

# BUKU AJAR

# PROSEDUR TINDAKAN

# KEPERAWATAN DASAR

Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.

Ns. Martha Katarina Silalahi, S.Kep., M.Kep

Dr. Betty Suprapti, S.Kp., M.Kes.

Ns. Eliza, S.Pd., S.Kep., M.Kep.

Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.

Christien Anggreni Rambi, S.Kep., Ns., M.Kes.

Herwinda Sinaga, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lina, SKM., M.Kes.

Sari Octarina Piko, SKM., M.Kes.



# **BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN**

## **KEPERAWATAN DASAR**

### **Penulis:**

Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.

Ns. Martha Katarina Silalahi, S.Kep., M.Kep

Dr. Betty Suprapti, S.Kp., M.Kes.

Ns. Eliza, S.Pd., S.Kep., M.Kep.

Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.

Christien Anggreni Rambi, S.Kep., Ns., M.Kes.

Herwinda Sinaga, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lina, SKM., M.Kes.

Sari Octarina Piko, SKM., M.Kes.



# **BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DASAR**

## **Penulis:**

Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.  
Ns. Martha Katarina Silalahi, S.Kep., M.Kep  
Dr. Betty Suprapti, S.Kp., M.Kes.  
Ns. Eliza, S.Pd., S.Kep., M.Kep.  
Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Christien Anggreni Rambi, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Herwinda Sinaga, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Lina, SKM., M.Kes.  
Sari Octarina Piko, SKM., M.Kes.

## **Desain Cover:**

Ivan Zumarano

## **Tata Letak:**

Siti Hartina Fatimah  
Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-62-7

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**

Salam sehat dan selamat datang di Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Dasar. Buku Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Dasar ini disusun oleh 10 orang dosen perawat dari berbagai institusi pendidikan keperawatan di Indonesia. Buku ini berisi 10 prosedur keperawatan dasar yang terdapat dalam mata kuliah Keperawatan Dasar bagi mahasiswa perawat. Buku ini disusun secara terperinci mengikuti standar operasional prosedur untuk tindakan-tindakan keperawatan dan dilengkapi gambar original disertai penjelasan rasional tindakan.

Kami berharap buku ini dapat membantu memberikan gambaran yang lebih jelas dan nyata bagi mahasiswa perawat dalam mempelajari dan memahami prosedur tindakan keperawatan terutama yang diulas dalam buku ini. Sepuluh prosedur keperawatan yang dijelaskan dalam buku ini yaitu memberikan Oksigen melalui Nasal Kanul, pemberian Oksigen dengan Simple Mask, pemasangan Infus, perawatan Infus, penggantian Botol /Cairan Infus, memonitor /Menghitung Tetesan Infus, melepas Infus, pemasangan Kateterisasi urine, mengirigasi selang kateter urine terbuka, dan pemasangan Nasogastric Tube

Kami mengucapkan terima kasih kepada Tim OPTIMAL by PT. Nuansa Fajar Cemerlang yang telah memfasilitasi penyusunan buku ini. Ucapan terima kasih yang sama juga kami ucapkan bagi mahasiswa dan rekan kerja kami yang telah sangat membantu serta semua pihak yang telah turut serta mendukung kami dalam penyusunan buku ini. Akhir kata, seperti kata pepatah, tak ada gading yang tak retak, mohon maaf jika masih ada kekurangan dalam penyusunan buku ini. Selamat membaca, dan semoga buku ini memberikan banyak manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

## **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 MEMBERIKAN OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL.....	1
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN <i>SIMPLE MASK (FACE MASK)</i> .....	13
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN INFUS .....	21
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PERAWATAN INFUS.....	31
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMONITOR/MENGHITUNG TETESAN INFUS.....	37
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PENGGANTIAN BOTOL/CAIRAN INFUS .....	47
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MELEPAS INFUS .....	59
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN <i>NASOGASTRIC TUBE</i> (NGT).....	67
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN KATETER URINE PASIEN PEREMPUAN .....	79
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN IRIGASI KATETER URINE SECARA TERBUKA.....	87
PROFIL PENULIS.....	95



**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

**MEMBERIKAN OKSIGEN**

**MELALUI NASAL KANUL**



# **MEMBERIKAN OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL**

## **1. Definisi**

- a. Nasal kanul/kanula nasal/selang nasal adalah sebuah alat yang digunakan untuk memberikan oksigen ( $O_2$ ) dalam konsentrasi yang semakin meningkat yaitu dari konsentrasi rendah ke menengah.
- b. Memberikan oksigen melalui nasal kanul merupakan tindakan pemberian oksigen tambahan ke pasien dengan selang nasal untuk mencegah serta mengatasi hipoksia (kondisi kekurangan oksigen jaringan).

## **2. Tujuan**

Tujuan terapi oksigen melalui nasal kanul untuk mencegah atau mengatasi hipoksia dengan pemberian oksigen berkonsentrasi rendah. Jumlah konsentrasi oksigen yang dapat diberikan melalui selang nasal yaitu 24% - 44% pada laju aliran oksigen 1-6 liter per menit.

## **3. Indikasi**

Terapi oksigen dengan menggunakan nasal kanul hanya diberikan kepada pasien yang memerlukan dukungan oksigen dengan konsentrasi rendah hingga sedang tetapi pasien masih bisa bernapas spontan, misalnya pada pasien asma, TB, pneumonia, PPOK dan Covid-19.

## **4. Kontraindikasi**

Kontraindikasi pemasangan nasal kanul yaitu:

- a. Kontraindikasi utama: pasien yang mengalami sumbatan pada jalan napas akibat infeksi/inflamasi, penggunaan tampon hidung atau trauma hidung.
- b. Kontraindikasi lain:
  - Pasien tanpa hipoksia, karena penggunaan oksigen melalui nasal kanul pada pasien yang tidak mengalami kekurangan oksigen/hipoksia malah dapat menimbulkan kerusakan pada jaringan akibat adanya peningkatan senyawa yang sangat reaktif.
  - Pasien yang membutuhkan konsentrasi oksigen lebih tinggi, misalnya pasien gagal napas.

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

Berikut ini beberapa hal yang harus diperhatikan:

- a. Aliran oksigen yang diberikan melalui nasal kanul
  - 1) Pemberian oksigen melalui nasal kanul biasanya diberikan dengan aliran 2-3 liter/menit.
  - 2) Pemberian oksigen lebih dari 4 liter permenit jarang diberikan karena jumlah oksigen yang diberikan relatif besar sehingga meningkatkan resiko pasien mengalami iritasi/mukosa kering.
  - 3) Pemberian diatas 6 liter per menit tidak akan meningkatkan oksigen yang dihasilkan bagi pasien
- b. Kondisi pasien

Perawat perlu meningkatkan kewaspadaan jika ada pasien dengan pola nafas ireguler yang mendapatkan terapi oksigen melalui nasal kanul, karena prosentase oksigen yang mencapai jantung bergantung pada laju dan kedalaman pernapasan.

- c. Sifat oksigen
- Oksigen merupakan gas yang mudah terbakar. Meskipun oksigen tidak terbakar secara spontan atau menyebabkan ledakan, tetapi oksigen dapat dengan mudah menyulut terjadinya kebakaran di ruang pasien jika oksigen kontak dengan percikan rokok atau percikan listrik.
- 1) Tanda "dilarang merokok" atau "oksigen sedang digunakan" harus dipasang di atas tempat tidur dan di pintu kamar pasien.
  - 2) Pasien, keluarga dan pengunjung harus diinformasikan bahwa percikan rokok sangat berbahaya diruangan pasien yang menggunakan oksigen karena dapat memicu terjadinya kebakaran.
  - 3) Semua peralatan listrik yang ada di ruangan pasien harus dipastikan berfungsi baik dan kabel listrik telah tersambung dengan benar ke stop kontak. Penting diingat bahwa percikan listrik di tempat yang ada oksigen dapat menyebabkan kebakaran serius.
  - 4) Pengetahuan tentang prosedur penanganan kebakaran penting dimiliki oleh perawat dan petugas kesehatan lain.

- d. Ketersediaan oksigen dan cairan dalam humidifier

Perawat perlu memantau secara berkala ketersediaan volume oksigen dalam tabung dan cairan dalam tabung humidifier. Hal ini untuk menjamin ketersediaan suplai oksigen sesuai kebutuhan pasien dan mencegah terjadinya iritasi pada mukosa hidung pasien.

## **6. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki, 65 tahun di rawat di ruang interna dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: TD 130/90 mmhg, nadi 101 x/mnt, RR 30 x/mnt, Suhu 37,5°C. Perawat akan melakukan pemasangan oksigen melalui nasal kanul 2L/menit. Perawat sudah mengatur aliran oksigen sesuai instruksi. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat?

- a. Sambungkan selang nasal ke humidifier
- b. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung
- c. Monitor kecepatan oksigen dan status pernafasan
- d. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul
- e. Pasang flow meter dan humidifier ke sumber oksigen

## **7. Pembahasan soal kasus**

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk mengerjakan soal ukom yaitu:

- a. Temukan kata kunci pada kasus dan pada pertanyaan
  - Kata kunci dalam kasus: Perawat akan melakukan tindakan pemasangan oksigen melalui nasal kanul dan sudah mengatur aliran oksigen sesuai instruksi.
  - Kata kunci pada pertanyaan: tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat
- b. Contoh soal diatas merupakan tipe soal prosedural untuk tindakan keperawatan sehingga pemahaman terhadap SOP tindakan keperawatan wajib dikuasai oleh peserta didik.
- c. Jawaban yang benar adalah D (**Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul**) karena berdasarkan urutan SOP pemasangan oksigen melalui nasal kanul yang dikeluarkan oleh PPNI dalam buku Pedoman Standar Prosedur Keperawatan urutan yang tepat setelah perawat mengatur aliran oksigen selanjutnya perawat memastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul.
- d. Berikut ini rincian urutan tahap kerja pemasangan oksigen melalui nasal kanul yang dikeluarkan oleh PPNI dalam buku Pedoman Standar Prosedur Keperawatan:
  - 1) Cuci tangan dengan prosedur 6 langkah
  - 2) Tuangkan cairan steril ke humifier sesuai batas

- 3) Pasang flow meter dan humidifier ke sumber oksigen (**PILIHAN JAWABAN E**)
- 4) Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier (**PILIHAN JAWABAN A**)
- 5) Atur aliran oksigen 2-4 L/menit (sesuai kebutuhan/indikasi) → **PADA GAMBARAN KASUS, PERAWAT TELAH MELAKUKAN TINDAKANINI**
- 6) Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul (**PILIHAN JAWABAN D → JAWABAN BENAR**)
- 7) Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung (**PILIHAN JAWABAN B**)
- 8) Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya
- 9) Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
- 10) Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi (**PILIHAN JAWABAN C**)
- 11) Pasang tanda "oksigen sedang digunakan" di dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu

## 8. SOP tindakan keperawatan memberikan O2 melalui nasal kanul

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR	
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>		
<b>Fase Prainteraksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaji kondisi umum pasien. Periksa adanya tanda hipoksia</li> <li>Review catatan medis dokter</li> <li>Kaji kemungkinan adanya kontraindikasi pemberikan oksigen melalui nasal kanul</li> </ol>	<p>Disritmia jantung dan kematian dapat terjadi akibat hipoksia yang tidak diobati.</p> <p>Memastikan catatan/instruksi dokter Keberadaan sekresi jalan nafas menurunkan efektifitas penghantaran oksigen</p>	
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>		
<b>Fase Orientasi</b> <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> <li>Selang nasal kanul*</li> <li>Flowmeter oksigen*</li> <li>Humidifier*</li> <li>Cairan steril*</li> <li>Stetoskop*</li> </ul> </li> </ol>	  <p>Tabung O2, flowmeter O2, humidifier berisi cairan steril</p>   <p>Stetoskop Selang nasal kanul Memastikan semua alat berfungsi dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan tindakan keperawatan yang akan dilakukan</p>	
<b>PERSIAPAN KLIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ucapkan salam dengan sopan dan ramah</li> <li>- Perkenalkan diri dengan sopan dan ramah</li> <li>- Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)</li> </ul> </li> </ol>	<p>Bina hubungan saling percaya dan bangun suasana yang aman dan nyaman bagi pasien.</p> 

<p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien/keluarga</li> <li>- jelaskan waktu yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan</li> </ul> <p>7. Tinggikan tempat tidur. Atur posisi pasien semi fowler</p>	<p>Penjelasan yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien yang akhirnya membantu menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan kerjasama pasien.</p> <p>Agar posisi kerja nyaman, mengurangi sesak pada pasien.</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>8. Jaga privasi klien (tutup tirai/pintu kamar)</p> <p>9. Turunkan penghalang tempat tidur (jika diperlukan)</p>	 <p>Menghormati pasien dan meningkatkan kenyamanan pasien</p>  <p>Agar posisi kerja nyaman</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p> <p><b>Fase Kerja</b></p> <p>10. Cuci tangan dengan prosedur 6 langkah</p> <p>11. Tuangkan cairan steril ke humifier sesuai batas</p>	<p>Mengurangi penyebaran infeksi</p>  <p>Bila air terlalu sedikit, maka kelembapan tidak cukup.</p>

