutut sedikit fleksi, pastikan pasien berdiri beberapa saat	 <p>Membantu perawat dan pasien untuk menekstensikan persendian dan memastikan bahwa klien dalam</p>

	kondisi baik sebelum dipindahkan dari tempat tidur
12. Anjurkan klien untuk berputar (Putar kaki yang terjauh dari kursi roda)	 <p>Mendekatkan kaki ke kursi</p>
13. Posisikan klien didepan kursi roda / membelakangi kursi roda	 <p>Kaki pasien berada tepat di depan kursi roda, mempermudah untuk duduk</p>
14. Fleksikan pinggul dan lutut perawat selama menurunkan pasien ke kursi roda	 <p>Membantu mempertahankan keseimbangan klien</p>
15. Kaji kesejajaran klien yang sesuai untuk duduk (anjurkan pasien untuk mundur)	Menghindari klien terjatuh pada saat didorong dengan kursi roda
16. Pasangkan selimut (jika diperlukan)	 <p>Untuk menjaga privasi pasien</p>
17. Turunkan pijakan kaki kursi roda	

<p>18. Buka pengunci kursi roda</p>	<p>Pijakan kaki untuk tempat kaki klien agar tidak terseret di lantai pada saat didorong</p>  <p>Persiapan untuk kursi roda siap di dorong</p>
<p>19. Dorong Kursi roda ke tempat yang dituju</p>	 <p>Pasien pindah tempat dengan aman</p>
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri <i>reinforcement positif</i></li> <li>2. Rapikan alat</li> <li>3. Cuci tangan</li> </ol>	<p>Mempertahankan harga diri pasien Menjaga kerapihan</p>  <p>Untuk mencegah infeksi nosokomial</p>
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</li> <li>2. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</li> </ol>	<p>Mendapatkan data subyektis dan obyektif Mendokumentasikan apa yang dilakukan sebagai bentuk pertanggungjawaban</p>
<p><b>Sikap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</li> </ol>	<p>Menghindari penularan penyakit</p>

2. Melakukan tindakan dengan sistematis(Dr. H. MASYHUDI AM 2020)	Menghindari terjadinya cedera
3. Komunikatif dengan pasien	Klien mengerti tindakan yang akan dilakukan
4. Percaya diri(Anon n.d.)	Klien percaya dengan kemampuan perawat

## **DAFTAR PUSTAKA**

Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan - Google Books. *Penerbit Lembaga Pmegamedika*, 81.

Dr. H. MASYHUDI AM, M. K. (2020). *Memindahkan Pasien Ke Tempat Tidur*. 3.

Eni, K., Mustaida, Retno, W. D., Yunani, Achmad, S., Nur, F., & Widiastoeti, H. (2019).

*Ketrampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar* (Egi Komara Yudha (Ed.); Ed.3).

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PEMBERIAN ENEMA**

**Ns. Harmilah. S. Pd. S. Kep. M. Kep.Sp. KMB**



## **PEMBERIAN ENEMA**

*Ns. Harmilah. S. Pd. S. Kep. M. Kep. Sp. KMB*

### **1. Pengertian**

Pemberian enema adalah suatu tindakan memasukkan cairan enema ke dalam anus atau rektum untuk memberikan rangsangan peristaltik (Watson, 2023).

### **2. Tujuan**

- a. Mengeluarkan feses dari saluran pencernaan
- b. Mengosongkan usus sebelum dilakukan periksaan diagnostik, sebelum pembedahan (Enie et al., 2019)

### **3. Indikasi**

- a. Klien konstipasi
  - b. Klien obstipasi
- (Rowasa, 2020)

### **4. Kontraindikasi**

Kontraindikasi pemberian enema adalah klien dengan sebagai berikut:

- a. Hipersensitif
- b. Obstruksi usus
- c. Penyakit jantung
- d. Atresia anus
- e. Penyakit jantung
- f. Hipertensi
- g. Kolitis ulcerativa
- h. Gejala radang usus buntu
- i. Perdarahan usus besar
- j. Dehidrasi

(Dougherty et al., n.d.; Mendoza et al., 2007)

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

(Multum, 2023)

Pemberian enema diberhentikan ketika klien mengalami sebagai berikut:

- a. Perdarahan
- b. Kram usus

## 6. Contoh Kasus

Seorang perempuan, usia 35 tahun, mengeluh selama 8 belum belum buang air besar, perut terasa penuh. Hasil pengkajian didapatkan distensi abdomen, hasil periksa dalam via anus didapatkan fekal impaction (Lee et al., 2020).

Apakah tindakan keperawatan yang sesuai kasus tersebut.

## 7. Pembahasan soal kasus

Konstipasi adalah suatu kondisi yang mengalami kesulitan untuk buang air besar yang diakibatkan karena penurunan aktifitas / melambatnya usus sehingga feses mengering, mengeras dan sulit keluar, yang berakhir terjadinya konstipasi (Setya et al., 2021). Hal ini menyebabkan seseorang yang konstipasi harus mengedan saat defekasi dan menimbulkan rasa sakit. Oleh karena itu untuk menangani hal tersebut yaitu dengan pemberian enema. Pemberian enema adalah salah satu cara memasukkan cairan yang berisi natrium citrate dan sorbitol yang dapat meningkatkan kadar air dalam feses atau melunakkan feses sehingga mempermudah pengeluaran feses (Bharucha & Lacy, 2020).

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> (Tim Pokja PPNI, 2019)	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji status klien: gerakan bowel terakhir, pola eliminasi bowel normal, hemoroid, mobilitas, kontrol sfingter eksternal, nyeri abdomen.  2. Kaji adanya peningkatan tekanan intrakranial, glaukoma, bedah rektal atau prostat.  3. Tentukan tingkat pemahaman klien akan tujuan enema.	Peristaltik indikator fungsi pencernaan.    Sebagai dasar dalam pemberian edukasi.

<p>4. Monitor kondisi abdomen: kram, kekakuan atau distensi dapat mengindikasikan masalah serius.</p> <p>5. Review catatan medis dokter.</p> <p>6. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan enema</p>	<p>Deteksi dini adanya komplikasi pemberian enema.</p> <p>Sebagai dasar pertimbangan dalam pemberian enema</p> <p>Meningkatnya kelancaran tindakan</p>
<p><b>Planning (P) : Perencanaan</b> (Mitchell, 2019)</p>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p><b>7. PERSIAPAN ALAT</b>(* = <i>wajib ada</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaselin atau jelly *</li> <li>• Sarung tangan bersih*</li> <li>• Tissue toilet*</li> <li>• Pispot, atau akses ke toilet</li> <li>• Bengkok*</li> <li>• Cairan enema dalam botol *</li> <li>• Tirai</li> <li>• Enema yang sudah siap pakai</li> <li>• Perlak dan kain pengalas</li> </ul>	
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>8. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p> <p>9. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>10. Jelaskan ke klien bahwa perasaan distensi adalah normal</p> <p>11. Minta persetujuan klien atau informed consent.</p>	<p>Jalin hubungan saling percaya dengan klien</p> <p>Terjalinnya kerjasama klien dan kelancaran selama prosedur tindakan</p>  <p>Sebagai bukti pertanggungjawaban terhadap prosedur yang dilakukan pada klien.</p>

12.Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) .	Ergonomi kerja tetap terkondisikan.
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>13.Jaga privasi klien (tutup tirai/ gorden/ pintu . Turunkan penghalang tempat tidur .</p> <p>14.Tempatkan pispot dalam jangkauan klien dan pastikan klien tahu di mana letak toilet.</p>	 <p>Terciptanya lingkungan yang kodusif dan keamanan serta kenyamanan terjaga.</p> <p>Akses klien ke toilet mudah.</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b> (Perry et al., 2021)</p> <p><b>Fase Kerja</b></p>	
<p>15. Cuci tangan. 16. Pakai sarung tangan .</p> <p>17. Pasang pengalas kedap air dibawah bokong klien.</p> <p>18. Buka pakaian bagian bawah klien.</p> <p>19. Posisikan klien dalam posisi <i>SIM's</i> kiri dengan lutut kanan dilipat.</p>	<p>Cross mikro organisme terhindar.</p> <p>Tercecernya cairan ke alat tenun terhindar.</p> <p>Akses memasukkan enema lebih mudah.</p> 
20. Anjurkan klien bernafas dalam agar sfingter anus rileks	Anus tetap dilatasii sehingga mempermudah pemasukan enema meminimalisir rasa sakit.