12. Pasang flow meter dan humidifier ke sumber oksigen	<p>Humidifikasi sangat penting karena oksigen yang berasal dari sentral atau tabung oksigen merupakan oksigen murni dan bersifat sangat kering dan dapat mengiritasi mukosa.</p> 
13. Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier	 <p>Humidifier yang berfungsi baik dan maksimal membantu pasien agar tidak mengalami iritasi/kekeringan pada membran mukosa hidung, mulut dan sekresi jalan napas</p>
14. Atur aliran oksigen 2-4 L/menit (sesuai kebutuhan/indikasi)	

<p>15. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul</p>	
<p>16. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung membuat oksigen langsung masuk ke hidung/saluran nafas bagian atas</p>	
<p>17. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya (jangan terlalu kencang)</p>	<p>Jika kanula pas kenyamanannya, pasien dapat tetap menjaga kanula tetap pada tempatnya.</p> 
<p>18. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam</p>	<p>Mengatur pengikat dengan baik dan menanyakan kepada pasien kenyamanannya agar memungkinkan pasien menengok kekiri dan kekanan dan mengurangi tekanan pada ujung kanula yang ke hidung.</p>

<p>19. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi</p> <p>20. Pasang tanda "oksigen sedang digunakan" di dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu</p>	<p>Terapi oksigen menyebabkan mukosa hidung mengering dan tekanan akibat selang nasal di bagian telinga pasien dapat menyebabkan iritasi kulit.</p> <p>Memastikan kecepatan aliran oksigen yang diberikan dan kepatuhan kanula.</p> 
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>21. Beri <i>reinforcement positif</i></p>	 <p>Meningkatkan kewaspadaan perawat dan petugas kesehatan lain serta keluarga/pengunjung terhadap resiko bahaya kebakaran</p>
<p>22. Rapikan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naikkan kembali penghalang tempat tidur (jika penghalang tempat tidur diturunkan diawal tindakan)</li> </ul>	 <p>Menghargai pasien dan meningkatkan kepercayaan pasien pada perawat</p>  <p>Meningkatkan keamanan pasien</p>

23. Rapikan alat	Memastikan semua alat dan bahan telah dibersihkan dan disimpan pada tempatnya.
24. Cuci tangan dengan prosedur 6 langkah	Mengurangi penyebaran mikroorganisme
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
25. Evaluasi respon klien terhadap tindakan	Memastikan kebutuhan oksigen pasien terpenuhi.
26. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan - Metode pemberian oksigen - Kecepatan oksigen - Respons pasien - Efek samping/merugikan yang terjadi (jika ada)	Mendokumentasikan penggunaan terapi oksigen yang benar dan respons pasien.
<b>Sikap</b>	
27. Menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	Universal precaution (kewaspadaan standar)
28. Melakukan tindakan dengan hati-hati, sistematis dan percaya diri	Prinsip akuntabilitas perawat
29. Komunikatif dengan pasien	Komunikasi terapeutik

## **Daftar Pustaka**

- Hany, A., Ariningpraja, R. T., Ismail, D. D., Kristianto, H., Sari, E. K., Fatma, E. P., . . . Sari, D. P. (2021). Peningkatan Pengetahuan Perawat Tentang Penggunaan Terapi Oksigen Non Humidifier Pada Pasien Dengan Nasal Kanul Di Rsud Dr. Saiful Anwar. *Caring: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 21-29.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses, dan Praktik)*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- PPNI, T. P. (2021). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 uppl., Vol. 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC, Penerbit Buku Kedokteran.
- Wijaya, E. (2023). alomedika.com: <https://www.alomedika.com/tindakan-medis/paru-dan-pernafasan/nasal-kanul>

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN *SIMPLE***

***MASK (FACE MASK)***



## **PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN *SIMPLE MASK (FACE MASK)***

### **1. Definisi**

- a. Pemberian oksigen dengan masker wajah (*simple mask* atau *face mask*) adalah tindakan yang dilakukan oleh Perawat untuk memberikan tambahan oksigen dengan masker wajah (*simple mask* atau *face mask*) untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan. Masker wajah atau simple mask atau face mask adalah alat pemberian oksigen yang ditempatkan menutupi hidung dan mulut klien.
- b. Masker wajah atau *simple mask* atau *face mask* adalah alat pemberian oksigen yang ditempatkan menutupi hidung dan mulut klien.
- c. Masker wajah sederhana adalah alat untuk terapi oksigen yang menutupi hidung dan mulut klien, digunakan untuk inhalasi oksigen. Bagian ekshalasi pada kedua sisi masker memungkinkan dikeluarkannya karbon dioksida yang dihembuskan. Masker wajah memberikan oksigen dengan konsentrasi dan kecepatan aliran lebih tinggi dari kanula nasal, 40-60% pada kecepatan 5-8 liter/menit.

### **2. Tujuan**

- a. Memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh,
- b. Mempertahankan jaringan oksigen yang kuat,
- c. Meningkatkan saturasi oksigen dalam tubuh,
- d. Menurunkan kerja napas,
- e. Menurunkan kerja jantung.

### **3. Indikasi**

- a. Pada klien hipoksemia/hipoksia dengan tanda klinis sianosis (pucat pada wajah, bibir dan warna kulit).
- b. Penderita trauma paru.
- c. Penderita dengan kelumpuhan otot pernafasan.
- d. Pengobatan hipoksia/hipoksemia yang terdokumentasi sebagaimana ditentukan oleh SPO<sub>2</sub> atau tekanan oksigen darah yang tidak memadai (PaO<sub>2</sub>).
- e. Pengobatan situasi akut atau darurat yang diduga hipoksemia atau hipoksia, dan jika mengalami gangguan pernapasan yang dimanifestasikan oleh:

- 1) Dispnea, takipnea, bradipnea, apnea
- 2) Pucat, sianosis
- 3) Kelesuan atau kegelisahan
- 4) Penggunaan otot tambahan: hidung melebar, resesi interkostal atau sternum, tarikan trachea

#### **4. Kontraindikasi**

Pada klien PPOK yang hanya membutuhkan aliran oksigen <5 liter/menit.

#### **5. Hal yang perlu diperhatikan memberikan oksigen dengan *face mask***

- a. Masker wajah sederhana untuk mengalirkan oksigen tingkat sedang dari hidung kemulut, dengan konsentrasi oksigen 40-60%.
- b. Masker wajah sederhana mengalirkan oksigen dengan kecepatan 5-8 liter/menit

#### **6. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki, 68 tahun, di rawat dengan diagnosa pneumonia bilateral. Hasil pengkajian: batuk-batuk sudah 5 hari yang lalu, dahak sulit keluar, sesak napas, dada terasa sakit, GCS 13, dispnea dan takipnea, RR 32 x/mnt, TD 100/70, N 90x/mnt, akral perifer dingin, S 36<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> 57%, Suara napas ronchi.

Apa tindakan yang segera dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Mengajarkan batuk produktif
- b. Pemberian oksigen
- c. Beri minum hangat
- d. Puslibreathing
- e. Inhalasi uap

#### **7. Pembahasan soal kasus**

Jawaban dari soal di atas adalah: B. Pemberian oksigen SpO<sub>2</sub> 57% ini yang menjadi kunci utama, didukung data dispnue dan takipnea, RR 32 x/mnt, sesak napas sehingga untuk menaikkan SpO<sub>2</sub> menjadi 95-100% adalah dengan segera:

- b. Memberi oksigen dengan aliran tinggi dengan tingkat konsentrasi sedang, karena SpO<sub>2</sub> 57%, yaitu dengan memberikan oksigen dengan

masker sederhana (face mask) dengan kecepatan 5-8 lt/mnt dan konsentrasi oksigen 40-60%.

- a. Mengajarkan batuk efektif dilakukan setelah SpO2 naik dan pasien sudah stabil
- c. Memberi minum hangat untuk mengencerkan dahak, tidak menaikkan SpO2
- d. Puslibreathing diberikan setelah pasien kooperatif dan SpO2 nya naik
- e. Inhalasi uap diberikan untuk mengencerkan dahak dan diberikan setelah SpO2 naik

## 8. SOP tindakan keperawatan memberikan O2 dengan simple mask

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chek catatan medis dan perawatan</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Menyiapkan alat-alat yang diperlukan</li> </ol>	<p>dengan segera:</p> <p>a. Memberi oksigen dengan aliran tinggi dengan tingkat konsentrasi sedang, karena SpO2 57%, yaitu dengan memberikan oksigen dengan masker sederhana (face mask) dengan kecepatan 5-8 lt/mnt dan konsentrasi oksigen 40-60%.</p> <p>b. Mengajarkan batuk efektif dilakukan setelah SpO2 naik dan pasien sudah stabil</p> <p>c. Memberi minum hangat untuk mengencerkan dahak, tidak menaikkan SpO2</p> <p>d. Puslibreathing diberikan setelah pasien kooperatif dan SpO2 nya naik</p> <p>e. Inhalasi uap diberikan untuk mengencerkan dahak dan diberikan setelah SpO2 naik</p>
Planning (P) : Perencanaan	<p>Fase Orientasi</p> <p>PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cairan steril</li> <li>b. Face mask, sesuai dengan kebutuhan ukuran klien*</li> <li>c. Selang oksigen*</li> <li>d. Humidifier*</li> <li>e. Sumber oksigen dengan flowmeter*</li> <li>f. Pita/tali yang elastis*</li> <li>g. Sarung tangan bersih*</li> <li>h. Bengkok</li> <li>i. Tissu</li> </ol> 

<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. Melakukan Validasi untuk menghindari kesalahan asuhan keperawatan pada klien</li> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan "pemberian oksigen nasal kanul dan face mask"</li> <li>4. Untuk menghindari kesalahan asuhan keperawatan pada klien</li> <li>5. Posisi pasien senyaman mungkin dan kerja nyaman</li> </ol>	
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaga privasi klien (tutup tirai)</li> <li>2. Atau turunkan penghalang tempat tidur</li> <li>3. Cuci tangan</li> </ol>	
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memakai sarung tangan bersih</li> <li>2. Mendekatkan alat</li> <li>3. Mengkaji adanya tanda-tanda hipoksia dan sekret pada jalan napas</li> <li>4. Menyambungkan face mask ke selang oksigen yang sudah dihumidifikasi</li> <li>5. Memberikan oksigen dengan kecepatan aliran pada program medis dan pastikan berfungsi dengan baik: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Selang tidak tertekuk, sambungan paten</li> <li>b. Ada gelembung udara pada humadifier</li> <li>c. Terasa oksigen keluar dari fask mask</li> </ul> </li> <li>6. Meletakkan face mask mulai dari hidung ke arah bawah</li> <li>7. Menyesuaikan masker dengan bentuk wajah</li> <li>8. Mengatur pita elastis di kepala sehingga posisi masker nyaman</li> <li>9. Memeriksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat, tergantung kondisi dan keadaan umum pasien</li> </ol>	

10. Mempertahankan level air pada botol humidifier setiap waktu
11. Mengecek jumlah kecepatan aliran oksigen dan program terapi setiap 8 jam
12. Mengkaji kelembaban kulit wajah dari kekeringan dan membran mukosa hidung dari adanya iritasi, memberi jelly untuk melembabkan membran mukosa jika diperlukan
13. Mengevaluasi respon
14. Rapikan alat-alat



#### Fase Terminasi

15. Cuci tangan
16. Mengevaluasi klien
17. Memberikan reinforcmen
18. Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
19. Pendokumentasian



#### Evaluation (E) : Evaluasi

1. Evaluasi klien terhadap pemberian oksigen dengan face mask
2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan
3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan



#### Sikap

1. Menerapkan *hand hygiene* sebelum dan sesudah tindakan
2. Melakukan tindakan dengan sistematis
3. Komunikatif dengan pasien
4. Percaya diri
5. Sopan



## **Daftar Pustaka**

- Alimul, Aziz & Uliyah, Musrifatul. (2005). Buku Saku Praktikum: Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : EGC
- Eni, Yunani & Achmad. (2013). Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta : EGC
- High Flow Nasal Cannula. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526071/> diakses pada tanggal 10 Oktober 2023
- Home Oxygen Therapy: What to Know. <https://www.webmd.com/lung/lung-home-oxygen-therapy> diakses pada tanggal 12 Oktober 2023
- Komparison of Nasal Cannulae with Face Mask for Oxygen Administration to Postoperative Patients. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8499205/> diakses pada tanggal 10 Oktober 2023
- Korzier B, ERB Glenora, Berman A, Synder Shirlee J. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan, konsep, proses, dan praktik. Jakarta: EGC
- Lung Disease Treatments. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/lung-treatments> diakses pada tanggal 13 Oktober 2023
- Muttaqin, Arif. (2008) .Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Pernapasan. Jakarta: Salemba Medika
- Nasal Cannulas and Face Masks. <https://www.healthline.com/health/nasal-cannulas-and-face-masks#2> diakses pada tanggal 10 Oktober 2023
- Oxygen Therapy. <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/pulse-oximetry.pdf> diakses pada tanggal 10 Oktober 2023
- Respiratory Support for Adult Patients with COVID\_19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228246/> diakses pada tanggal 10 Oktober 2023
- Using Oxygen at Home. <https://www.mountsinai.org/health-library/selfcare-instructions/using-oxygen-at-home> diakses pada tanggal 8 Oktober 2023



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PEMASANGAN INFUS**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

# **PEMASANGAN INFUS**

## **1. Definisi**

Pemasangan infus merupakan tindakan pemberian cairan infus atau obat melalui parenteral (intravena).