<p>21. Buka tutup botol. 22. Berikan jelly atau vaselin pada ujung botol.</p>	 <p>Akses memasukkan enema lancar dan iritasi terhindar.</p>
<p>23. Bantu klien melakukan perawatan sekitar anus jika diperlukan.</p>	 <p>Kebersihan anus tetap terjaga</p>
<p>24. Kembalikan posisi kilen pada posisi awal atau posisi nyaman bagi klien  25. Pasang kembali pakaian bawah klien  26. Lepaskan sarung tangan</p>	<p>Kenyamanan klien terkondisikan kembali  Privacy klien terjaga  Cross mikroorganisme terhindar</p>
<p><b>Fase Terminasi</b> 27. Beri <i>reinforcement positif</i>  28. Rapikan alat.  Cuci tangan.</p>	<p>Memantapkan dan meneguhkan perilaku yang baik pada klien sehingga kilen dapat meningkatkan perilaku yang baik tsb.  Kesiapan perlengkapan kembali terkondisikan.  Cross mikroorganisme terhindar.</p>
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi (Mendoza, 2021)</b></p>	
<p>29. Evaluasi klien terhadap pemberian enema.  30. Evaluasi warna, konsistensi dan jumlah feses serta cairan yang keluar.</p>	<p>Deteksi dini efek dan efek samping tindakan.  Karakteristik feses indikator fungsi pencernaan.</p>

<p>31. Evaluasi respon klien terhadap tindakan.</p> <p>32. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan.</p>	<p>Deteksi dini efek dan efek samping tindakan.</p> <p>Sebagai aspek pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan tindakan yang dilakukan.</p>
<b>Sikap (Caroline &amp; Mary, 2008)</b>	
<p>33. Melakukan tindakan dengan sistematis.</p> <p>34. Komunikatif terapeutik dengan klien.</p> <p>35. Percaya diri.</p>	<p>Tahapan dalam prosedur tidak ada yang terlewatkan.</p> <p>Komunikasi antara perawat dan klien yang difokuskan untuk membina hubungan demi kesembuhan klien .</p> <p>Memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan perilaku caring dalam setiap tindakan keperawatan.</p>

## DAFTAR PUSTAKA

- Bharucha, A. E., & Lacy, B. E. (2020). Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology*, 158(5), 1232-1249.e3.  
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.12.034>
- Caroline, B. R., & Mary, T. K. (2008). *Textbook of Basic Nursing*.
- Dougherty, L., Lister, S., & West-Oram, A. (n.d.). *The Royal Marsden Manual of Ninth Edition Clinical Nursing Student Edition* (9 th). The Royal Marsden NHS Foundation Trust.
- Enie, N., Kusman, I., Sri, R., & Deswani. (2019). *Fundamentals of Nursing Vol 1- 9th Indonesian Edition*.
- Lee, S., Kwon, J., & Lee, J. (2020). Rectal perforations caused by cleansing enemas in chronically constipated patients: Two case reports. *SAGE Open Medical Case Reports*, 8, 2050313X2093825. <https://doi.org/10.1177/2050313X20938251>
- Mendoza, J., Legido, J., Rubio, S., & Gisbert, J. P. (2007). Systematic review: the adverse effects of sodium phosphate enema. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(1), 9–20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03354.x>
- Mitchell, A. (2019). Administering an enema: indications, types, equipment and procedure. *British Journal of Nursing*, 28(3), 154–156.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.3.154>
- Multum, & Cermer. (2023). *Fleet Enema (Rectal)*. Medically Reviewed by Drug.Com.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques 10 th Edition*.
- ROWASA mesalamine Rectal suspension Enema 4.0 grams/unit (60mL). Meda Pharmaceuticals Inc. 2020.  
[https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2020/019618s026lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/019618s026lbl.pdf)
- Setya, A., Mathew, G., & Cagir, B. (2021). *Fecal Impaction*. StatPearls Publishing.
- Tim Pokja PPNI. (2019). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. PPNI, Indonesia.
- Watson, K. (2023). *Enema Administration*. Medically Reviewed by Drug.Com

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMAKAI DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN NON STERIL (BERSIH)**

**Tutty Aprianti M., SKp. MKes.**



# **MEMAKAI DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN NON STERIL (BERSIH)**

*Tutty Aprianti M., SKp. MKes.*

## **1. Definisi**

Memasang dan melepas sarung tangan non steril (bersih) yang merupakan pelindung tangan tenaga kesehatan dari kontaminasi darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi selama melakukan tindakan. Sarung tangan terbuat dari bahan lateks karet, poly Vinyl Chloride (PVC), nitrile, polyurethane. Sarung tangan yang ideal yaitu biocompatibility (tidak toksik) dan pas di tangan.

## **2. Tujuan**

Melindungi tangan saat perawat memegang objek atau material, seperti; darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi dan alat-alat yang telah digunakan.

## **3. Indikasi**

Digunakan untuk mencegah kontaminasi darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi serta tindakan non invasif, yaitu intervensi yang tidak melibatkan penetrasi atau invasi ke dalam tubuh secara langsung.

## **4. Kontraindikasi**

Tidak ada

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

- a. Pemakaian sarung tangan bukan berarti sebagai pengganti mencuci tangan
- b. Sarung tangan hanya digunakan satu kali pakai, satu kali prosedur pada satu pasien, hal ini untuk mencegah kontaminasi silang,
- c. Jika sarung tangan rusak atau robek maka ganti dengan sarung tangan yang baru.
- d. Ukuran sarung tangan yang dikenakan oleh petugas kesehatan yang pas di tangan.

## **6. Contoh Kasus**

Seorang perawat bekerja di ruang rawat bedah dan akan memberikan makan kepada pasien melalui NGT. Agar tindakan tersebut aman maka Perawat perlu menggunakan alat pelindung diri. Alat pelindung diri apakah yang digunakan perawat saat akan melakukan pemberian makanan pasien melalui NGT?

- a. sarung tangan non steril
- b. sarung tangan steril (bersih)
- c. gaun
- d. masker
- e. goggles.

## 7. Pembahasan soal kasus

Salah satu indikasi dari penggunaan sarung tangan non steril (bersih) yaitu ketika perawat akan melakukan tindakan non-invasif yaitu intervensi yang tidak melibatkan penetrasi atau invasi ke dalam tubuh secara langsung. seperti pemberian makan melalui NGT

ASPEK KETRAMPILAN	RASIONAL & GAMBAR
<b>1. PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada)	
1. Sarung tangan bersih sesuai ukuran tangan perawat* 2. Sabun cuci tangan atau <i>hand sanitizer</i> * 3. Tissue 4. Tempat sampah infeksius	Ukuran sarung tangan yang tidak sesuai dengan ukuran tangan perawat dapat menyebabkan sarung tangan robek karena ditarik dengan paksa pada saat pemakaian Ukuran sarung tangan sesuai dengan ukuran tangan perawat membuat nyaman saat melakukan tindakan keperawatan
<b>PERSIAPAN PERAWAT</b>	
5. Semua perhiasan yang ada di tangan dilepas 6. Pastikan lengan baju tidak mengganggu pemakaian sarung tangan	Memudahkan proses memakai sarung tangan dan menghindari adanya bakteri yang tertinggal pada perhiasan. Pemakaian sarung tangan tetap nyaman dan memberikan kebebasan gerak yang diperlukan tanpa mengganggu fungsionalitasnya

<p>7. Pastikan kuku tangan pendek. Dilarang memakai kuku palsu dan cat kuku.</p> <p>8. Periksa tangan dari luka dan lecet, tutup luka</p>	<p>Bila kuku panjang memungkinkan kuman patogen tetap bertahan pada area subungual</p> <p>Meningkatkan risiko infeksi. Jika luka terbuka, bakteri atau kuman dari tangan dapat dengan mudah masuk dan menyebabkan infeksi</p>
<b>MEMASANG SARUNG TANGAN</b>	
<p>9. Cuci tangan 6 langkah</p> <p>6. Bersihkan area permukaan untuk meletakkan sarung tangan bersih</p> <p>7. Keluarkan sarung tangan dari kotaknya</p>	<p>Pencegahan dan pengendalian <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i></p> <p>Pembersihan area permukaan merupakan langkah yang penting dalam proses disinfeksi.</p>
<p>8. Sentuh sedikit saja area sarung tangan pada daerah pergelangan (pada ujung atas manset)</p>	 <p>Memudahkan pengambilan sarung tangan</p>  <p>Memulai dari area terdekat</p>

9. Pasanglah sarung tangan pertama



Memakai sarung tangan bertahap

10. Ambil sarung tangan kedua dengan tangan yang belum memakai sarung tangan, sentuh sedikit saja area sarung tangan pada daerah pergelangan (pada ujung atas manset)



Memegang sudut sarung tangan yang memudahkan pemakaian berikutnya

11. Menggunakan lipatan jari tangan yang telah menggunakan sarung tangan, lalu kanakan sarung tangan pada kedua tangan



12. Ambil sarung tangan kedua dengan tangan yang belum memakai sarung tangan, sentuh sedikit saja area sarung tangan pada daerah pergelangan (pada ujung atas manset)



13. Setelah sarung tangan terpasang, hindari bersentuhan dengan selain apa yang diindikasikan

#### **MELEPAS SARUNG TANGAN**

<p>14. Tarik perlahan bagian luar sarung tangan pada tangan non dominan sampai terlepas seluruhnya.</p>	
<p>15. Tempatkan sarung tangan yang sudah dilepas pada tangan yang masih memakai sarung tangan.</p>	
<p>16. Selipkan jari tangan yang tidak menggunakan sarung tangan ke dalam manset sarung tangan yang masih terpasang.</p>	<p>Sarung tangan yang digunakan dalam prosedur medis sering kali terpapar cairan tubuh atau bahan-bahan yang berpotensi mengandung patogen</p>
<p>17. Tarik perlahan sarung tangan, balikkan bagian dalam ke luar. Hindari menyentuh sisi luar sarung tangan untuk mencegah kontaminasi.</p>	<p>Pencegahan dan pengendalian <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i></p>
<p>18. Buang sarung tangan di tempat sampah infeksius.</p>	<p>Pencegahan dan pengendalian <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i></p>
<p><b>Sikap</b></p>	
<p>20. Menerapkan prinsip "hand hygiene / hand wash" sebelum dan sesudah tindakan</p>	<p>Pencegahan dan pengendalian <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i> yang sangat dianjurkan adalah dengan mencuci tangan.</p>
<p>21. Mempertahankan teknik bersih dan sistematis</p>	<p>Tindakan memakai dan melepas sarung tangan bersih dilakukan dengan efektif dan efisien</p>

## **DAFTAR PUSTAKA**

Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri*.

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*.

Kementerian Kesehatan. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*.

*World Health Organization (WHO)*. (2009). *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*.

Yarsa, K. Y. (2019). *Alat Pelindung Diri*. Kementerian Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Universitas Sebelas Maret Fakultas Kedokteran.



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMAKAI DAN MELEPAS SARUNG TANGAN (*HANDSCOOM*) STERIL**

**Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS**



# **MEMAKAI DAN MELEPAS SARUNG TANGAN (*HANDSCOON*) STERIL**

*Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS*

## **1. Definisi:**

- a. Memakai Sarung Tangan (*Handscoo*n) Steril merupakan suatu tindakan proteksi diri untuk meminimalkan penularan penyakit atau mempertahankan kondisi steril dalam melakukan tindakan keperawatan.
- b. Melepas sarung tangan (*Handscoo*n) Steril adalah merupakan tindakan membuka sarung tangan steril yang telah selesai digunakan untuk mencegah kontaminasi.

## **2. Tujuan**

- a. Proteksi diri perawat;
- b. Meminimalkan / mecegah penularan infeksi antara pasien dengan perawat;
- c. Mencegah kontak langsung dari darah / cairan pasien;
- d. Mempertahankan kondisi steril pada alat maupun tindakan keperawatan.

## **3. Indikasi:**

- a. Melakukan tindakan operatif / prosedur pembedahan;
- b. Kontak langsung dengan pembuluh darah / cairan pasien;
- c. Kontak dengan pasien dengan penyakit menular;
- d. Persalinan pervaginam;
- e. Pemberian nutrisi pariental;

## **4. Kontraindikasi**

Rasa nyeri / tidak nyaman pada saat digunakan karena ukuran *Handscoo*n yang tidak sesuai

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

- a. Pemakaian sarung tangan steril dilakukan setelah perawat melakukan cuci tangan 6 langkah secara benar;
- b. Pilih ukuran *handscoo*n yang sesuai dengan ukuran tangan;
- c. Lepaskan perhiasan sebelum memakai sarung tangan steril
- d. Buang sarung tangan steril setelah dipakai pada tempat sampah infeksius

## **6. Contoh Kasus**

Seorang perawat akan melakukan pengambilan darah vena untuk kebutuhan pemeriksaan diagnostik. Perawat akan menerapkan prinsip steril untuk proteksi diri agar tidak langsung kontak dengan darah pasien.

Apakah tindakan yang harus dilakukan perawat?

- a. Cuci tangan dengan air dan sabun
- b. Cuci tangan dengan *handsanitizer*
- c. Memakai *handscoons* bersih
- d. Memakai *handscoons* steril
- e. Menggunakan spuit steril

**Jawaban:** D (memakai *handscoons* steril)

## 7. Pembahasan soal kasus

Memakai Sarung Tangan (*Handscoons*) Steril merupakan tindakan proteksi diri perawat untuk meminimalkan penularan penyakit akibat dari kontak langsung antara pasien dan perawat. Pada kasus dijelaskan bahwa perawat hendak melakukan pengambilan darah vena yang menjadikan perawat berada pada resiko tertular penyakit akibat kontak langsung dengan darah pasien. Selain itu, pengambilan darah Vena juga prinsipnya adalah tindakan steril. Jadi memakai sarung tangan steril merupakan tindakan yang tepat dilakukan perawat untuk menghindari kontak langsung dan penularan penyakit.

Jawaban lain seperti cuci tangan dengan sabun / *handsanitizer*, pakai sarung tangan bersih dan menggunakan spuit steril merupakan tindakan yang kurang tepat karena tidak merupakan tindakan proteksi dengan prinsip steril.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A): Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Siapkan peralatan 2. Kaji tindakan yang akan dilakukan	Menyiapkan peralatan sebelum tindakan menunjukkan kesiapan perawat dalam tindakan
<b>Planning (P): Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> 3. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"><li>• Bengkok / tempat sampah infeksius*</li><li>• <i>Handscoons</i> steril sesuai ukuran*</li></ul>	

<b>PERSIAPAN KLIEN</b> 4. Cek identitas pasien dan tindakan yang akan dilakukan 5. Ucapkan salam, dan perkenalkan diri 6. Jelaskan tujuan, kontrak waktu tindakan dan prosedur yang akan dilakukan 7. Menanyakan kesiapan pasien	Cek identitas pasein bertujuan untuk mengurangi kesalahan dalam tindakan. Sedangkan salam, perkenalan, menjelaskan tujuan, prosedur, dan kontrak waktu merupakan komunikasi terapeutik untuk memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien sebelum tindakan dilakukan
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> 8. Siapkan peralatan didekat pasien 9. Cuci tangan sebelum ketempat pasien	
<b>Implementation (I): Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b> 10. Memakai <i>Handscoon</i> Steril a. Lepaskan asesoris yang ada di tangan	
b. Jika memakai baju lengan panjang maka gulung lengan baju kesisi atas sampai siku	

<p>c. Buka pembungkus bagian luar dari kemasan sarung tangan tanpa menyentuh bagian dalam <i>handscoot</i>;</p>	
<p>d. Identifikasi sarung tangan kanan dan kiri sesuai dengan gambar yang ada di <i>handcoot</i></p>	
<p>e. Buka bagian dalam <i>handscoot</i> dan pastikan tidak menyentuh <i>handscoot</i> yang masih steril</p>	
<p>f. Pakailah <i>handscoot</i> pada tangan yang dominan terlebih dahulu dengan teknik <i>skin to skin</i>. Cubit bagian dalam <i>handscoot</i> (area yang akan menyentuh kulit), kemudian pakai <i>handscoot</i> sesuai posisi jari. Pastikan tidak menyentuh area steril pada <i>handcoot</i></p>	
<p>g. Lanjutkan memakai sarung tangan kedua dengan teknik <i>glove to glove</i> (area steril ke area steril) Ambil <i>handscoot</i> dari lipatan dalam pada area seteril kemudian pasangkan pada tangan sesuai dengan posisi jari.</p>	

<p>h. Tautkan kedua tangan untuk memastikan tidak ada lipatan <i>handscoo</i>n dan udara yang ada didalam <i>handscoo</i>n</p>	
<p>11. Melepas <i>Handscoo</i>n Steril</p> <p>a. Tarik ujung-ujung jari tangan untuk memudahkan melepas <i>handscoo</i>n</p>	
<p>b. Buka salah satu <i>handcoo</i>n dengan cara mencubit sisi luar <i>handscoo</i>n kemudian remas pada tangan yang masih memakai <i>handscoo</i>n</p>	
<p>c. Untuk membuka <i>handscoo</i>n yang satunya; masukkan tangan yang sudah tidak memakai <i>handscoo</i>n, kemudian tarik <i>handcoo</i>n</p>	 

<p>d. Buang <i>handcoo</i>n pada bengkok / tempat sampah infeksius;</p>	
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>12. Beri <i>reinforcement positif</i></p> <p>13. Rapikan peralatan</p> <p>14. Cuci tangan 6 langkah dengan benar</p>	
<p><b>Evaluation (E): Evaluasi</b></p> <p>15. Pertahankan teknik steril</p>	<p>Mempertahankan teknik steril memungkin menjaga alat tidak terkontaminasi.</p>
<p>16. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	<p>Dokumentasi merupakan bukti tanggungjawab dan tangunggugat telah melaksanakan tindakan keperawatan</p>
<p><b>Sikap</b></p> <p>17. Menerapkan prinsip steril sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>18. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>19. Komunikatif dengan pasien</p> <p>20. Percaya diri</p>	<p>Merupakan psikomotor perawat agar mampu melaksanakan tindakan dengan cermat dan terstruktur serta profesional.</p>

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., & Wulandari, B. , R. N. W. & F. S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan.* Lembaga Omega Medika.
- Alimul Aziz Hidayah & Uliyah, M. (2015). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia.* Health Books Publishing.
- Alimul Aziz Hidayah & Uliyah, M. (2021). *Keperawatan Dasar 1 untuk Pendidikan Vokasi.* Health Books Publishing.
- Zakariyati, Z., Suntin, S., & Hasbullah, H. (2023). *Buku Ajar Keterampilan Dasar Keperawatan.* CV.EUREKA MEDIA AKSARA.

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN IRIGASI KANDUNG KEMIH DENGAN SELANG KATETER SISTEM TERTUTUP**

**Sugiarto, S.Kep., Ners. M.Kep.**



# **IRIGASI KANDUNG KEMIH DENGAN SELANG KATETER SISTEM TERTUTUP**

*Sugiarto,S.Kep.,Ners.M.Kep.*

## **1. Definisi**

Irigasi kandung kemih merupakan prosedur medis dengan melakukan pembilasan pada kandung kemih dengan menggunakan cairan steril. Pelayanan ini guna untuk mencegah atau menghilangkan pembekuan darah setelah dilakukan tindakan operasi pada sistem saluran kemih. Larutan steril dimasukan ke dalam kandung kemih melalui tabung tipis, kemudian cairan dikeluarkan dan ditampung dalam kantong urine. Proses ini dilakukan pada beberapa hari secara terus menerus.