## **2. Tujuan**

- a. Memperbaiki atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit pada klien yang sakit akut.
- b. Mencegah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
- c. Memberikan akses intravena pada pemberian terapi intermitten atau emergensi.

## **3. Indikasi**

Menggantikan cairan yang hilang akibat perdarahan, dehidrasi karena panas atau akibat suatu penyakit, kehilangan plasma akibat luka bakar yang luas.

## **4. Kontraindikasi**

- a. Adanya infeksi / inflamasi atau trauma (laserasi atau luka bakar) pada proximal kulit yang akan di infus
- b. Adanya trombosis vena dalam

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

- a. Gunakan abocath sesuai kebutuhan
- b. Sterilitas : tindakan bersifat steril
  - Lokasi tusukan di desinfektan terlebih dahulu dengan alkohol 70%
  - Menggunakan cairan dan set infus yang steril
  - Perawat harus mencuci tangan terlebih dahulu menggunakan teknik aseptik dan antiseptik, lalu menggunakan handscoend steril
- c. Tindakan fiksasi  
Tindakan ini dilakukan agar saat jarum ditusuk tidak mudah bergerak atau lepas, karena bisa mengakibatkan hematom di daerah penusukan.
- d. Cairan infus  
Jenis cairan infus harus sesuai dengan kebutuhan
- e. Pengaturan tetasan infus sesuai dengan kebutuhan

- f. Kantung infus digantung ditiang infus serta selang infus jangan terlipat atau melengkung agar cairan infus mengalir dengan baik
- g. Hindari sumbatan pada bevel jarum, karen akan mempengaruhi aliran cairan infus

## 6. Kasus Vignete

Seorang wanita, usia 28 tahun, datang ke IGD RS dengan keluhan lemah dan diare sudah 2 hari dengan frekuensi 4-5x perhari berisi cairan. Pasien mengalami demam sejak 1 hari lalu disertai mual dan muntah. Dari hasil pemeriksaan fisik, didapatkan tekanan darah 90/60 mmHg, RR 24x/i, nadi 100x/i, suhu 38,7°C, bibir kering dan akral hangat. Perawat akan melakukan tindakan pemasangan infus 30 tetes/menit

Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan oleh perawat?

- a. Cek kebenaran set infus dan cairan
- b. Buka set steril dengan tindakan aseptik
- c. Gantung cairan di tiang infus
- d. Sambungkan selang ke cairan infus
- e. Lakukan tindakan penusukan menggunakan abocath

## 7. Pembahasan soal

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk mengerjakan soal yaitu:

- a. Tentukan kata kunci pada kasus dan pertanyaan
  - Kata kunci dalam soal : perawat akan melakukan tindakan pemasangan infus
  - Kata kunci dalam pertanyaan : tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat
- b. Soal kasus diatas merupakan tipe soal prosedural untuk tindakan keperawatan
- c. Jawaban yang benar adalah B (buka set steril dengan tindakan aseptik)

## 8. SOP tindakan keperawatan pemasangan infus

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL DAN GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Kaji keadaan umum pasien. Periksa tanda dehidrasi 2. Cek catatan medis dokter 3. Kaji kemungkinan adanya kontraindikasi pemasangan infus	Dehidrasi yang tidak ditangani segera bisa memperberat keadaan pasien Memastikan catatan / instruksi dokter
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 4. Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"><li>• Cairan infus sesuai program</li><li>• Abbocath sesuai kebutuhan</li><li>• Set infus sesuai kebutuhan</li><li>• Selang ekstension</li><li>• Alkohol swab atau povidone-iodine swabs</li><li>• Handschoon disposibel</li><li>• Tourniquet</li><li>• Spalk untuk tangan (k/p)</li><li>• Dressing infusan transparan</li><li>• Plester/hipavik</li><li>• Perlak dan pengalas</li><li>• Bengkok</li><li>• Tiang infus</li></ul>	Memastikan semua alat berfungsi dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan tindakan keperawatan yang dilakukan
Persiapan Pasien 5. Ucapkan salam terapeutik dan perkenalan diri serta cek identitas pasien (nama, tgl lahir, No.rekam medis)  6. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga  7. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan	Bina hubungan saling percaya dan bangun suasana yang aman dan nyaman bagi pasien  Penjelasan yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien  Dengan menanyakan persetujuan, pasien sudah siap untuk dilakukan tindakan
Persiapan Lingkungan 8. Jaga privasi klien (tutup tirai atau pintu kamar) 9. Turunkan penghalang tempat tidur	Menghormati pasien dan meningkatkan kenyamanan pasien Agar posisi kerja nyaman

Implementation (I) : Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>10. Cuci tangan sesuai prosedur 6 langkah</p> <p>11. Anjurkan pasien memakai baju yang mudah untuk masuk dan keluarnya lengan.</p> <p>12. Buka set steril dengan teknik aseptik.</p> <p>13. Cek cairan dengan menggunakan prinsip 6 benar dalam pemberian obat.</p> <p>14. Buka set infus, letakkan klem 2-4 cm di bawah tabung drip dalam keadaan off / terkunci.</p> <p>15. Buka tutup botol, lakukan desinfeksi tutup botol cairan, dan tusukkan set infus ke botol / kantong cairan dengan benar.</p> <p>16. Gantungkan botol cairan infus pada tiang infus, isi tabung drip infus <math>\frac{1}{3}</math>-<math>\frac{1}{2}</math> penuh.</p> <p>17. Buka penutup jarum dan buka klem untuk mengalirkan cairan sampai ke ujung jarum hingga tidak ada udara dalam selang, klem kembali, dan tutup kembali jarum.</p> <p>18. Pilih jarum intravena / abbocath.</p> <p>19. Atur posisi pasien dan pilih vena.</p> <p>20. Pasang perlak dan pengalas</p> <p>21. Bebaskan daerah yang akan diinsersi, letakkan tourniquet 10-15 cm proksimal tempat insersi.</p> <p>22. Pakai handschoen</p> <p>23. Bersihkan daerah yang akan di insersi (kulit) dengan kapas alkohol (usap melingkar dari dalam ke luar).</p> <p>24. Pertahankan posisi vena dengan stabil dan pegang IV kateter (abbocath) dengan sudut 20-30°</p>	<p>Mengurangi penyebaran infeksi Agar pasien lebih merasa nyaman</p> <p>Menjaga ke-sterilan alat. Tindakan desinfektan pada perawat untuk mengurangi faktor resiko infeksi</p> 

25. Tusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas



26. Pastikan IV kateter masuk intavena dengan tanda darah masuk ke abbocath, kemudian tarik mandrin ± 0.5 cm 16)



27. Masukkan IV kateter secara perlahan, tarik mandrin, dan sambungkan IV kateter dengan selang infus



28. Lepas tourniquet, kemudian alirkan cairan infus



29. Lakukan fiksasi IV kateter, kemudian beri desinfektan daerah tusukan dan tutup dengan dressing transparan



30. Atur tetesan sesuai program (kebutuhan)



31. Tulis identitas pasien, waktu pemasangan tindakan di label dressing (contoh: Tn. X, Tgl 10 Oktober 2023)



32. Buang jarum abocat ke dalam safety box tanpa recapping (menutup kembali jarum) yang sudah disediakan

33. Rapikan pasien dan alat yang digunakan



34. Lepaskan sarung tangan dan lakukan kembali cuci tangan 6 langkah



Meningkatkan keamanan pasien dan memastikan alat sudah dibersihkan dan disimpan dia tempatnya

Mengurangi penyebaran mikroorganisme

Evaluation (E) : Evaluasi	
35. Evaluasi respon pasien	Memastikan kebutuhan pasien terpenuhi
36. Dokumentasikan tindakan dan hasil tindakan	Memastikan tindakan pemberian infus sudah benar dan menilai respon pasien atas tindakan tersebut
37. Menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	Universal precaution (kewaspadaan standar)
38. Melakukan tindakan dengan hati-hati, sistematis dan percaya diri	Prinsip akuntabilitas perawat
39. Komunikatif dengan pasien	Komunikasi teraupetik

## **Daftar Pustaka**

- Berman, A., Synder, S & Fradsen, G (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of Nursing* (10<sup>th</sup> ed). USA: Perason Education.
- Dougherty, L. & Lister, S. (2015). *Manual of Clinical Nursing Procedures* (9<sup>th</sup> ed). UK: The Royal Marsden NHS Foundation Trust
- Lean, P.& Lebon, M. (2011). *Clinical Nursing Skill A Nursing Process Approach* (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia: Wolter Kluwer Lippincot Williams & Wilkins
- Perry & Potter (2015). *Nursing Skills & Procedures* (8<sup>th</sup> ed). St Louis: Mosby Elsevier
- PPNI (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional* (1<sup>st</sup> ed). Jakarta: DPD PPNI
- Wilkinson, J.M., Treas, L.S., Barnett, K. & Smith, M.H. (2016). *Fundamental of Nursing* (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia: F.A. Davis Company

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PERAWATAN INFUS**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

# **PERAWATAN INFUS**

## **1. Definisi**

Perawatan infus adalah tindakan yang diberikan perawat kepada pasien untuk mencegah komplikasi lokal atau infeksi pada pasien yang menggunakan infus.

## **2. Tujuan**

Tujuan Perawatan infus

- a. Mencegah terjadinya infeksi;
- b. Mencegah terjadinya phlebitis pada tindakan pemasangan infus;
- c. Menghindari adanya pendarahan;
- d. Menghindari adanya pembengkakan.

## **3. Indikasi Perawatan Infus**

Perawatan infus diberikan kepada pasien yang sedang dipasang infus lebih dari 3 hari

## **4. Kontraindikasi**

Tidak ada kontra indikasi

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

- kesterilan alat
- kondisi pasien

## **6. Contoh Kasus**

Seorang perempuan, 35 tahun, dirawat di rumah sakit karena mengalami dehidrasi akibat diare. Hasil pengkajian: TD. 120 /80 MmHg, N. 80 x/menit, RR: 18x/mnt. Pasien terpasang infus hari ke 4 dengan tetesan infus 12 tts/menit. Penutup infus terlihat basah.

Apakah tindakan keperawatan yang utama?

- A. Perawatan infus
- B. Penggantian cairan infus
- C. Penggantian slang infus
- D. Menghitung tetesan infus infus
- E. Melaporkan daerah infusan kepada dokter

## 7. Pembahasan soal kasus

- Data fokus adalah : pasien sedang terpasang infus sudah lebih dari 3 hari, penutup infus terlihat basah, jadi tindakan perawat yang utama adalah harus segera melakukan perawatan sekitar daerah infus agar tidak terjadi hal-hal yang dapat menimbulkan infeksi di daerah luka tusukan jarum infus.
- Kunci jawaban yang benar adalah A ( Perawatan infus)

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengecek rencana keperawatan pasien</li> <li>Mengkaji kesiapan Perawat</li> <li>Cuci tangan</li> <li>Menyiapkan alat:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Kasa steril</li> <li>Handscoon</li> <li>Sarung tangan steril</li> <li>Gunting plaster</li> <li>Plester/hypavic</li> <li>Lidi kapas</li> <li>Alkohol 70% /wash bensin dalam tempatnya</li> <li>Iodin Povidon solution 10% /sejenis</li> <li>Penunjuk waktu</li> <li>NaCl 0,9%</li> <li>Bengkok 2 buah, satu berisi cairan desinfektan</li> </ul> </li> </ol>	Untuk memastikan bahwa pasien perlu dilakukan perawatan infus  
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b>	
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>Menanyakan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan</li> <li>Mendekatkan alat-alat</li> </ol>	

<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b>	
5. Jaga privasi: Tutup pintu dan jendela/ pasang sampiran	
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b>	
6. Tanyakan keluhan saat ini	
7. Mengatur posisi pasien (tempat tusukan infus Terlihat jelas)	
8. Memakai sarung tangan	
9. Membasahi plester dengan alkohol/wash bensin dan buka balutan	
10. Membersihkan bekas plester	
11. Membersihkan daerah tusukan & sekitarnya dengan NaCl	

12. Mengolesi tempat tusukan dengan Iodin cair/salf	
13. Menutup dengan kassa steril dengan rapi	
14. Memasang plester penutup	
<b>Fase Terminasi</b>	
15. Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman 16. Mengevaluasi respon klien 17. Memberi reinforcement positif 18. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya 19. Mengakhiri pertemuan dengan baik dengan mengucap salam 20. Mengumpulkan dan membersihkan alat 21. Melepaskan sarung tangan mencuci tangan	
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
22. Evaluasi hasil perawatan infus 23. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 24. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan pada status/ catatan perkembangan pasien	
<b>Sikap</b>	
25. Bekerja secara teliti, sistematis, efektif dan efisien 26. Memelihara kebersihan dan kerapihan	

- |   |  |
|---|--|
| 27. Caring, respect, responsif, responsibility<br>28. Selama tindakan menjaga keamanan dan keselamatan pasien |  |
|---|--|

### **Daftar Pustaka**

Modul Praktikum KDM 1, (2019). Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **MEMONITOR/MENGHITUNG TETESAN**

### **INFUS**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **MEMONITOR/MENGHITUNG TETESAN INFUS**

### **1. Definisi**

Cara untuk mengetahui jumlah tetesan infus per menit yang diberikan kepada pasien. (Hidayat,A.A. 2009.)