## **2. Tujuan**

Tujuan dari dilakukannya irigasi kandung kemih adalah sebagai berikut:

- a. Mempertahankan Kepatenan pengeluaran Urine
- b. Menghilangkan pembekuan darah setelah tindakan operasi kandung kemih
- c. Membantu mengeluarkan cairan urine ketika terjadi gangguan pada uretra
- d. Mencegah terjadinya distensi kandung kemih karena penyumbatan kateter
- e. Membersihkan kandung kemih

## **3. Indikasi**

- a. Untuk mengeringkan kandung kemih sebelum, selama, atau setelah operasi
- b. Meringankan retensi urin
- c. Mengukur keluaran urin secara akurat
- d. Meringankan inkontinensia urin ketika tidak ada cara lain yang praktis

## **4. Kontraindikasi**

- a. Kecurigaan trauma uretra – cedera mengangkang (jatuh, tertendang, bersepeda) atau patah tulang panggul (kecelakaan mobil, terjatuh, tertindih)
- b. Anak laki-laki di bawah usia 1 tahun yang telah didiagnosis atau dicurigai menderita katup pasca uretra (baik dirawat atau tidak) harus dikateterisasi oleh Panitera Bedah Anak
- c. Perbaikan Hipospadia yang baru terjadi < 1 tahun harus dikateterisasi oleh Panitera Bedah Anak

## 5. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, 76 tahun dirawat di ruang bedah pasca operasi post Turp hari ke 2. Hasil pengkajian:nampak menahan nyeri skala nyeri 5, terasa panas pada area simbisis pubis, urine berwarna coklat,urine 100cc.Tekanan darah 130/90MmHg, Suhu 38°C, Nadi 80x/Menit, frekuensi nafas 23x/ menit. Hasil labolatorium leukosit 7sel/LPB dan kadar protein positif.

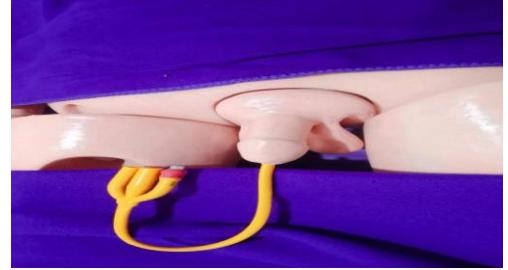
Tindakan apa yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Perawatan Luka
- b. Irigasi kandung kemih System tertutup**
- c. Menejemen Nyeri
- d. Tranfusi Darah
- e. Perawatan Kateter

## 6. Pembahasan soal kasus

**Jawaban B :** dari hasil pengkajian nyeri, terasa panas area simbisis pubis dicurigai adanya pembekuan darah sehingga menekan bagian luka dan menimbulkan nyeri dan panas, warna urine coklat dimungkinkan bercampurnya darah.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Verifikasi catatan keperawatan (identitas, ruangan, catatan keperawatan) dan Review catatan medis dokter	 <p>Menghindari kesalahan klien dan jenis tindakan yang dilakukan dan Mevalidasi ketepatan advis dokter</p>

<p>2. Kaji apakah pasien menggunakan kateter foley 3 saluran</p>	 <p>Irigasi kandung kemih bisa dilakukan dengan menggunakan Kateter foley 3 saluran</p>
<p>3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan irigasi Kandung kemih</p>	 <p>Memastikan kesiapan psikologi klien dalam tindakan yang akan dilakukan</p>
<p>4. Mencuci tangan sebelum bertemu dengan klien</p>	 <p>Mencegah penyebaran bakteri dan virus kepada pasien</p>
<p><b>Planning (P) : Perencanaan</b></p>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p>5. <b>PERSIAPAN ALAT</b>(* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Larutan NACL 500 0,9% cc dan NACL 1000 0,9% cc *</li> </ul>	 <p>Sebagai pencuci Vesika urinaria</p>

- Selang Irigasi ( Infus Set) \*



Sebagai Penyambung cairan dengan kateter



Sebagai alat perlindungan dari cairan



Sebagai Tempat pembuangan sampah



Sebagai penghalang laken dengan cairan

- Spuit 50 cc \*



Sebagai spooling jika terjadi sumbatan

- Klem \*



Sebagai Klem pengunci cairan yang masuk kedalam vesika urinaria

- Tiang Infuse



Sebagai tempat meletakan cairan irrigasi

- Pispot



Sebagai tempat penampung Urine dari Urine Bag

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hand Sanitizer</li>   <li>• Alkohol Swab/ disinfektan</li> </ul>	
	 <p>Sebagai disinfeksi selang irigasi dan selang kateter</p>
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>8. Atur posisi tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)</li> </ol>	 <p>Membina hubungan saling percaya, menginformasikan tindakan yang diberikan dan memberi kenyamanan pasien</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jaga privasi klien (tutup tirai)</li> </ol>	 <p>Menjaga Privasi</p>

10. Turunkan penghalang tempat tidur	 <p>Mempermudah dalam melakukan Tindakan</p>
<b>Implementation (I) : Implementasi</b> <b>Fase Kerja</b> 11. Cuci tangan	 <p>Memutus rantai penularan virus dan infeksi</p>
12. Menggunakan handscoen	 <p>Mencegah kontak cairan pasien</p>
13. Posisikan klien supine	 <p>Memberikan kenyamanan klien</p>

14. Turunkan selimut dan Buka pakaian bagian bawah klien



Mempermudah proses tindakan

15. Pasang alas/perlak dibawah kateter



Mencegah cairan masuk ke laken

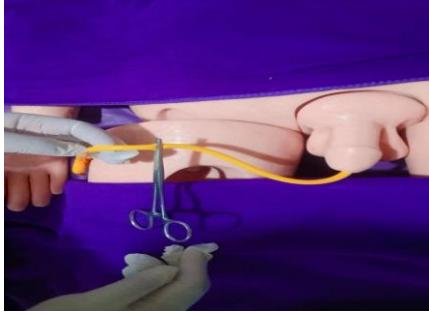
16. Keluarkan urin dari urin bag ke dalam wadah/pispot



Mengosongkan urine bag

17. Gantung cairan irigasi menggunakan tiang infuse



	<p>Menyatukan cairan irrigasi dengan selang irrigasi</p>  <p>Mencegah adanya udara yang masuk kedalam selang irrigasi</p>  <p>Mecegah Penyebaran Infeksi</p>
<p>18. Pastikan tidak terdapat udara pada selang irrigasi</p> <p>19. Desinfeksi pada kateter berlumen tiga , Sambungkan selang irrigasi ke ujung selang kateter dengan teknik aseptik</p> <p>20.Kateter tertutup continues : buka klem irrigasi dan biarkan cairan yang di programkan mengalir memasuki kandung kemih (100 cc pada orang dewasa). Tutup selang irrigasi selama 20-30 menit dan kemudian buka klem selang drainase. hitung kecepatan tetesan larutan irrigasi (<i>slow rate</i> 10-20 tetes / menit, <i>fast rate</i> 20-40 tetes/menit). Amati volume drainase di dalam kantung drainase. Pastikan bahwa selang drainase paten dan tidak terjadi lekukan pada selang</p> <p>21. lakukan <i>pooling</i> jika tidak nampak cairan keluar menuju urine bag</p>	 <p>Memperlunak pembekuan darah yang ada di verika urinaria</p>

22. Amati dan catat warna, jumlah cairan yang keluar menuju urine bag



Membantu mengeluarkan sumbatan karena pembekuan darah

23. Kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi klien



Memasitikan jumlah cairan yang keluar dan juga tingkat kebersihan proses irigasi vesika urinaria



Memberikan kenyamanan setelah tindakan irigasi

24. Pasang kembali pakaian bawah klien



Merapikan pakaian bawah pasien

25. Rapikan selimut klien kembali



Merapikan kondisi pasien setelah tindakan

26. Lepaskan handscoen



Mengahiri Kegiatan tindakan Irigasi

#### Fase Terminasi

27. Beri *reinforcement positif*



Menumbuhkan sikap kerjasama yang bagus antara perawat dan pasien

28. Cuci tangan	 Mencegah penularan virus dan bakteri dari pasien
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
29. Evaluasi klien terhadap warna dan jumlah urine 30. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 31. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	 Sebagai evaluasi keberhasilan tindakan irigasi vesika urinaria sistem tertutup
<b>Sikap</b>	
32. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	 Mencegah Penularan infeksi dari pasien ke perawat

## **DAFTAR PUSTAKA**

- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta Selatan. DPP PPNI.
- Rumah Sakit Gigi & Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga. (2016). Irigasi Kandung Kemih (Vesica Urinaria). Universitas Airlangga.
- Startship. (2022). *This guideline will support clinical staff in the safe and effective insertion and care of a urinary catheter in children in Starship Child Health. Urinary catheter management*. New Zealand, 5–6.
- Hospital, The Royal children's, ictoria. (2022). *A great children's hospital leading the way, Indwelling urinary catheter - insertion and ongoing care*, Flemington Road Parkville, Victoria.