### **2. Tujuan**

Untuk menghitung jumlah tetesan per menit sehingga cairan yang masuk dapat sesuai dengan kebutuhan yang dijadwalkan. (Mubarak, I. W. 2008)

### **3. Indikasi**

Pada Pasien yang sedang memasang cairan parenteral

### **4. Kontraindikasi**

Pada Pasien yang tidak memasang cairan parenteral

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

- Ketepatan dalam menghitung jumlah tetesan yang di berikan

### **6. Contoh Kasus**

Seorang laki-laki, berusia 34 tahun, datang di Unit Gawat Darurat dengan keluhan mual muntah yang terus menerus. Dari hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami tanda-tanda dehidrasi sedang. Dokter menginstruksikan pasien mendapatkan terapi cairan intravena 3 kolf RL dalam 24 Jam.

Berapa jumlah tetesan infus/menit yang tepat?

- a. 20 tetes/menit
- b. 21 tetes/menit
- c. 22 tetes/menit
- d. 23 tetes/menit
- e. 24 tetes/menit

## 7. Pembahasan soal kasus

Rumus pemberian cairan:

$$\frac{\sum \text{cairan yang dibutuhkan} \times \text{faktor tetes}}{(\text{makro/mikro})}$$

$$\text{Tetes} = \frac{\text{Total waktu (jam} \times 60 \text{ menit})}{}$$

Pedoman :

- Faktor tetes makro : 20 tetes

Pada kasus tersebut yang menjadi kuncinya adalah pemberian 3 kolf RL dalam 24 Jam.

kenapa bukan opsi lain? Karena opsi b,c,d dan e bukan merupakan hasil dari perhitungan rumus yang sudah di tentukan oleh perawat untuk kebutuhan pasien .

- Faktor tetes mikro : 60 tetes

- 1 kolf : 500 ml

$$\text{Tetes /menit} = \frac{(3 \times 500 \text{ ml}) \times 20 \text{ tetes}}{24 \times 60 \text{ menit}}$$

$$= \underline{30.000}$$

$$1.440$$

$$= 20,8 \text{ tetes/menit}$$

$$= 21 \text{ tetes /menit}$$

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek catatan perawatan dan catatan medis Pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memantau riwayat medis pasien pada tindakan keperawatan selanjutnya .</li> </ol> 

2. Cuci tangan	<p>2. Menghilangkan kuman atau kotoran di tangan.</p> 
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p><b>3. PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kertas</li> <li>• Pensil/bolpoint</li> <li>• Jam jarum detik</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencatat hasil tindakan</li> <li>• Mencatat hasil perhitungan pemberian cairan.</li> <li>• Menghitung jumlah cairan dalam 1 menit</li> </ul>  
<b>PERSIAPAN KLIEN</b>	<p>4. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien</p> <p>Membina hubungan saling percaya dengan pasien.</p>

		
5. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan	Agar pasien memahami tindakan yang diberikan.	
6. Tanyakan keluhan pasien sebelum melakukan Tindakan	Membantu proses berlangsungnya tindakan.	

<p>7. Beri kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai</p>	<p>Membantu kesiapan pasien saat melakukan tindakan.</p> 
<p>8. Menanyakan persetujuan pasien</p>	<p>Membantu proses berlangsungnya tindakan .</p> 
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaga privasi pasien (tutup tirai)</li> </ol>	<p>Memberikan kenyamanan pada pasien</p> 

<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b>	
2. Membaca program dokter dan ikuti enam benar untuk memastikan larutan yang benar	Menyesuaikan instruksi dokter dalam tindakan keperawatan. 
3. Pastikan jenis cairan, jumlah, rute, waktu pemberian, cara pemberian yang benar	Membantu untuk tidak terjadi kesalahan dalam tindakan. 
4. Pastikan jenis set infus yang digunakan mikroburet atau makroburet	Membantu dalam menentukan rumus yang digunakan.

<p>5. Hitung jumlah cairan yang masuk per jam sesuai pesanan dokter di bagi jumlah jam dan di kalikan dengan jumlah tetes permenit atau ml/jam x faktor tetesan bagi 60 menit = tetes/menit</p> <p>6. Pilih salah satu rumus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Infus total/lamanya waktu penginfusian dalam menit =ml/menit</li> <li>Faktor tetes x/ml/menit=tetesan/menit atau ml/jam x faktor tetesan /60 menit =tetes/menit.</li> </ol> <p>7. Atur tetesan infus dengan menghitung tetesan pada bilik drip selama satu menit dengan jam, kemudian atur klem pengatur untuk menaikkan atau menurunkan kecepatan infuse sampai mendapatkan 21 tetes/menit</p>	<p>Menentukan jumlah cairan yang di butuhkan pasien.</p>  <p>Menyesuaikan rumus yang di gunakan saat menghitung tetesan infus.</p>  <p>Memaksimalkan kebutuhan jumlah cairan yang di butuhkan pasien .</p> 
---	--

**Fase Terminasi**

1. Beri *reinforcement positif*



2. Rapikan alat dan dokumentasikan tindakan

Menguatkan pasien dalam menghadapi tindakan.

Bukti dokumentasi hasil tindakan.



3. Cuci tangan

Menghilangkan kuman dan kotoran.

	
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
4. Evaluasi pasien terhadap tindakan yang dilakukan 5. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 6. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Memastikan perubahan kondisi pasien. Mengevaluasi adanya perubahan kondisi dan adanya keluhan baru dari pasien. Sebagai bukti pelaksanaan tindakan dan tanggung-gugat
<b>Sikap</b>	
7. Melakukan tindakan dengan sistematis 8. Komunikatif dengan pasien 9. Percaya diri	Agar memaksimalkan prosedur tindakan. Menghindari kecemasan pasien. Agar pasien tidak ragu terhadap tindakan yang dilakukan.

## Daftar Pustaka

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

Hidayat, A. A. 2009. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Salemba medika

Mubarak, I. W. 2008. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: EGC 2008

Potter dan Perry. 2010. Fundamental Keperawatan 3 edisi 7. Jakarta: Salemba medika

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PENGGANTIAN BOTOL/CAIRAN INFUS**



## **PENGGANTIAN BOTOL/CAIRAN INFUS**

### **1. Definisi**

Mengganti botol atau cairan infus yaitu penggantian botol atau cairan infus yang dilaksanakan jika cairan infus sudah berada pada leher botol infus dengan tetesnya masih menetes/jalan (Susilo Adi 2022)

### **2. Tujuan (Yayer et al. 2020)**

- a. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh, elektrolit, vitamin, protein, kalori, dan nitrogen pada pasien yang tidak dapat mempertahankan asupan oral yang adekuat
- b. Mengembalikan keseimbangan asam basa
- c. Memperbaiki dan mencegah gangguan elektrolit
- d. Hipertensi
- e. Menyediakan lingkungan untuk suntikan intravena atau bolus
- f. Membantu memberikan nutrisi parenteral

### **3. Indikasi (Saputra, Rahman, and Sutanto 2021)**

- a. memberikan cairan infus lebih efektif pada pasien yang dalam pengobatan melalui intravena
- b. Memberikan respon cepat terhadap terapi yang diberikan
- c. Pasien dengan masalah gangguan cairan dan elektrolit
- d. Upaya profilaksis pada pasien dengan keadaan tidak stabil seperti adanya syok, dehidrasi berat

### **4. Kontraindikasi (Susilaningsih 2017)**

- a. Diberikan pada pasien yang kelebihan cairan
- b. Pemberian cairan pada pasien yang sudah terpenuhi akan cairan tubuhnya
- c. Pasien yang terdapat inflamasi, flebitis, sclerosis vena diarea pemasangan infus
- d. Pasien yang sudah meninggal

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

- a. Cairan infus habis segera diganti, jika terlambat maka darah dari pembuluh vena akan masuk ke slang infus

- b. Dapat terjadi adanya gelembung udara pada botol infus ke dalam pembuluh darah / emboli
  - c. Jika terjadi emboli akan mengakibatkan kematian karena peredaran darah akan terhambat dan oksigen yang dibutuhkan tubuh tidak dapat tersalurkan melalui darah, sehingga organ tubuh akan kekurangan oksigen dan dapat menyebabkan kematian.
6. Contoh kasus
- Seorang laki-laki, 32 tahun, mendapatkan terapi cairan NaCl 0,9% sejak jam 10.00 sebanyak 250 cc dalam 2 jam dengan jumlah tetesan 32 tetes per menit.
- Apa tindakan berikut yang harus dilakukan oleh perawat?
- A. Persiapan obat
  - B. Mengganti cairan infus sesuai waktunya
  - C. Menghitung jumlah cairan
  - D. Mengkaji pasien
  - E. Kontrol tanda-tanda vital pasien

## 7. Pembahasan soal kasus

Jawaban benar: B. Mengganti cairan infus sesuai waktunya

Pada kasus tersebut yang menjadi kunci adalah waktu pemberian 2 jam dimulai dari jam 10.00, tetesan 32 tetes/menit tindakan yang harus dilakukan perawat adalah

- a. Persiapan obat bukan masalah yang dibahas
- b. Mengganti cairan infus sesuai waktunya adalah tindakan yang akan dilakukan perawat --> **kunci jawaban**
- c. Menghitung jumlah cairan bukan jawaban karena infus sudah terpasang
- d. Mengkaji pasien bukan karena pasien sudah dilakukan tindakan
- e. Kontrol tanda-tanda vital pasien bukan kegiatan yang harus dilaksanakan

**8. SOP tindakan keperawatan memberikan penggantian botol atau cairan infus**

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assesment (A) : Pengkajian	
<b>Fase Pra Interaksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kebutuhan pemberian cairan infuse: jenis cairan, jumlah cairan yang dibutuhkan</li> <li>2. Kaji catatan medis dokter</li> </ol>	 <p>Dengan pengkajian dapat diketahui kebutuhan cairan pada pasien, jenis cairan, jumlah tetesan dan waktu pemberian infus</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kaji pemberian obat 7 Benar (nama pasien, nama obat, dosis, rute, waktu pemberian, dokumentasi dan informasi</li> </ol>	 <p><b>PRINSIP 7 BENAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Benar Pasien</li> <li>■ Benar Obat</li> <li>■ Benar Dosis</li> <li>■ Benar Cara/Rute Obat</li> <li>■ Benar Waktu</li> <li>■ Benar Informasi</li> <li>■ Benar Dokumentasi</li> </ul> <p>Agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian cairan infus terhadap pasien</p>
Planning (P) : Perencanaan	

<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p><b>PERSIAPAN ALAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Botol cairang infus/kolf</li> <li>➤ Label untuk catatan tanggal, dan jam penggantian</li> <li>➤ Catatan dokter</li> </ul>	 <p>Botol cairan infus/kolf yang baru sesuai dengan order dokter</p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-left: 10px;"> <p>Nama Pasien :            Jenis Cairan :            Tetesan :            Tgl Pemberian :</p> </div> <p>Berguna untuk melakukan evaluasi terhadap pemberian cairan pada pasien</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">KLINIK SYEDZA SAINTIKA PERJALANAN PERKEMBANGAN PENYAKIT, PERINTAH DOKTER DAN PENGOBATAN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NAMA : _____</td> <td>UMUR : _____</td> <td>Tahun</td> <td>JENIS KELAMIN : _____</td> <td>TANGGAL MASUK : _____</td> </tr> <tr> <td>TGL</td> <td>JAM</td> <td colspan="2">PERJALANAN PENYAKIT</td> <td colspan="2">PERINTAHAN DOKTER DAN PENGOBATAN ATAU TINDAKAN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>Untuk melakukan mengecekan terhadap cairan yang akan diberikan dengan jumlah tetesan infus diberikan dalam waktu berapa lamanya dalam 1 botol/kolf</p>	KLINIK SYEDZA SAINTIKA PERJALANAN PERKEMBANGAN PENYAKIT, PERINTAH DOKTER DAN PENGOBATAN						NAMA : _____		UMUR : _____	Tahun	JENIS KELAMIN : _____	TANGGAL MASUK : _____	TGL	JAM	PERJALANAN PENYAKIT		PERINTAHAN DOKTER DAN PENGOBATAN ATAU TINDAKAN																			
KLINIK SYEDZA SAINTIKA PERJALANAN PERKEMBANGAN PENYAKIT, PERINTAH DOKTER DAN PENGOBATAN																																					
NAMA : _____		UMUR : _____	Tahun	JENIS KELAMIN : _____	TANGGAL MASUK : _____																																
TGL	JAM	PERJALANAN PENYAKIT		PERINTAHAN DOKTER DAN PENGOBATAN ATAU TINDAKAN																																	
<p><b>PERSIAPAN PASIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memberikan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien .</li> <li>5. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>6. Minta persetujuan pasien untuk pelaksanaan tindakan</li> </ol>																																					