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBERIKAN O<sub>2</sub> MELALUI *REBREATHING MASK ATAU NON-REBREATHING MASK***

**Dewiyanti, S.Kep, Ns, M.Kep**



## **MEMBERIKAN O<sub>2</sub> MELALUI *REBREATHING MASK* ATAU *NON-REBREATHING MASK***

*Dewiyanti, S.Kep,Ns,M.Kep*

### **1. Definisi**

*Rebreathing mask* adalah mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen dengan 60-80% dengan kecepatan aliran 8-12 liter/menit. Memiliki kantong yang terus mengembang baik, saat inspirasi maupun pada saat ekspirasi. Udara inspirasi sebagian besar bercampur dengan udara ekspirasi. Sepertiga ekhalasi masuk kekantong, dua per tiga volume ekhalasi melewati lubang – lubang pada bagian samping.

*Non-rebreathing mask* adalah mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen sampai 80-100 % dengan kecepatan aliran 8 – 12 liter/menit. Pada prinsipnya, udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi karena mempunyai 2 katup, 1 katup terbuka pada saat inspirasi dan tertutup saat pada saat ekspirasi, dan 1 katup yang fungsinya mencegah udara kamar masuk pada saat inspirasi dan akan membuka pada saat ekspirasi. (Jacob, Rekha, & Tarachnand, 2014).

### **2. Tujuan**

- a. Mempertahankan oksigen jaringan yang kuat
- b. Menurunkan kerja nafas
- c. Menurunkan kerja jantung

### **3. Indikasi**

- a. Gagal nafas akut
- b. Syok oleh berbagai penyebab
- c. Infark miokard akut
- d. Keadaan diamna metabolisme (tiroksikasi, sepsis, hipertermia)
- e. Keracunan gas CO (karbon monoksida)
- f. Pasien tidak sadar
- g. Untuk mengatasi keadaan-keadaan : emfisema, pasca bedah, emboli udara, pneumothorax
- h. Asidosis
- i. Anemia berat (Douglas, Nicol, & Robertson, 2013)

### **4. Kontraindikasi**

- a. Retensi karbondioksida
- b. Penggunaan Tidak Kontinyu (Riyadi & Harmoko)

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

- a. Rebreathing Mask (RM)
  - Aliran 8 – 12 liter / menit, O<sub>2</sub> dengan konsentrasi 60 –80%
  - Bahaya: Aspirasi jika muntah, Empisema subcutan, Nekrose jika ketat
- b. Non Rebreathing Mask (NRM)
  - Aliran 8 – 12 liter / menit, O<sub>2</sub> konsentrasi 90 %
  - Bahaya: Aspirasi jika muntah, Empisema subcutan, Nekrose jika ketat.

## **6. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki berusia 34 tahun masuk ke IGD dengan penurunan kesadaran sejak 15 menit lalu. Hasil pengkajian didapatkan sianosis (+), suara nafas stridor, gurgling (+), CRT > 2 detik. Hasil pemeriksaan didapatkan Tekanan Darah 70/50 mmHg, frekuensi nadi 150 x/menit, frekuensi nafas 42 x/menit, Suhu 40 °C, SPO<sub>2</sub> : 82 %, pasien riwayat *Acute Coronary Syndrom*.

Apakah tindakan keperawatan yang tepat untuk pasien tersebut?

- a. Melakukan pemasangan OPA (*Oropharyngeal Airway*)
- b. Memberikan Oksigen non rebreathing mask (NRM)**
- c. Memberikan Oksigen nasal kanuil 3 liter
- d. Melakukan suction kurang dari 15 detik
- e. Memasang monitor ECG

## **7. Pembahasan soal kasus**

Pasien dengan hasil pengkajian sianosis (+), suara nafas stridor, gurgling (+), CRT > 2 detik merupakan kasus dengan pasien yang membutuhkan oksigen konsentrasi tinggi. *Non-rebreathing mask* merupakan oksigen konsentrasi tinggi mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen sampai 80-100 % dengan kecepatan aliran 8 – 12 liter/menit. Prinsipnya konsentrasi oksigen mengalirkan udara, dengan inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi karena mempunyai 2 katup, 1 katup terbuka pada saat inspirasi dan tertutup saat pada saat ekspirasi, dan 1 katup yang fungsinya mencegah udara kamar masuk pada saat inspirasi dan akan membuka pada saat ekspirasi.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL& GAMBAR
<p><b>Assessment (A) : Pengkajian</b></p> <p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)</li> <li>Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien, tanyakan apa yang dirasakan pasien</li> <li>Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li> </ol>	<p>Untuk mencegah kesalahan dalam melakukan tindakan keperawatan</p> <p>Untuk membangun komunikasi terapeutik antara pasien dengan perawat</p> <p>Memudahkan penggunaan dan pengambilan alat pada saat pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan</p>
<p><b>Planning (P) : Perencanaan</b></p> <p><b>Fase Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>PERSIAPAN ALAT</b>(* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)</li> </ul> </li> </ol>	 <p>Tabung oksigen medis mempunyai kandungan oksigen 100 persen oksigen murni burfungsi memenuhi kebutuhan oksigenasi pada pasien yang memerlukan oksigen.</p>

- b. Selang dan masker rebreathing atau non-rebreathing



Selang dan rebreathing mask (RM) adalah untuk terapi oksigen memiliki kantong resevoir plastik lembut yang terpasang di ujung, berfungsi untuk menghambat sepertiga udara yang dihembuskan pasien, sementara sisanya udara keluar di samping yang ditutup dengan katup satu arah. Penggunaan Rebreathing Mask menghirup kembali sebagian karbon dioksida.

Selang dan Non Rebreathing Mask (NRM) adalah untuk terapi oksigen terhubung ke kantong *reservoir* lalu diisi dengan oksigen konsentrasi tinggi. Memiliki sistem katup satu arah yang mencegah oksigen yang dihembuskan bercampur dengan oksigen di kantong *reservoir*.

- c. Flowmeter oksigen



Flowmeter adalah alat yang digunakan untuk mengatur jumlah aliran oksigen dari sumbernya yaitu oksigen central maupun tabung oksigen (*outlet*), oksigen central di rumah sakit atau dari tabung oksigen yang berada di ruangan rumah sakit sesuai untuk kebutuhan pasien.

d. Humidifier



Humidifier merupakan alat yang membantu melembabkan oksigen yang diberikan dengan harapan agar oksigen murni yang kering tidak mengiritasi saluran pernafasan pasien.

e. Cairan steril



Cairan steril dapat mencegah pertumbuhan bakteri sehingga mengurangi kejadian infeksi untuk membentuk gelembung – gelembung udara untuk menghasilkan uap air.

f. Stetoskop



#### PERSIAPAN KLIEN

4. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur tundakan yang akan dilakukan



Stetoskop berfungsi untuk mendengarkan suara pernafasan normal dan abnormal.

5. Posisikan pasien untuk mengoptimalkan pernapasan ( posisi semi fowler)



Mengurangi kecemasan dan memastikan kerja sama

6. Nilai kebutuhan terapi oksigen pasien. Periksa instruksi terkait besarnya aliran oksigen, jenis alat oksigen baik menggunakan *Rebreathing Mask (RM)*, maupun *Non Rebreathing Mask (RM)*, kadar oksigen.



Posisi semi fowler dapat memberikan kesempatan pada proses ekspirasi paru.

7. Lakukan pemeriksaan tanda – tanda vital, tingkat kesadaran, hasil pemeriksaan laboratorium dan rekam medis.



Mengurangi kesalahan dalam pemberian oksigen.

8. Nilai faktor risiko pemberian terapi oksigen pada pasien dan lingkungan sekitar, seperti pasien dengan tanda hipoksia, kerusakan sambungan listrik dan sebagainya



	<p>Memberikan data dasar untuk pemeriksaan yang akan datang</p> 
	<p>Mengurangi risiko bahaya. Oksigen adalah gas yang mudah terbakar. Mekanisme kompensasi hipoksia sangat penting untuk mempertahankan respirasi</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>9. Pasang tanda dilarang merokok pada pintu kamar pasien dan dapat dilihat oleh pasien dan pengunjung serta jelaskan kepada mereka bahaya merokok ketika oksigen sedang mengalir</p>	 <p>Oksigen mudah terbakar, merokok didalam ruangan oksigen dapat menimbulkan bahaya kebakaran.</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p> <p><b>Fase Kerja</b></p> <p>10. Cuci tangan</p>	

<p>11. Pakai handscoen</p>	<p>Mengontrol dan mengurangi faktor pencetus infeksi</p>  <p>Alat pelindung diri perawat untuk melindungi kontak dengan cairan tubuh membran mukosa dan kulit yang tidak utuh dan penyebaran mikroorganisme endogen mereka kepada individu yang menerima tindakan asuhan keperawatan.</p>
<p>12. Pasang peralatan oksigen dan pelembab udara.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Isi tabung pelembab udara dengan air steril sampai setinggi tanda yang ada pada tabung</li> <li>b. Pasang alat pengatur aliran oksigen pada sumber oksigen dan atur pada posisi off.</li> </ul>	 <p>Mengisi melebihi tanda akan mengakibatkan air masuk kedalam selang</p>  <p>Alat pengatur aliran oksigen membantu memantau dan mengatur aliran oksigen ke pasien.</p>

<p>c. Pasang tabung pelembab udara pada dasar alat pengatur aliran oksigen</p>		<p>Melembabkan udara akan membantu mencegah keringnya membran mukosa sehingga memberikan kenyamanan pada pasien.</p>
<p>d. Pasang flowmeter ke humidifier ke sumber oksigen</p>		<p>Pastikan flowmeter terhubung ke oksigen, bukan udara atau gas lainnya. Menghubungkan flowmeter ke gas selain oksigen dapat berakibat fatal.</p>
<p>e. Sambungkan selang rebreathing mask atau non rebreathing mask ke humidifier</p>	<p><b>Rebreathing Mask</b></p>  <p><b>Non Rebreathing Mask</b></p> 	