	<p>Menciptakan hubungan saling percaya dan pastikan benar pasien yang akan dilakukan tindakan</p> <p>Memberikan informasi terkait prosedur dan mafaat tindakan</p> <p>Persetujuan pasien untuk dilakukan tindakan sehingga pasien mengetahui apa yang akan dilakukan terhadap dirinya dan akan lebih kooperatif dalam pelaksanaan tindakan</p>
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b>	
<p>7. Jaga privasi pasien dengan menutup sampiran/tirai</p> <p>8. Atur Cahaya ruangan</p>	 <p>Memberikan rasa aman nyaman pada pasien selama dilakukan tindakan</p>
	<p>Pencahayaan yang baik waktu perawat bekerja akan membantu perawat mengamati jika ada emboli atau gelembung udara di aliran slang infus yang akan mengakibatkan terjadinya syok pasien.</p>
<b>Implementation (I) ; Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b> <p>9. Perawat melakukan cuci tangan</p>	 <p>Mencuci tangan dari kotoran dan mikroorganisme akan mengurangi kontaminasi selama penganggantian botol infus</p>

10. Menyiapkan alat/ botol infus yang baru sesuai dengan cairan yang dibutuhkan kedekat pasien	 <p>Cairan yang diberikan sesuai dengan order dokter</p>
11. Mengatur posisi pasien dengan supine atau semifowler dengan lengan diluruskan	Agar memudahkan perawat bekerja dan memperlancar sirkulasi cairan masuk ke pembuluh darah vena.
12. Membuka tutup botol atau buka segel cairan infus	 <p>Untuk memudahkan perawat menusukan jarum slang infus ke botol yang baru</p>
13. Mereview catatan dokter dan kaji 7 benar dalam pemberian obat (nama pasien, nama obat, dosis, rute, waktu pemberian, dokumentasi, informasi)	 <p>Agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian cairan pada pasien</p>
14. Mengklem slang infus	

	Agar aliran infuse tidak mengalir waktu kita membuka slang
15. Lepaskan ujung <b>tabung</b> infus dari botol infus lama dengan <b>gerakan</b> cepat <b>dan segera</b> sambungkan ujung <b>tabung</b> infus <b>ke</b> botol infus baru tanpa menyentuh <b>bidang steril</b> .	 <p>Agar tidak terjadi kontaminasi dengan udara luar</p>
16. Menggantungkan Kembali botol cairan infus pada tiang infus/standar infus (lebih tinggi dari badan pasien)	 <p>Agar alirannya lancar dan tetesannya akan stabil menetes sesuai dengan pengaturanya</p>
17. Isi ruang udara pada slang infus 1/3 – ½ bagian dengan cairan infus dan atur tetesan infus sesuai dengan instruksi dokter	 <p>Dengan mengisi ruang udara pada slang infus akan lebih mudah memantau dan menghitung tetesnya</p>

18. Melakukan pengecekan udara / gelembung udara pada slang infus, jika ada udara dalam slang	 <p>Adanya udara pada slang/gelembung udara bisa mengakibatkan syok pada pasien karena akan tersirkulasi pembuluh darah otak yg mengakibatkan pasien syok.</p>
19. Atur/hitung tetesan infus sesuai dengan order dokter	 <p>Dengan tetesan yang sesuai dengan order akan mengurangi terjadinya kelebihan cairan</p>
20. Jelaskan pada pasien jika ada keluhan silahkan memanggil perawat kembali	 <p>Memberikan informasi kepada pasien jika ada keluhan segera dilaporkan disampaikan</p>
<b>Fase Terminasi</b>	
21. Berikan <i>reinforcement</i> positif	Memberikan penghargaan terhadap pasien setelah dilakukan tindakan
22. Rapikan alat	Agar ruangan/meja pasien rapi dari alat-alat bekas tindakan

23. Cuci tangan		Membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme setelah melakukan tindakan
Evaluation € : Evaluasi		
24. Evaluasi pasien terhadap cairan yang diberikan dan evaluasi respon klien terhadap terapi yang diberikan 25. Beri kesempatan pasien untuk bertanya terkait penggantian cairan/botol infus		Melihat kondisi pasien setelah dilakukan penggantian cairan /botol infus Memberikan pengetahuan kepada pasien tentang kebutuhan cairan infus baginya
26. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		Sebagai bukti tertulis sudah melakukan tindakan penggantian botol/cairan infus
Sikap		
27. Selalu menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan	Agar tidak terjadi perpindahan mikroorganisme dari media tangan perawat kepada pasien	
28. Tindakan dilakukan secara sistematis	Akan memudahkan bagi perawat dalam melakukan tindakan	

29. Perawat dan pasien harus komunikatif	Dengan komunikatif akan memudahkan perawat dalam memberikan penjelasan tindakan
30. Percaya diri dalam melakukan tindakan	Membantu perawat agar melakukan tindakan dengan baik

## Daftar Pustaka

- Saputra, Dimas Novian, Aulia Rahman, and Bambang Sutanto. 2021. "Tatalaksana Syok Hipovolemik Pada Perdarahan Intraabdominal." *Proceeding Book National Symposium and Workshop Continuing Medical* 1–18.
- Susilaningsih, Endang Zulaicha. 2017. "Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1." 48.
- Susilo Adi, Giri. 2022. "Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan Penerbit Lembaga Omega Medika."
- Yayer, Kristina Natalia Tunga, Widya Andyardja Weliamto, Rasional Sitepu, and Hartono Pranjoto. 2020. "Monitoring Dan Penghentian Cairan Infus Menggunakan Timbangan Infus Digital Dengan Memanfaatkan Web Server." *Simetris: Jurnal Teknik Mesin, Elektro Dan Ilmu Komputer* 11(1):55–64. doi: 10.24176/simet.v11i1.3601.



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **MELEPAS INFUS**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **MELEPAS INFUS**

### **1. Definisi**

Tindakan pencabutan cairan yang telah dimasukan ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena.

### **2. Tujuan**

Dilakukan apabila program terapi cairan dan atau pemberian obat melalui selang infus telah selesai. Tindakan melepas infus juga dilakukan apabila terjadi plebitis pada daerah tusukan sehingga diperlukan penggantian lokasi tusukan infus.

### **3. Indikasi**

- a. Program terapi cairan selesai.
- b. Program pengobatan melalui intravena (bolus) selesai.
- c. Mengganti lokasi pemasangan akses intravena.
- d. Pasien dalam perencanaan pulang/keluar rumah sakit.

### **4. Kontraindikasi**

- a. Program terapi cairan yang belum selesai.
- b. Program pengobatan melalui intravena yang belum selesai.

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

- a. Pastikan rol klem infus terkunci sebelum jarum infus ditarik.
- b. Gunakan alkohol swab/kapas alkohol untuk membuka balutan transparan sehingga tidak menyebabkan rasa sakit pada kulit.
- c. Tekan daerah bekas insersi untuk mencegah perdarahan pada saat penarikan jarum infus.

### **6. Contoh Kasus**

Seorang anak laki-laki, 6 tahun, dirawat di ruangan dengan diagnosa medis DHF. Dokter menginstruksikan untuk dilakukan pemasangan infus dan perawat telah memasang infus di tangan kanan pasien. Setelah 30 menit pemasangan, daerah sekitar tusukan mengalami plebitis.

Apakah tindakan yang tepat pada pasien?

- a. Memperbaiki posisi infus

- b. Mencatat kejadian plebitis
- c. Mengkaji daerah sekitar tusukan
- d. Melakukan perawatan lokasi tusukan
- e. Melepas infus dan memasang di lokasi lain

## 7. Pembahasan soal kasus

- a. Jawaban a tidak tepat karena memperbaiki posisi infus tidak akan menghilangkan plebitis.
- b. Jawaban b tidak tepat karena kegiatan ini dilakukan setelah selesai melepas infus sebagai bentuk dokumentasi.
- c. Jawaban c tidak tepat karena kegiatan ini juga dilakukan setelah selesai melepas infus sebagai bentuk dokumentasi.
- d. Jawaban d tidak tepat karena tindakan ini juga tidak akan menghilangkan plebitis. Perawatan lokasi tusukan dilakukan setelah beberapa hari infus terpasang untuk mencegah kejadian infeksi akibat pemasangan infus.
- e. Jawaban e tepat karena apabila terjadi plebitis pada daerah tusukan, maka infus harus dilepas dan dipasang kembali pada daerah lokasi lain. Plebitis dapat terjadi bila pemasangan infus yang tidak tepat.

## 8. SOP tindakan keperawatan melepas infus

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <p>1. Kaji adanya perdarahan, plebitis, dan infiltrasi di sekitar lokasi tusukan.</p>	<p>Infiltrasi adalah tanda awal sebelum terjadinya plebitis (peradangan pada vena yang ditandai dengan pembengkakkan dan nyeri di area vena yang terkena)</p>

<p>2. Kaji jumlah cairan yang harus diberikan sesuai terapi atau terapi obat yang diberikan pada klien.</p>	
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p>3. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkohol swab/kapas alkohol*</li> <li>• Sarung tangan*</li> <li>• Balutan transparan* (jika tidak ada, dapat menggunakan kasa steril dan plester)</li> <li>• Bengkok*</li> <li>• Jarum steril</li> <li>• Hand sanitizer (dapat sebagai pengganti untuk mencuci tangan di wastafel)</li> </ul>	
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>4. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien.      5. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.      6. Atur posisi senyaman mungkin.</p>	
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>7. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.</p>	

8. Tutup klem infus (posisi rol klem di bawah).



9. Pakai sarung tangan.



10. Buka balutan transparan pada daerah tusukan dengan menggunakan alkohol swab secara perlahan sambil memegang jarum infus.



11. Tarik jarum infus dengan tangan dominan sambil tangan non dominan memberi penekanan pada daerah bekas insersi dengan alkohol swab.



12. Beri penekanan pada daerah tusukan selama 1-2 menit.



13. Tutup daerah bekas tusukan dengan balutan transparan (jika tidak ada, maka dapat memakai kasa steril dan plester).

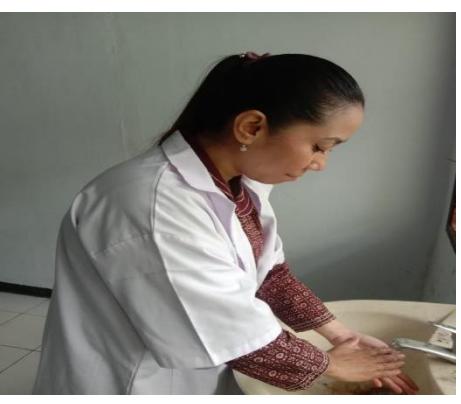


14. Apabila selang infus akan digunakan kembali, maka tutup ujung selang dengan jarum steril dan bila tidak digunakan, maka letakkan selang infus dan jarum infus bekas pakai pada bengkok.



15. Lepaskan sarung tangan.



<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>16. Rapikan alat.</p> <p>17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.</p>	 
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p> <p>18. Evaluasi kondisi daerah sekitar insersi, adanya perdarahan, plebitis, dan tanda-tanda infeksi.</p> <p>19. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.</p>	
<p><b>Sikap</b></p> <p>20. Menerapkan tindakan mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah tindakan.</p> <p>21. Komunikatif dengan klien.</p> <p>22. Melakukan tindakan secara sistematis.</p> <p>23. Percaya diri, bersikap hati-hati, dan cekatan.</p>	<p>Penerapan sikap ini dalam tindakan menunjukkan perilaku profesional seorang perawat.</p>

## **Daftar Pustaka**

- Dermawan Deden dan Jami Muhamad Abdul. 2021. Keterampilan Dasar Keperawatan, Konsep dan Prosedur Jilid 1. Yogyakarta; Gosyen Publishing.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Edisi 1. Jakarta; Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rambi Christien, Tatangindatu Maryati, Pangandaheng Nansy, Mahihody Astri, dan Tuwohingide Yanli. 2023. Panduan Praktikum Keperawatan Dasar. Tahuna ; Politeknik Negeri Nusa Utara Program Studi Keperawatan.

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PEMASANGAN *NASOGASTRIC TUBE (NGT)***



## **PEMASANGAN *NASOGASTRIC TUBE (NGT)***

### **1. Definisi**

Mempersiapkan dan memasang selang yang dimasukkan melalui hidung, melewati tenggorokan sampai ke dalam lambung (PPNI, 2021).

### **2. Tujuan**

- a. Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi.
- b. Mengeluarkan isi perut dengan cara menghisap apa yang ada dalam lambung (cairan, udara, darah, racun).
- c. Membantu memudahkan diagnosa klinik melalui analisa substansi isi lambung.

(Anggraini, Yanti, dkk, 2022)

### **3. Indikasi**

- a. Penurunan Kesadaran (koma).
- b. Tidak mampu atau sulit menelan.
- c. Pra atau post operasi esogafus atau mulut.
- d. Terdapat gangguan saluran pencernaan atas: stenosis esofagus.
- e. Keracunan obat atau makanan.
- f. Distensi abdomen karena gas, darah dan cairan.
- g. Bayi prematur atau bayi yang tidak dapat menghisap.