	 <p>Memantau selang dan mengatur aliran oksigen dari selang ke humidifier tidak terjadi kebocoran.</p>
<p>f. Atur aliran oksigen 8 – 12 L/menit untuk rebreathing mask dan Atur aliran oksigen 8 – 12 L/menit untuk non reabrihing mask</p>	 <p>Oksigen adalah obat dan berbahaya bila diberikan lebih atau kurang dari yang diinstruksikan</p>
<p>g. Pastikan oksigen mengalir melalui selang</p>	 <p>Memantau oksigen mengalir dengan baik</p>

<p>h. Pastikan oksigen mengisi kantung reservoir hingga mengembang</p>	
<p>i. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut</p>	
<p>j. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala</p>	

<p>k. Lepaskan masker dan bersihkan kulit dan masker setiap 2 – 3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinyu</p>	 <p>Masker yang terpasang kencang dan lembab akibat proses pengembunan dapat mengiritasi kulit wajah.</p>
<p>l. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam</p>	
<p>m. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi</p>	 <p>Untuk mengevaluasi kebutuhan oksigenasi terpenuhi sesuai kebutuhan pasien.</p>

	Mengevaluasi ke efektifan fungsi oksigenasi yang diberikan kepada pasien sesuai kebutuhan pasien.
2. Lepaskan handscoen	 <p>Mengurangi risiko penyebaran infeksi jika tidak segera dilepaskan setelah tindakan keperawatan</p>
<b>Fase Terminasi</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri motivasi positif kepada untuk proses penyembuhan pasien</li> <li>2. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan</li> <li>3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> </ol>	<p>Motivasi positif merupakan salah satu terapi terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan pasien</p> <p>Untuk memberikan rasa nyaman lingkungan pada pasien setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan</p> <p>Mengontrol dan mengurangi faktor pencetus infeksi sebelum dan setelah bersentuhan dengan pasien maupun cairan tubuh pasien setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan</p>
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi klien terhadap penggunaan Rebreathing Mask atau non Rebreathing Mask</li> <li>2. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien (metode pemberian oksigen, kecepatan oksigen, respon pasien,</li> </ol>	<p>Mengevaluasi ke efektifan kebutuhan oksigenasi pasien menggunakan oksigen Rebreathing Mask atau non Rebreathing Mask</p> <p>Dokumentasi prosedur tindakan keperawatan diartikan sebagai catatan tindakan asuhan keperawatan bertujuan mengidentifikasi status kesehatan</p>

dan efek samping/merugikan yang terjadi)	klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, evaluasi Intervensi.
<b>Sikap</b>	<p>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>2. Melakukan tindakan secara sistematis</p> <p>3. Menerapkan komunikasi terapeutik dan Komunikatif dengan pasien</p> <p>4. Percaya diri</p>

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Douglas, G., Nicol, F., & Robertson, C. (2013). *Macleods Clinical Examination 13th Edition*. Singapura: Elsevier.
- Jacob, A., Rekha, R., & Tarachnand, J. S. (2014). *Buku Ajar Clinical Nursing Procedural*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Riyadi, S., & Harmoko, H. *Standar Operating Procedure Dalam Praktik Klinik Keperawatan Dasar*.
- Riyadi, S., & Harmoko, H. (2012). *Standar Operating Procedure Dalam Praktik Klinik Keperawatan Dasar*. Yogyakarta: Puataka Pelajar.



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENGELUARKAN FECAL IMPACTION**

**Ns. Leni Wijaya.,S.Kep.,M.Kes**



# **MENGELUARKAN FECAL IMPACTION**

*Ns. Leni Wijaya.,S.Kep.,M.Kes*

## **1. Definisi**

Suatu tindakan untuk memasukkan cairan melalui anus ke dalam kolon sigmoid menggunakan kanul rektal.

## **2. Tujuan**

- a. Meransang BAB
- b. Sebagai tindakan pengobatan

## **3. Indikasi**

- a. Konstipasi
- b. Impaksi fekal

## **4. Kontraindikasi**

- a. Hemoroid
- b. Tumor pada rektum dan kolon

## **5. Hal yang perlu diperhatikan**

- a. Bila tidak dapat ditolong 1 orang petugas karena klien gemuk, kelumpuhan (*haemiplegia*) dan lain-lain maka diperlukan lebih dari seorang petugas.
- b. Memberikan pispot sebaiknya tidak dilakukan pada waktu makan, kunjungan keluarga/menerima tamu dan visite (kunjungan dokter).
- c. Feses harus diperhatikan keadaan, bentuk dan warnanya terutama jika ada kelainan. Segera catat dan dilaporkan ke dokter.

## **6. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki usia 68 tahun tinggal di panti jompo. Pada saat dilakukan pengkajian, mengeluh tidak bisa buang air besar (BAB) selama 5 hari dan hal tersebut sudah terjadi sejak 3 bulan yang lalu dan terlihat pucat. Selain itu, mengalami nyeri saat defekasi, butuh tenaga untuk mengejan dan kesulitan mengeluarkan feses dan feses mengeras. Sehari hanya minum satu gelas air saja dan dirinya jarang berolahraga serta jarang melakukan aktivitas di luar rumah.

Tanda vital, TD: 130/80 mmHg, HR: 100 kali/menit, RR: 24 kali/menit, S: 36°C, bising usus 3 kali/menit.

## 7. Pembahasan Soal Kasus

Permasalahan utama yang dialami oleh pasien adalah pasien tidak bisa melakukan BAB dan mengalami impaksi fekal, yaitu suatu kondisi dimana feses mengeras. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan eliminasi fekal adalah konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal d.d feses keras.

Untuk implementasi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi diagnosis keperawatan diatas adalah dengan melakukan huknah.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b>	
1. Kaji pola defekasi	Pola defekasi setiap individu beragam dari defekasi satu kali setiap hari hingga setiap 2 atau 3 hari.
2. Kaji asupan serat tiap hari	Dalam mengkonsumsi asupan serat menyebabkan ampas yang tersedia untuk membentuk feses.
3. Kaji aktivitas sehari-hari	Jika dalam latihan fisik tidak cukup, gerakan peristaltik normal dapat berkurang dan otot saluran cerna dapat kehilangan tonusnya sehingga menyebabkan konstipasi atau impaksi feses.
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b>	
<b>4. PERSIAPAN ALAT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sarung tangan bersih</li> </ul>  <p>Mencegah terjadinya infeksi dan penularan penyakit</p>

- Wadah edema



Sebagai tempat/wadah cairan dalam tindakan huknah

- Selang irrigator



Selang yang digunakan untuk mengalirkan cairan dari wadah enema

- Kanul



Alat yang dimasukkan ke dalam anal agar cairan bisa masuk saat dilakukan huknah

- Klem pengatur pada selang



Alat pengatur cairan yang masuk saat tindakan huknah

- Termometer air



Alat untuk mengetahui suhu

- Vaseline/jelly



Sebagai bahan pelumas/pelincin

- Perlak



Sebagai alas dalam tindakan medis agar cairan tidak mengenai bed/tempat tidur

- Tisu



Sebagai bahan pembersih atau mengeringkan anggota tubuh yang basah dan terkena air

- Pispot



Sebagai tempat buang air besar dan kecil

- Baskom



Tempat air hangat dan atau dingin saat membersihkan anggota tubuh dari kotoran

- Waslap



Sebagai alat untuk menyeka anggota tubuh pasien

- Handuk



Sebagai alat untuk mengeringkan anggota tubuh dari air

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Selimut</li> </ul>	 <p>Untuk melindungi tubuh pasien. Selain itu juga berfungsi untuk menjaga privasi pasien saat tindakan dilakukan</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sabun</li> </ul>	 <p>Sebagai pembersih anggota tubuh</p>
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p>	 <p>Untuk memastikan klien yang akan kita lakukan tindakan keperawatan apakah sudah tepat</p>

<p>6. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan dan tindakan yang akan dilakukan</p>	 <p>Untuk memberikan informasi kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>7. Tutup sampiran untuk menjaga privasi pasien</p>	 <p>Untuk menjaga kerahasiaan pasien dan pasien merasa nyaman ketika dilakukan tindakan keperawatan</p>
<p>8. Ciptakan pencahayaan ruangan dengan baik</p>	 <p>Dengan pencahayaan yang baik dapat meminimalisir kesalahan dalam melakukan tindakan keperawatan</p>
<p><b>IMPLEMENTASI (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>9. Mencuci tangan</p>	

	 <p>Untuk menjaga kebersihan tangan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi serta mengurangi transmisi mikroorganisme</p>
10. Pasang sarung tangan	 <p>Untuk melindungi tangan jika terdapat kemungkinan perawat kontak dengan cairan tubuh, misalnya darah, urine, feses, sputum, membran mukosa dan kulit yang tidak utuh</p>
11. Dekatkan alat dan bahan pada pasien	 <p>Membantu mempermudah perawat melakukan tindakan, mengurangi risiko kesalahan penggunaan alat serta mencegah terjadinya kecelakaan kerja</p>

12. Hubungkan selang irrigator ke wadah enema, jangan lupa tutup klem terlebih dahulu



Mencegah terjadinya tumpahan cairan ke area tempat tidur pasien dan mencegah kehilangan larutan awal saat ditambahkan ke irrigator