(Anggraini, Yanti, dkk, 2022)

### **4. Kontraindikasi**

- a. Obstruksi nasofaring atau esofagus
- b. Tumor nasofaring atau esofagus
- c. Cidera serebrospinal
- d. Trauma cervical
- e. Fraktur facialis

(Anggraini, Yanti, dkk, 2022)

### **5. Hal Yang Perlu Diperhatikan**

- a. Pemasangan NGT harus dilakukan secara hati-hati, karena dapat menyebabkan:

- 1) Iritasi pada lapisan dalam hidung, adanya peradangan pada lapisan sinus, perdarahan yang terjadi di hidung, hidung mengeluarkan cairan atau lendir kental yang berlebihan.
  - 2) Pneumonia aspirasi sekunder terhadap muntah dan aspirasi.
  - 3) Hipoksia, sianosis, "respiratoin arrest" berhubungan dengan kecelakaan pemasangan intubasi trachea.
  - 4) Trauma jaringan
- b. Reflek muntah dapat terjadi saat selang NGT dimasukan.
  - c. Saat posisi supine atau lateral selang NGT tidak boleh dimasukan kecuali jika kepala pasien sudah dielevasikan.
  - d. Setelah NGT terpasang, pastikan selang NGT berada pada posisi yang tepat, yaitu lambung. Konfirmasi posisi dapat dilakukan dengan menggunakan auskultasi, Rontgen toraks, pemeriksaan pH, dan manometri.
  - e. Bila terdapat kecurigaan bahwa selang berada di posisi yang salah, minta pasien untuk berbicara. Jika pasien dapat berbicara, maka NGT tidak melewati pita suara atau paru-paru.
  - f. NGT dapat dilakukan pada klien dengan penurunan kesadaran tetapi meningkatkan resiko terjadinya aspirasi pulmonary.

(Anggraini, Yanti, dkk, 2022)

## 6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, berusia 55 tahun dirawat di ICU dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Hasil pengkajian, GCS 4, terpasang ventilator. Hasil pengukuran IMT 16. Pasien mengalami masalah keperawatan defisit nutrisi. Apakah tindakan utama yang harus dilakukan perawat?

- a. Pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT)
- b. Pemberian cairan intravena
- c. Penimbangan Berat Badan
- d. Promosi Berat Badan
- e. Deteksi status gizi

## 7. Pembahasan Soal Kasus

**Kunci Jawaban: A. Pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT)**

**Pembahasan:**

Pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT) adalah memasukkan selang melalui hidung sampai ke lambung. Pemasangan NGT dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran (koma), tidak mampu menelan serta adanya gangguan-gangguan saluran pencernaan lainnya.

**Pada Kasus**, adanya gangguan fungsi akibat sel neuron mengalami nekrosis atau kematian jaringan. Salah satu dari gangguan fungsi tersebut adalah gangguan fungsi saraf Glosofaringeus yang fungsinya mengatur gerak reflek gangguan faringeal atau menelan. Gangguan menelan terjadi pada stroke non hemoragik dikarenakan adanya edema otak dan gangguan tingkat kesadaran yang reversible. Terjadinya sumbatan lumen esofagus menyebabkan disfagia mekanik sehingga penderita stroke non hemoragik mengalami defisit nutrisi. Hal tersebut mengakibatkan gangguan terhadap proses pembentukan thrombus dan embolisasi sebagai proses penyembuhan. Deficit nutrisi pada stroke non hemoragik menimbulkan dampak berat badan kurang (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Andika Wira, 2018).

**Jadi**, tindakan utama untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada kasus tersebut adalah Pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT).

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b>	
1. Identifikasi adanya malnutrisi	Rasionalisasi: Untuk memberikan tindakan keperawatan mengatasi adanya malnutrisi.
2. Periksa riwayat adanya alergi makanan tertentu	Rasionalisasi: untuk mengetahui adanya alergi pada pasien.
3. Kaji kebutuhan pemasangan NGT	Rasionalisasi: Pemasangan NGT dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien yang tidak mampu secara oral atau menelan.

4. Dengarkan bising usus terlebih dahulu sebelum memasukan makanan melalui selang NGT	Rasionalisasi: adanya resiko aspirasi dan distensi abdomen, jika penurunan bunyi usus dan tidak terdengar sama sekali.
5. Review catatan medis dokter berkaitan dengan diet dan frekuensi pemberian	Rasionalisasi: Pasien menerima diet dan frekuensi pemberian sesuai dengan kebutuhan nutrisi.
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b>	
<b>6. PERSIAPAN ALAT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handscoen (sarung tangan bersih)</li> <li>• Selang nasogastric sesuai ukuran</li> <li>• Jelli atau lubricant</li> <li>• <i>Cateter tip</i> atau sputit sesuai kebutuhan (50 cc-100 cc)</li> <li>• Stetoskop</li> <li>• Plester</li> <li>• Tisu</li> <li>• Bengkok</li> <li>• Pengalas</li> <li>• Tongue Spatel</li> <li>• Gunting</li> <li>• Kom berisi air</li> <li>• Strip Indikator</li> </ul>	   
<b>PERSIAPAN KLIEN</b>	
7. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).	Rasionalisasi: Menerapkan etika keperawatan dan untuk memastikan kebenaran identitas pasien.
8. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan	Rasionalisasi: Kecemasan dapat berkurang jika pasien telah mengetahui apa yang akan perawat laksanakan.
9. Menyiapkan infomed consent	Rasionalisasi: Persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan dari Pasien dan keluarga sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b>	
10. Jaga privasi klien (tutup tirai)	Rasinalisasi: Memastikan agar pasien nyaman.

11. Atau turunkan penghalang tempat tidur	Rasionalisasi: Untuk memudahkan melakukan tindakan.
<b>Implementation (I) : Implementasi</b> <b>Fase Kerja</b> 12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Rasionalisasi: Mencegah transmisi mikroorganisme.
13. Pakai handscoen (sarung tangan bersih)	 Rasionalisasi: Mencegah transmisi mikroorganisme.
14. Posisi semi-Fowler	 Rasionalisasi: Untuk memudahkan insersi NGT.
15. Letakkan pengalas di dada pasien	 Rasionalisasi: Melindungi baju dan linen dari muntahan.

16. Menentukan panjang selang NGT dengan cara mengukurnya dari ujung hidung ke telinga lalu ke <i>prosesus xiphoideus</i>	 <p>Rasionalisasi: Pengukuran sesuai dengan anatomi mulai dari mulut sampai ke lambung.</p>
17. Tandai panjang selang yang telah diukur	 <p>Rasionalisasi: Memastikan selang sampai kelambung.</p>
18. Periksa kepatenan lubang hidung	 <p>Rasionalisasi: Memudahkan insersi dan mencegah trauma.</p>
19. Beri Jelli ke ujung selang NGT sekitar 10 cm	 <p>Rasionalisasi: Untuk meminimalkan injuri pada jalan masuk hidung.</p>

20. Masukkan selang NGT dengan perlahan-lahan melalui lubang hidung sampai batas yang telah diukur	 <p>Rasionalisasi: Menghindari terjadinya nyeri dan perdarahan.</p>
21. Anjurkan menundukkan kepala saat selang nasogastrik mencapai nasofaring	 <p>Rasionalisasi: Untuk menutup trachea dan membuka esofagus.</p>
22. Anjurkan menelan saat selang nasogastrik dimasukkan	 <p>Rasionalisasi: Hal ini akan membantu selang masuk esofagus.</p>
23. Periksa posisi ujung selang dengan cara: <ol style="list-style-type: none"> <li>Dengar bunyi udara pada lambung dengan memasukkan udara kedalam selang sekitar 10 mL</li> <li>Aspirasi cairan lambung</li> <li>Cek keasaman cairan lambung dengan kertas PH</li> </ol>	  

	Rasionalisasi: Mengetahui selang NGT sudah berada di lambung.
24. Fiksasi selang nasogastrik pada hidung dengan plester	 <p>Rasionalisasi: Mencegah posisi NGT berubah atau lepas.</p>
25. Pasien dan alat-alat yang telah digunakan segera dirapikan	 <p>Rasionalisasi: Supaya pasien tampak rapi dan nyaman kembali.</p>  <p>Rasionalisasi: Pengembalian alat pada tempatnya untuk penggunaan selanjutnya.</p>
26. Lepaskan sarung tangan	Rasionalisasi: Mencegah transmisi organisme.
27. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Rasionalisasi: Mencegah transmisi organisme.

<b>Fase Terminasi</b>	
28. Beri <i>reinforcement positif</i>	Rasionalisasi: Untuk meningkatkan harga diri pasien.
29. Rapikan alat	Rasionalisasi: Pengembalian alat pada tempatnya untuk penggunaan selanjutnya.
30. Cuci tangan	Rasionlisasi: Mencegah transmisi organisme.
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
31. Evaluasi respon klien terhadap tindakan	Rasionalisasi: Memberi kesempatan klien untuk bertanya terhadap tindakan
32. Penilaian ada residu di dalam lambung	Rasionalisasi: Menilai toleransi terhadap pemberian makanan via NGT.
33. Penilaian intake dan output setiap shift	Rasionalisasi: Mengetahui keseimbangan cairan tubuh.
34. Penilaian berat badan	Rasionalisasi: Status nutrisi dapat diukur.
35. Dokumentasi Ukuran NGT, Panjang NGT yang dimasukan, lubang hidung yang digunakan, pengecekan posisi NGT	Rasionalisasi: Mencegah timbulnya komplikasi.
<b>Sikap</b>	
36. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	Rasionalisasi: Mencegah transmisi organisme.
37. Komunikatif dengan pasien	Rasionalisasi: Menerapkan komunikasi efektif.
38. Melakukan tindakan dengan sistematis	Rasionalisasi: Mencegah kesalahan saat melakukan tindakan
39. Percaya diri	Rasionalisasi: Memberikan keyakinan kuat pada diri untuk melakukan tindakan.

## **Daftar Pustaka**

- Anggraini, yanti, S.Kep, Ns, M.Kep., dkk. 2022. *Petunjuk Pratikum Keperawatan Dasar Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.*
- Andika Wira Kusuma, Komang. 2018. *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Defisit Nutrisi Di Ruang Cendrawasi RSUD Wanggaya Denpasar Tahun 2018.* Politeknik Kemenkes Depansar Jurusan Keperawatan.
- PPNI. 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan Edisi 1.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). Keperawatan Medikal-Bedah (8th ed.). Jakarta: EGC



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PEMASANGAN KATETER URINE PASIEN**

### **PEREMPUAN**



# **PEMASANGAN KATETER URINE PASIEN PEREMPUAN**

## **1. Definisi**

Proses memasukkan slang urine kateter ke dalam saluran kemih melalui uretra menuju kandung kemih pada pasien perempuan

## **2. Tujuan**

- a) Eliminasi urine membaik
- b) Kontinensia urine membaik
- c) Tingkat nyeri menurun
- d) Tingkat infeksi menurun
- e) Status kenyamanan meningkat

## **3. Indikasi**

- a) Pemeriksaan fungsi organ perkemihan bagian dalam
- b) Penanganan terhadap masalah gangguan berkemih biasanya karena sumbatan atau kelemahan/kehilangan refleks berkemih
- c) Pasien yang akan menjalani operasi
- d) Pasien dengan multiple trauma

## **4. Kontraindikasi**

- a) Luka pada waktu pemasangan yang akibat adanya edema atau pemilihan ukuran kateter yang terlalu besar atau penggunaan jelly/pelisin yang tidak merata atau prosedur kerja yang tidak tepat
- b) Infeksi pada saluran kemih
- c) Luka pada kulit genetalia akibat pengikat yang terlalu erat
- d) Penggunaan kateter terus menerus yang terlalu sering dapat merusak kulit

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

- a) Mengosongkan urine bag secara teratur serta melakukan penilaian output urine setiap pergantian shift kerja
- b) Urine bag diletakkan tidak lebih tinggi dari tubuh pasien supaya urine yang mengalir tidak kembali ke visica urinaria
- c) Ganti kateter maksimal 5 hari

- d) Monitor selang kateter melipat atau lepas dari urine bag
- e) Tidak meletakkan urine bag diatas lantai

## 6. Contoh Kasus

Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang bedah. Hasil pengkajian: kesadaran compos mentis, tampak nyeri di bagian perut sebelah kanan, skala nyeri 6, TD 120/70 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 23 x/menit, suhu tubuh 37°C. Pasien akan menjalani operasi apendiktomi. Perawat sedang melakukan tindakan pre-op pemasangan kateter urine. Perawat telah menjelaskan tujuan, prosedur serta inform consent. Perawat juga telah mempersiapkan alat dan melakukan cuci tangan 6 langkah dengan benar. Apakah tindakan selanjutnya perawat lakukan pada kasus tersebut?