13. Siapkan cairan yang diperlukan lalu masukkan ke dalam wadah enema



Untuk mempermudah cairan mengalir melalui selang irrigator

14. Keluarkan udara dari selang dengan cara membuka klem kemudian mengalirkan sedikit cairan ke bengkok lalu lakukan klem ditutup lagi



Untuk mencegah masuknya udara ke saluran kolon asendens atau desendens

15. Pasang perlak



Untuk mencegah tumpahnya cairan yang dapat membasihi seprei atau tempat tidur

16. Lepaskan pakaian bawah pasien

17. Selimuti tubuh dan ekstremitas bagian bawah pasien dengan selimut mandi namun biarkan area anal tetap kelihatan



Untuk mempermudah tindakan keperawatan terutama pada bagian ekstremitas bawah

18. Bantu pasien untuk miring kiri pada huknah rendah dan miring kanan jika huknah tinggi



Mencegah pemajaman yang tidak perlu bagian tubuh dan mengurangi rasa malu klien

19. Sebelum kanal dimasukkan, bersihkan anus dengan tisu



Memungkinkan larutan huknah mengalir kebawah dengan gravitasi sepanjang lengkung natural kolon desenden /acenden



Untuk mencegah adanya kotoran yang ikut masuk saat memasukkan kanul

20. Olesi kanul dengan gel



Memungkinkan insersi halus slang tanpa resiko iritasi atau trauma pada mukosa rektal

21. Masukkan kanul secara perlahan



Insersi hati-hati mencegah trauma pada mukosa rektal karena penusukan slang secara tak sengaja pada dinding. Insersi lebih dari batas yang tepat dapat menyebabkan perforasi usus

22. Jika kanul sudah masuk semua ke dalam anus, maka buka klem agar cairan di dalam wadah enema bisa mengalir



Kontraksi usus dapat menyebabkan ekspulsi kanul rekti. Penginfusian cepat dapat merangsang defikasi dini sebelum volume yang cukup diinfuskan

23. Saat cairan di wadah enema hampir habis, klem ditutup lalu keluarkan kanul kemudian letakkan kanul di bengkok



Mencegah masuknya udara kedalam rectum. Memberikan kenyamanan klien dan kebersihan

<p>24. Bantu pasien untuk tidur terlentang dan taruh pispot di bawah bokong pasien atau bantu pasien ke kamar mandi jika pasien mampu</p> <p>25. Bantu pasien untuk membersihkan area sekitar anus</p>	 <p>Membantu pasien untuk defekasi secara nyaman</p>  <p>Untuk menghindari terjadinya infeksi dan iritasi dari sisa-sisa kotoran</p>
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>26. Rapikan alat</p> <p>27. Lepas sarung tangan</p>	 <p>Mengontrol transmisi dan pertumbuhan mikroorganisme</p>  <p>Untuk menghindari terjadinya kontaminasi dari cairan atau kotoran pada tindakan yang telah dilakukan</p>



28. Cuci tangan	 <p>Untuk menjaga kebersihan tangan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama infeksi nosokomial</p>
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
29. Evaluasi respon pasien setelah dilakukan tindakan	Untuk menilai tujuan tindakan keperawatan apakah telah tercapai
30. Identifikasi adanya abnormalitas pada feses	 <p>Untuk mengetahui perubahan pada feses</p>
<b>Sikap</b>	
31. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	Dengan menerapkan <i>hand hygiene</i> untuk menjaga kebersihan tangan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama infeksi nosokomial.
32. Melakukan tindakan dengan sistematis	Melakukan suatu tindakan yang dilakukan secara terstruktur atau sesuai rencana yang telah ditetapkan dengan cara yang efisien dan teliti, sehingga bisa membentuk suatu sistem yang terpadu, utuh, serta menyeluruh.
33. Komunikatif dengan pasien	Melalui keterampilan komunikasi, dapat mengenali kebutuhan perawatan kesehatan pasien, karena komunikasi yang bermakna dengan pasien memungkinkan perawat dapat meningkatkan pengetahuan menyeluruh tentang pasien individu dan karakteristik pribadi mereka.

34. Percaya diri	Kemampuan dalam menyakinkan diri pada kemampuan yang kita miliki atau kemampuan untuk mengembangkan penilaian positif baik untuk diri sendiri ataupun lingkungan sekitar dalam melakukan tindakan keperawatan.
------------------	--

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Aryani & Mulyani, 2009. *Prosedur Klinik Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta Timur, CV Trans Info Media.
- Azhari & Prasetya, 2023. *Uji Kompetensi Keperawatan OSCE Kebutuhan Dasar Manusia*. Bandung, YRAMA WIDYA.
- Rosyidi, 2013. *Prosedur PRAKTIK KEPERAWATAN Jilid 1*. Jakarta, CV. Trans Info Media.



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT INHALASI/NEBULIZER**

**Feby Adolf Metekohy, S.SiT.,M.Kes**



# **Prosedur Tindakan Keperawatan**

## **PEMBERIAN OBAT INHALASI/NEBULIZER**

*Feby Adolf Metekohy, S.SiT.,M.Kes*

### **1. Definisi**

Pemberian obat inhalasi adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk menyiapkan dan memberikan agen farmakologis berupa spray (semprotan) aerosol, uap, atau bubuk halus untuk mendapatkan efek lokal atau sistemik (PPNI, 2021).

### **2. Tujuan**

- a. Mengeluarkan sekret pada pasien yang mengalami sesak napas
- b. Memberikan rasa nyaman pada pasien
- c. Melonggarkan jalan napas

### **3. Indikasi**

Efektif dapat dilakukan pada pasien dengan ;

- a. Bronkhospasme akut
- b. Produksi sekret berlebih
- c. Batuk dan sesak napas
- d. Radang pada epiglotis

### **4. Kontraindikasi**

- a. Pasien yang tidak sadar
- b. Takikardi
- c. Trakeostomi
- d. Fraktur di daerah hidung, maxilla, palatum oris
- e. Kontraindikasi dari obat yang digunakan untuk nebulisasi

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

- a. Pada awal tindakan, perlu didampingi sampai pasien terlihat tenang.
- b. Berikan obat yang sesuai dengan hasil kolaborasi.
- c. Jika memungkinkan, pasien diminta untuk menarik napas dalam melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut selama proses terapi.
- d. Bila perlu lindungi mata pasien dari uap yang keluar dari nebulizer.
- e. Selama prosedur, perhatikan beberapa komplikasi berupa efek samping obat seperti ; nausea, vomitus, tremor, takikardi.
- f. Sebaiknya lakukan fisioterapi dada setelah selesai terapi.

## **6. Contoh Kasus (Utama S Y A, 2017 & Muttaqien, 2012 )**

Seorang Laki-laki umur 56 tahun dirawat diruang penyakit dalam dengan keluhan saat pengkajian ditemukan keadaan sesak napas dan batuk, banyak secret dan tidak bisa mengeluarkan, auskultasi terdengar bunyi wheezing, frekuensi nafas 28x/menit. Pasien pernah dirawat dengan diagnosa PPOK.

Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut diatas?

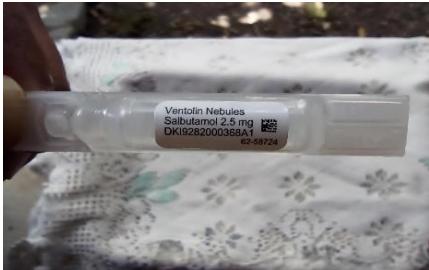
- a. Melakukan fisioterapi dada
- b. Latihan batuk efektif
- c. Pemberian terapi inhalasi/nebulizer
- d. Mengatur posisi semi fowler
- e. Memberikan terapi oksigen

## **7. Pembahasan soal kasus**

Untuk menentukan jawaban pastinya kita melihat masalah yang muncul pada kasus tersebut yakni pasien tersebut mengalami sesak diakibatkan adanya akumulasi sekret dalam saluran pernapasan yang ditandai dengan adanya bunyi nafas tambahan yakni wheezing. Sehingga untuk mengatasi masalah tersebut perawat melakukan tindakan untuk mengatasi obstruksi jalan nafas adalah tindakan pemberian obat inhalasi (nebulizer) guna melonggarkan jalan nafas (bronkus).

Jawaban : C (Pemberian obat inhalasi/nebulizer).

<b>ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI</b>	<b>RASIONAL &amp; GAMBAR</b>
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji pernapasan pasien.  2. Auskultasi suara napas pasien.  3. Review catatan keperawatan dan medis pasien.  4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan terapi inhalasi.	Kaji pernapasan pasien sebagai data awal sebelum tindakan.  Auskultasi suara napas merupakan pengkajian fisik penting gangguan pernapasan.  Untuk mengetahui riwayat kondisi sakit pasien.  Aspek psikologis penting untuk mendukung prosedur tindakan.

5. Diagnosa keperawatan utama ; Bersihan jalan napas tidak efektif.	Diagnosa keperawatan utama pada prosedur nebulizer.
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <b>6. PERSIAPAN ALAT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mesin/jet Nebulizer.</li> </ul>	 <p>Mesin nebulizer merupakan alat yang akan mengubah obat dalam bentuk cairan menjadi uap yang dihirup</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Obat inhalasi sesuai kolaborasi.</li> </ul>	 <p>Jenis obat bronkhodilator yang berfungsi melebarkan bronkus dan merelaksasi otot-otot saluran pernapasan sehingga aliran udara dari dan ke paru-paru menjadi lancar</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Cairan steril/NaCl.</li> </ul>	 <p>NaCl berfungsi untuk mencampurkannya dengan obat bronkhodilator (mis ; 2,5 mg ventolin ditambah 2 cc NaCl)</p>

- d. Masker & selang nebulizer.