- A. Memasang sarung tangan
- B. Meletakkan alas di bawah bokong pasien
- C. Mengatur posisi pasien dorsal recumbent
- D. Menutup daerah pinggang pasien sama selimut
- E. Meletakkan duk bolong di area alat kelamin pasien

## 7. Pembahasan soal kasus

Jawabannya : **C. Mengatur posisi pasien dorsal recumbent**

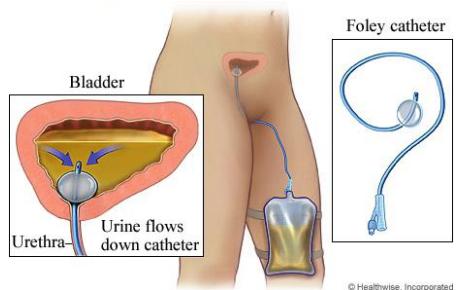
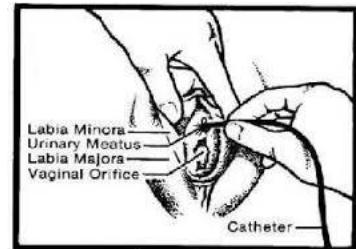
Tahapan prosedur pemasangan kateter urine : persiapan pasien dengan menjelaskan tujuan dan prosedur serta inform consent, persiapan alat dan prosedur kerja mencuci tangan 6 langkah, **Mengatur posisi pasien dorsal recumbent**, Meletakkan pengalas di bawah bokong pasien, Menutup daerah pinggang pasien sama selimut, Meletakkan duk bolong di area alat kelamin pasien dan memasang sarung tangan.

## 8. SOP Pemasangan kateter urine

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> <b>Fase Prainteraksi</b> 1. Mengidentifikasi identitas klien meliputi ; nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis, dan lainnya 2. Jelaskan tindakan untuk penanganan kondisi kesehatan pasien	
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> <b>Fase Orientasi</b> <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) 1. Handscoen steril 2. Urine kateter (ukuran disesuaikan) 3. Urine bag 4. Spuit ukuran 20 mL berisikan NaCl atau Aquades sesuai anjuran 5. Jeli lidokain 2% 6. Cairan antiseptic 7. Hanndscoen bersih 8. Kom steril 9. Pot Urine, untuk sampel urine jika diperlukan 10. Kassa dan cairan antiseptic 11. Pengalas dan duk bolong 12. Nierbekken atau bengkok 13. Sampiran	 
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> 1. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri dan cek identitas klien 2. Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur	

<p>3. Mengisi inform consent oleh pasien 4. Atur posisi pasien nyaman dan aman</p>	
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>1. Jaga privasi pasien dengan memasang sampiran di bed pasien 2. Turunkan bed plang di tempat tidur pasien</p>	
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan cuci tangan 6 langkah dengan benar</li> <li>2. Mengatur posisi dorsal recumbent (kedua lutut dilipat diregangkan/dibuka)</li> <li>3. Meletakkan alas di bawah bokong</li> <li>4. Menutup daerah pinggang dengan selimut</li> <li>5. Letakkan duk bolong di area alat kelamin pasien</li> <li>6. Memasang handscoen bersih</li> <li>7. Membersihkan area premium dengan kassa dan cairan antiseptic</li> <li>8. Membilas dan mengeringkan, lalu melepaskan handscoen bersih</li> <li>9. Membuka urine kateter steril serta peralatan steril yang lain dan simpan dialas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptic</li> <li>10. memasang Handscoen steril</li> </ol>	  

11. Sambungkan urine kateter ke slang urine bag
12. Melumasi ujung kateter 2,5-5 cm dengan jelly
  
13. Membuka bagian kedua labia minora dengan jari telunjuk dan ibu jari pada tangan non-dominan
14. Masukkan kateter urine dengan ukuran panjang sekitar 5-7,5 cm ke dalam meatus uretra secara perlahan sambil menganjurkan pasien tarik napas dalam
15. Memperhatikan aliran urine dalam slang urine bag apakah ada atau tidak
16. Melakukan fiksasi dalam menggunakan sputut yang bersikan aquades / NaCl untuk membuat balon kateter ketika urine kateter sudah masuk visica urinaria (kandung kemih)
17. Melakukan penarikan kateter secara perlahan-lahan sampai merasa adanya tahanan/hambatan yang dipastikan kateter urine terfiksasi secara baik di visica urinaria (kandung kemih)
18. melepaskan handscoen steril
19. melakukan fiksasi luar menggunakan plester didaerah paha pasien
20. Meletakkan urine bag dengan cara di gantung di bawah bed dan posisi harus lebih rendah dari klien
21. Memasang handscoen bersih dan mengambil sampel urine urine bag ke pot urine, jika diperlukan
22. Melepaskan handscoen bersih
23. Merapihkan klien dan peralatan tindakan
24. Melakukan kebersihan tangan dengan prinsip 6 benar tahapan cuci tangan



<p>25. Dokumentasi tindakan yang dilakukan meliputi ; waktu, jumlah dan warna urine yang keluar, NaCl / aquades jumlah yang dipakai untuk mengembangkan balon, tanggal / waktu dipasang) dan respons pasien</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 6 langkah dengan benar</li> </ol>	
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi respon pasien (apakah terasa nyeri atau tidak)</li> <li>2. Evaluasi warna urine</li> <li>3. Evaluasi jumlah urine yang keluar</li> <li>4. Evaluasi ketahanan urine (gelembung udara/balon, viksasi) sehingga tidak mudah lepas</li> <li>5. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</li> </ol>	
<p><b>Sikap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan Five moment <i>hand hygiene</i> setiap melakukan tindakan</li> <li>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</li> <li>3. Komunikatif dengan pasien</li> <li>4. Percaya diri</li> </ol>	

## **Daftar Pustaka**

- Kozier & Erb berman (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Volume: 1, Edisi: 7. EGC: Jakarta
- Purnomo, Basuki B (2012). Dasar-Dasar Urologi. Edisi 3. Jakarta: Sagung seto
- Rani, A.Aziz, dkk (2018). Infeksi Saluran kemih. Panduan Pelayanan Medik Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Universitas Indonesia
- Ratih L (2014). Buku Analisa Pemasangan Kateterisasi. Jilid 2. Salemba Medika. Jakarta: EGC
- Stanhope, M. dan Lancaster., J. (2012). *Public Health Nursing : Population – Centered Health Care in the Community* (8<sup>th</sup> ed.). Elsevier Science Health Science Devision

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **IRIGASI KATETER URINE SECARA TERBUKA**



## **IRIGASI KATETER URINE SECARA TERBUKA**

### **1. Definisi**

Irigasi kateter urine terbuka adalah prosedur memasukkan normal saline (NS) ke dalam kateter untuk melepaskan sumbatanya, sehingga urin dapat mengalir dari kandung kemih.

### **2. Tujuan**

Untuk mempertahankan dan menjaga kepatenya saluran kateter

### **3. Indikasi**

Dilakukan bila irigasi kateter lebih jarang dilakukan seperti setiap 8 jam dan tidak ada bekuan darah kecil dan mukus di kandung kemih.

### **4. Kontraindikasi**

Ada bekuan darah kecil dan mukus di kandung kemih

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

- a. Perhatikan keadaan umum pasien sebelum, selama dan sesudah tindakan
- b. Jaga privasi klien

### **6. Contoh Kasus**

Seorang perempuan, 35 tahun, di rawat di ruang bedah dengan fraktur femur. Pasien terpasang kateter dan mengeluh perut bahagian bawah sakit dan terasa penuh serta urinanya merembes dari alat kelamin. Hasil pemeriksaan fisik : distensi abdomen bahagian bawah dan penuh, urine merembes dari alat kelamin, ada endapan di urine dan kantong urine tidak terisi seperti biasanya. Apakah tindakan keperawatan yang harus segera dilakukan pada pasien tersebut ?

- A. irigasi kateter urine terbuka
- B. irigasi kateter urine tertutup
- C. merawat kateter
- D. melepaskan kateter
- E. irigasi kandung kemih

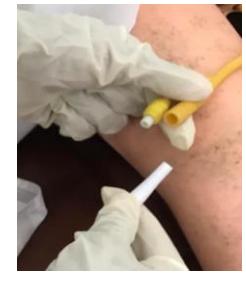
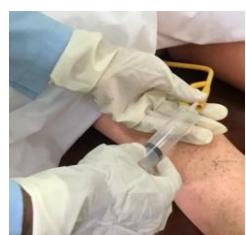
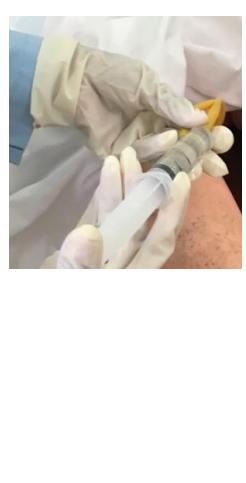
## 7. Pembahasan soal kasus

Jawaban A ✓ Data focus: dirawat dengan fraktur femur dan terpasang kateter. Keluhan: perutnya bahagian bawah sakit dan terasa penuh serta urine merembes dari alat kelamin. Hasil pemeriksaan fisik: distensi abdomen bagian bawah dan penuh, urine merembes dari alat kelamin, ada endapan di urine dan kantong urine tidak terisi seperti biasanya.

## 8. SOP melakukan Irigasi Kateter Urine Secara Terbuka

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> <b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji keadaan kateter 2. Kaji kepatenan kateter 3. Kaji adanya rembesan urine 4. Kaji warna urine seperti adanya endapan 5. Kaji pemasukan cairan dan urine yang dikeluarkan 6. Kaji abdomen bahagian bawah untuk mengetahui terjadinya distensi abdomen dan terasa penuh 7. Review catatan medis dokter 8. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan irigasi kateter urine terbuka	Pengkajian dilakukan untuk memastikan adanya sumbatan pada kateter urine yg terpasang pada pasien dengan menanyakan keluhan pasien dan memeriksa urine di kateter dan kantong urine
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> <b>Fase Orientasi</b> 9. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cairan irigasi steril (cairan irigasi tidak steril lagi jika sudah dibuka ≥ 24 jam) *</li> <li>• Com Steril *</li> <li>• Com bersih *</li> <li>• Spuit 60 ml tipe peston 2 buah *</li> <li>• Pengalas dan perlak (bantal tahan air)*</li> <li>• Handscoen bersih</li> <li>• Handscun steril *</li> <li>• Kapas antiseptik *</li> <li>• Kasa steril *</li> <li>• Nerbeken *</li> <li>• Celemek (jika ada)</li> <li>• Plester *</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selimut penutup</li> <li>• Tirai</li> </ul>	
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> 10. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 11. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 12. Atur tinggi tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)	
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> 13. Jaga privasi klien (tutup tirai) 14. Turunkan penghalang tempat tidur	 
<b>Implementation (I) : Implementasi</b> <b>Fase Kerja</b> 15. Cuci tangan 16. Ganti selimut klien dengan selimut penutup. Pasang selimut penutup menutupi tubuh bagian bawah klien dan lepaskan plester kateter di paha klien	 
17. Posisikan klien dengan nyaman 18. Pasang pengalas dibawah bokong (perlak atau absorben ped) 19. Letakan kapas anti septik dekat pasien 20. Letakan bengkok di dekat pasien  21. Pakai handskun bersih 22. Buka cairan irigasi steril dan masukkan cairan irigasi kedalam com steril	   

<p>23. Pakai Handscoen steril</p> <p>24. Aspirasi cairan 30 ml dengan sputit (sesuai instruksi) dan masukkan kembali sputit ke dalam kemasannya agar ujungnya tetap steril.</p>		
<p>25. Bersihkan sambungan antara kateter dan pipa drainase dengan kapas alkohol</p>		
<p>26. Lepaskan sambungan selang kateter dari pipa drainase dan tutupi ujung pipa dengan penutup sambungan agar tetap bersih.</p>		
<p>27. Masukkan sputit kosong ke dalam kateter, tarik kembali alat penghisap secara perlahan untuk melihat apakah ada urin di dalam kandung kemih, jika urin keluar, gunakan sputit untuk mengosongkan kandung kemih secara perlahan.</p>		
<p>28. Lepaskan jarum suntik dari kateter dan masukkan sputit cairan ke dalam selang kateter dengan tekan perlahan pendorong alat suntik untuk mendorong cairan secara perlahan ke dalam kateter dan jangan memaksa cairan masuk ke dalam kateter. Jika cairan tidak mengalir dengan mudah ke dalam kateter, tarik perlahan pendorongnya dengan satu tangan sambil memegang alat suntik dengan tangan yang lain untuk mengaspirasi (menarik) cairan, dengan menggunakan sedikit tenaga. Jika Anda tidak dapat melakukan aspirasi atau mengairi kateter, hubungi dokter.</p>		

29. Setelah memasukkan cairan ke dalam kateter dan tarik kembali cairan. Bersihkan sambungan antara semprit dan kateter dengan kasa steril, biarkan mengering dan jangan mengipasi atau meniupnya.



30. Lepaskan tutup dari pipa drainase dan bersihkan dengan kasa steril.



31. Lepaskan sput dari kateter dan masukkan selang penghubung dan periksa selang setelah disambungkan kembali untuk melihat apakah urin mengalir keluar dari kateter. Jika tidak ada urin yang keluar setelah 10 hingga 15 menit, ulangi proses irigasi. Jika masih belum ada urin yang keluar, hubungi dokter.