Selang nebulizer akan dihubungkan dengan mesin nebulizer dan masker yang dipasang pada pasien

- e. Tissu.



Tissu digunakan untuk membersihkan hidung dan mulut pasien, sebelum dan sesudah prosedur.

- f. Sarung tangan.



Sarung tangan digunakan selama prosedur sebagai alat pelindung diri untuk mencegah penularan

- g. Sumber oksigen jika tidak menggunakan nebulizer.



<p>h. Spuit disposable 2,5 cc.</p> <p>i. Bengkok.</p>	<p>Tabung oksigen lengkap digunakan bila terkendala mesin nebulizer tidak bisa digunakan(mis ; arus listrik padam)</p>  <p>Spuit disposeble digunakan untuk memasukkan obat bronkhodilator dan cairan NaCl ke dalam chamber nebulizer</p>  <p>Bengkok/neirbeken merupakan wadah sementara untuk menampung instrumen yang telah digunakan</p>
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>7. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien (nama, tgl lahir, dan/atau nomor rekam medis).</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.</p> <p>9. Mengatur posisi pasien yang nyaman.</p>	<p>Membina saling percaya dan memastikan prosedur tepat pada pasien.</p> <p>Agar pasien dapat kooperatif dan mau kerjasama.</p> <p>Posisi nyaman akan memudahkan prosedur dilaksanakan.</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>10. Jaga privasi klien.</p> <p>11. Turunkan penghalang tempat tidur.</p>	<p>Privasi dibutuhkan sehingga tahapan prosedur terlaksana dengan baik.</p> <p>Agar prosedur tindakan berlangsung sesuai tahapan.</p>

12. Dekatkan alat/bahan ke samping tempat tidur.	Memudahkan dalam melaksanakan prosedur.
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b>	
13. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi).	Untuk memastikan prosedur tepat pada pasien
14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.	 <p>Mencegah penularan mikroorganisme</p>
15. Pakai sarung tangan.	 <p>Penggunaan sarung tangan penting untuk mencegah terkontaminasi.</p>
16. Posisikan pasien senyaman mungkin dengan posisi semi-fowler atau fowler.	Posisi yang nyaman akan memudahkan perawat dalam melaksanakan prosedur
17. Masukkan obat ke dalam chamber nebulizer sesuai hasil kolaborasi	

<p>18. Hubungkan selang ke mesin nebulizer atau sumber oksigen.</p>	<p>Jenis obat bronkhodilator sesuai hasil kolaborasi</p>  <p>Penggunaan sumber oksigen, dapat juga digunakan sebagai alternatif</p>
<p>19. Membersihkan area hidung dan mulut menggunakan tissu</p>	 <p>Membersihkan dari kotoran atau sekret sehingga prosedur dapat berlangsung dengan baik</p>
<p>20. Pasang masker menutupi hidung dan mulut.</p> <p>21. Anjurkan pasien untuk melakukan napas dalam saat inhalasi dilakukan.</p>	 <p>Masker dipasang dengan baik sehingga uap inhalasi dapat terhirup dengan maksimal</p> <p>Napas dalam selama prosedur sangat penting sehingga obat inhalasi mencapai saluran pernapasan dengan baik</p>

<p>22. Mulai lakukan inhalasi dengan menyalakan mesin nebulizer atau mengalirkan oksigen.</p> <p>23. Prosedur inhalasi dilakukan selama 6-8 menit atau sampai obat dalam chamber habis.</p> <p>24. Monitor respon pasien selama prosedur (jangan meninggalkan pasien sendirian).</p> <p>25. Setelah selesai, bersihkan area mulut dan hidung pasien dengan tissu</p>	<p>Prosedur segera dimulai, pastikan tahapan sebelumnya sudah sesuai</p> <p>Estimasi waktu sesuai konsep dan dapat juga menggunakan obat dalam chamber sebagai patokan waktu prosedur</p> <p>Respon pasien selama prosedur perlu diamati untuk mengambil tindakan jika diperlukan</p> <p>Membersihkan dari kotoran atau sekret</p>
<p>26. Rapihkan pasien dan alat-alat/bahan yang digunakan.</p> <p>27. Lepaskan sarung tangan.</p> <p>28. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</p>	<p>Menjaga kenyamanan pasien setelah selesai prosedur</p> <p>Memastikan APD yang telah digunakan tidak terkontaminasi</p> <p>Mencegah kontaminasi setelah selesai prosedur</p>
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>29. Mengevaluasi respon pasien.</p> <p>30. Beri <i>reinforcement positif</i>.</p>	<p>Evaluasi respon sebagai data pendukung untuk prosedur berikutnya</p> <p>Membangun penguatan baik verbal maupun non verbal yang positif</p>
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p> <p>31. Evaluasi tanda sesak napas.</p> <p>32. Evaluasi frekuensi pernapasan pasien.</p> <p>33. Melakukan dokumentasi.</p>	<p>Menilai kefektifan prosedur</p> <p>Data pengkajian setelah prosedur</p> <p>Sebagai sarana komunikasi antar profesi</p>

<b>Sikap</b>	
34. Melakukan prosedur dengan sistematis. 35. Komunikatif dengan pasien. 36. Percaya diri saat melakukan prosedur.	Patuh terhadap tahapan prosedur Membangun saling percaya selama melaksanakan prosedur Memberikan keyakinan kepada pasien

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Anggriani Y, dkk. (2019). Petunjuk Praktikum Keperawatan Dasar, Jakarta ; Universitas Kristen Indonesia.
- Muttaqien. (2012). Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Jakarta ; Salemba Medika.
- Noviestari E & Supartini Y. (2015). Keperawatan Dasar : Manual Keterampilan Klinis, Edisi 2, Singapore ; Mosby Elsiver.
- PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1, Jakarta ; DPP PPNI.
- Utama S Y A. (2017). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi, Yogyakarta ; Deepublish.

## **SINOPSIS**

Buku prosedur keperawatan tentu sudah banyak sekali beredar baik secara nasional maupun internasional. Kehadiran buku ini tentu disamping melengkapi khazanah keilmuan keperawatan juga dapat meningkatkan kemampuan para civitas akademika dan pelaku klinis keperawatan dalam memahami dan memperbaiki *skill* klinis. Buku ini berisi 11 tindakan keperawatan yaitu tindakan bladder training, memberikan posisi sims, mengganti kantong kolostomi, memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda, pemberian enema dan lain-lain.

Semua tindakan keperawatan dijelaskan mulai dari definisi, tujuan, indikasi, kontra indikasi, hal-hal yang harus diperhatikan serta diberikan contoh soal ukom untuk tiap prosedur. Buku ini mempunyai kelebihan yaitu langkah-langkah yang sistematis dan disertai gambar untuk tiap langkahnya. Hal ini ditujukan agar para pembaca semakin mudah dan cepat untuk memahami prosedur dalam langkah-langkahnya. Disamping itu pula, dalam langkah tindakan, diberikan rasionalitas tindakan, untuk mengasah nalar dan daya kritis para pembaca sehingga tidak terjebak dalam rutinitas saat melakukan tindakan keperawatan.

Buku ini ditulis oleh para akademisi yang sudah berpengalaman dalam melakukan tindakan keperawatan dan terbiasa dengan perkembangan keilmuan keperawatan khususnya dalam prosedur atau tindakan keperawatan. Tentu buku ini akan sangat bermanfaat bagi para pembaca khususnya untuk profesi keperawatan. Aamiin

Buku prosedur keperawatan tentu sudah banyak sekali beredar baik secara nasional maupun internasional. Kehadiran buku ini tentu disamping melengkapi khazanah keilmuan keperawatan juga dapat meningkatkan kemampuan para civitas akademika dan pelaku klinis keperawatan dalam memahami dan memperbaiki skill klinis. Buku ini berisi 11 tindakan keperawatan yaitu tindakan bladder training, memberikan posisi sims, mengganti kantong kolostomi, memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda, pemberian enema dan lain-lain.

Semua tindakan keperawatan dijelaskan mulai dari definisi, tujuan, indikasi, kontra indikasi, hal-hal yang harus diperhatikan serta diberikan contoh soal ukom untuk tiap prosedur. Buku ini mempunyai kelebihan yaitu langkah-langkah yang sistematis dan disertai gambar untuk tiap langkahnya. Hal ini ditujukan agar para pembaca semakin mudah dan cepat untuk memahami prosedur dalam langkah-langkahnya. Disamping itu pula, dalam langkah tindakan, diberikan rasionalitas tindakan, untuk mengasah nalar dan daya kritis para pembaca sehingga tidak terjebak dalam rutinitas saat melakukan tindakan keperawatan.

Buku ini ditulis oleh para akademisi yang sudah berpengalaman dalam melakukan tindakan keperawatan dan terbiasa dengan perkembangan keilmuan keperawatan khususnya dalam prosedur atau tindakan keperawatan. Tentu buku ini akan sangat bermanfaat bagi para pembaca khususnya untuk profesi keperawatan. Aamiin

ISBN 978-623-8411-58-0

9 786238 411580

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



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022