32. Lepaskan handscoen

33. Plester kembali kateter di paha klien



34. Pindahkan alat dan pengalas

35. Ganti selimut mandi dengan selimut klien



36. Lepaskan celemek dan kembalikan posisi nyaman bagi klien

	 
37. Bereskan alat	
<b>Fase Terminasi</b> 38. Beri <i>reinforcement positif</i> 39. Cuci tangan	 
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
40. Evaluasi kepatenian kateter 41. Evaluasi kelancaran pengeluaran urine klien 42. Evaluasi kepatenian kateter 43. Evaluasi klien terjadinya nyeri dan demam 44. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 45. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Memonitor keberhasilan tindakan irigasi kateter urine secara terbuka
<b>Sikap</b>	
46. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 47. Melakukan tindakan dengan sistematis 48. Komunikatif dengan pasien 49. Percaya diri	Mencegah terjadinya infeksi, komunikatif dan terampil

## **Daftar Pustaka**

- Solihin. 2021. *Modul Pratikum Keperawatan Medikal Bedah 2*. Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman. <https://repository.unmul.ac.id/bitstream/handle/123456789/25706/Modul%20Petunjuk%20Praktikum%20Keperawatan%20Medikal%20Bedah%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suprataba & Zulpa tantu. 2022. *Gangguan Eliminasi Urine*. <https://www.pak-rsdmpalu.com/gangguan-eliminasi-urin>
- Children's Minnesota. 2023. *Irigasi Kateter Urine*. [https://www.childrensmn.org.translate.goog/educationmaterials/childrensmn/article/15566/urinary-catheter-irrigation/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.childrensmn.org.translate.goog/educationmaterials/childrensmn/article/15566/urinary-catheter-irrigation/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc)

## **PROFIL PENULIS**



### **Yosephina E. S. Gunawan, S.Kep.Ns., M.Kep.**

Penulis dilahirkan di Kota Pelajar Yogyakarta pada tahun 1981 dan dibesarkan di Kota Waingapu di Pulau Sumba. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2004 dan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga pada tahun 2015. Penulis bekerja sebagai dosen di Kampus DIII Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang sejak tahun 2006 hingga sekarang. Penulis adalah tim pengajar di Departemen Keperawatan Medikal Bedah dan aktif melakukan kegiatan tridharma perguruan tinggi lainnya.

Email: bettytjang@gmail.com



### **Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.**

Penulis bernama Suryanti. Penulis lulus dari AKPER Muhammadiyah Semarang tahun 1995, 2001 lulus dari PSIK-UNPAD, 2002 lulus Ners FK UNPAD, dan 2010 lulus dari pasca sarjana IKD-biomedik FK-UGM. Penulis bekerja di RSUD Sragen 1996-1998, tahun 1998-2015 di Poltekkes Kemenkes Semarang dan 2015 sampai sekarang di Poltekkes Kemenkes Surakarta. Penulis aktif dalam penulisan buku ajar dan sudah menerbitkan beberapa book capther, penulis juga aktif menulis jurnal penelitian baik nasional maupun internasional, serta jurnal pengabdian masyarakat. Pesan untuk para pembaca: Pantang mundur, tetap semangat. Penulis dapat dihubungi melalui email suryantisolo1@gmail.com



### **Christien Anggreni Rambi, S.Kep., Ns., M.Kes.**

Seorang Penulis dan Dosen Program Studi Keperawatan Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Nusa Utara. Lahir di Donggala Sulawesi Tengah, tanggal 02 April 1986. Penulis merupakan anak kedua dari empat bersaudara dari pasangan bapak Engel Rambi (Alm) dan Ibu Liesbeth Salindeho. Penulis lulus pendidikan program Sarjana (S1) dan Profesi Ners di Universitas Katolik De La Salle Manado Prodi Ilmu Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Sam Ratulangi Manado Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Buku yang sudah ditulis ialah Keperawatan Maternitas, Buku Ajar Keperawatan Dasar, Sistem Informasi Keperawatan, dan Kumpulan Latihan Soal Ukom DIII Keperawatan tahun 2023.

Email: christienrambi@yahoo.com

## **PROFIL PENULIS**



### **Ns. Eliza, S.Pd., S.Kep., M.Kep.**

Penulis lahir di Padang, 30 Juni 1972. Menempuh Pendidikan S1 Pendidikan di Universitas Negeri Padang Lulus Tahun 2004, selanjutnya Pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Nan Tongga Lubuk Alung lulus Tahun 2011, selanjutnya menempuh Profesi Ners di STIKes yang sama lulus tahun 2012. Dan melanjutkan Pendidikan S2 Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang lulus tahun 2018. Saat ini Aktif sebagai Dosen di STIKes Syedza Saintika Padang dan sebelumnya pernah menjadi dosen di STIKes Nan Tongga Lubuk Alung, STIKes Amanah Padang dan Universitas Sumatera Barat. Buku Pertama penulis berjudul Praktik Laboratorium Keperawatan Maternitas tahun 2022. Dalam bidang organisasi saat ini penulis adalah sebagai Pengurus Himpunan Perawat Manejer Indonesia (HPMI) Provinsi Sumatera Barat. dan sebagai Wakil Ketua Bidang Pendidikan dan Latihan di DPD PPNI Kabupaten Padang Pariaman.  
Kontak Email : elizaeliza7252@gmail.com



### **Lina, Amd.Kep, SKM, M.Kes.**

Dosen di Prodi D.III Keperawatan Langsa Poltekkes Aceh sejak tahun 2001 dan mengajar pada beberapa mata kuliah: keperawatan dasar, keperawatan anak, gizi dan diet, Kewirausahaan, dasar – dasar metode penelitian dan psikologi keperawatan. Penulis merupakan lulusan D.III Keperawatan Langsa dan Magister Kesehatan di Universitas Sumatra Utara (USU) tahun 2012. Penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang Kesehatan dalam rangka melaksanakan tugas tridharma perguruan tinggi sebagai dosen.

Hasil kegiatan tersebut dipublikasikan di jurnal nasional dan internasional. Selain mengajar, penulis juga sebagai pengelola penjamin mutu di institusi. Penulis jmenulis beberapa buku dan aktif mengikuti webinar, pelatihan termasuk pelatihan MOT dan TOT. Penulis juga aktif menjadi pengurus dan anggota DPD PPNI Kota Langsa. Kedepannya, penulis akan terus berupaya meningkatkan kapasitas baik sebagai pengajar, peneliti, pengabdi, penulis buku ilmiah, narasumber pelatihan dan sebagainya. "Kerjakan Sesuatu dengan Benar Surga Untukmu" Email: usalinamyasin@gmail.com

## **PROFIL PENULIS**



### **Ns. Martha Katarina Silalahi, S.Kep., M.Kep**

Lahir dan besar di Porsea, Sumatera Utara. Meraih gelar Sarjana Keperawatan dan Ners dari STIKes Mutiara Indonesia Medan dan pendidikan Magister Keperawatan dari STIK Sint Carolus Jakarta Pusat. Saat ini penulis aktif sebagai dosen pengajar dan juga menjabat sebagai pembimbing kemahasiswaan di Prodi Keperawatan Universitas MH Thamrin Jakarta sampai sekarang. Selain itu penulis juga aktif melakukan tridharma perguruan tinggi, dan menulis di jurnal ilmiah nasional yang terakreditasi maupun yang tidak terakreditasi. Penulis dapat dihubungi melalui email : martha766hi@gmail.com



### **Sari Octarina Piko, SKM, M.Kes**

Penulis lahir di Palembang, 24 Oktober 1986. Menempuh Pendidikan DIII Keperawatan di STIKES Perdhaki Charitas Palembang lulus Tahun 2007, selanjutnya Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Kader Bangsa Palembang lulus Tahun 2011 dan Pendidikan Megister Kesehatan Ilmu Biomedik Bidang Kajian Ilmu Fisiologi di Universitas Sriwijaya Palembang lulus Tahun 2013. Penulis pernah bekerja di RSRK. Charitas Palembang Tahun 2007-2008, RS. Pusri Palembang Tahun 2009-2017. Penulis mulai mengajar di DIII Keperawatan Akper Pembina Palembang dari Tahun 2015-2021 sebagai Dosen Tetap Luar Biasa. Penulis saat ini mulai aktif sebagai Dosen dan menduduki jabatan Wadir 1 di Akper Pembina Palembang mulai Tahun 2021. Pada Tahun 2023, diangkat menjadi Sekretaris Prodi DIII Keperawatan STIKES Pembina Palembang. Penulis Juga aktif menjadi pengurus dan anggota IPANI DPD Kota Palembang Sumatera Selatan. Penulis juga aktif dalam penulisan Buku Ajar dan Buku Soal Ukom untuk DIII Keperawatan.

Email: sarioktarinapiko@gmail.com



### **Herwinda Sinaga, S.Kep, Ners, M.Kep.**

Penulis dilahirkan di Kota Tebing Tinggi pada tahun 1984 dan dibesarkan di Kota Bandung Jawa Barat. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Immanuel (STIK Immanuel) dan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran (UNPAD). Penulis bekerja sebagai dosen pada tahun 2010 dan saat ini mendapat amanah sebagai Kepala Unit Pengelola Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan Immanuel Kota Bandung. Bidang Keilmuan penulis adalah Manajemen Keperawatan, aktifitas penulis saat ini sebagai pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tingkat komisariat, menjadi narasumber dan melakukan kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi; Pengajaran dan Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat.. Email bonorsinagaerwin@gmail.com

## **PROFIL PENULIS**



### Ester Radandima

Staf dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi Keperawatan Waingapu, Lahir di Sumba Timur 04 Mei 1978. Penulis menempuh Sekolah Dasar Masehi Kondamara 1, SMPN1 Lewa, SMA Kristen Payeti yang berada di Kabupaten Sumba Timur, tamat DIII Keperawatan di Prodi Keperawatan Waingapu tahun 2005, Lulus CPNS Tahun 2006 dan langsung di tempatkan kembali pada Program Studi Keperawatan Waingapu .Tahun 2010 melanjutkan Pendidikan S1 dan profesi Ners di Universitas Udayana, dan menempuh pendidikan program pasca sarjana di Universitas Airlangga Peminatan Komunitas Tahun 2017 dan lulus Tahun 2019. Penulis memiliki kompetensi keperawatan terutama dibidang keperawatan komunitas khususnya keperawatan gerontik dan keperawatan Keluarga. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan yaitu gerontic dan keluarga. Penulis juga melakukan Tri Darma Perguruan Tinggi yaitu melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang penulis lakukan telah dipublikasikan pada Jurnal Keperawatan Nasional terakreditasi dan internasional Penulis telah menyusun *book chapter* dan buku ajar, buku ajar ini merupakan buku ajar yang ketiga yang penulis tulis. Semoga kedepannya penulis terlibat aktif dalam menulis buku ajar, *book chapter*, monograf dan buku referensi.

Email Penulis: esterndima29@gmail.com



### Dr. Betty Suprapti, SKp. MKes

Penulis dilahirkan di ciamis pada tahun 1958. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Akper Oten Bandung dan lulus pada tahun 1980, S1 keperawatan pada PSIK-FK UI lulus th 1992 dan S2 Manajemen pelayanan kesehatan di UGM lulus th 2002, selanjutnya mengikuti pendidikan S3 minat manajemen pendidikan di UNINUS Bandung lulus th 2019. Penulis bekerja di pendidikan keperawatan sejak tahun 1981 sd sekarang, yaitu awal sebagai Guru SPK Depkes Tasikmakaya, dosen Akper Depkes Tasikmalaya, dosen Poltekkes Tasikmalaya sampai 30 maret 2023 dan saat ini sebagai dosen di Prodi keperawatan Universitas BTH Tasikmalayp. Sampai saat ini Penulis aktif menjalankan Tri darma perguruan tinggi. Email: bettysuprapti@gmail.com

## **SINOPSIS**

Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Dasar ini merupakan kompilasi dari penjelasan lengkap sepuluh keterampilan dasar perawat dalam Mata Kuliah Keperawatan Dasar bagi mahasiswa keperawatan. disusun oleh 10 orang dosen perawat dari berbagai institusi pendidikan keperawatan. Buku ini menjadi istimewa karena dilengkapi foto original untuk setiap tahapan prosedur dan disertai rasional tindakan sehingga sangat membantu mahasiswa dalam memahami langkah-langkah prosedur tindakan keperawatan seperti pemasangan infus, pemberian oksigen hingga pemasangan kateter urine.

Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Dasar ini merupakan kompilasi dari penjelasan lengkap sepuluh keterampilan dasar perawat dalam Mata Kuliah Keperawatan Dasar bagi mahasiswa keperawatan. disusun oleh 10 orang dosen perawat dari berbagai institusi pendidikan keperawatan. Buku ini menjadi istimewa karena dilengkapi foto original untuk setiap tahapan prosedur dan disertai rasional tindakan sehingga sangat membantu mahasiswa dalam memahami langkah-langkah prosedur tindakan keperawatan seperti pemasangan infus, pemberian oksigen hingga pemasangan kateter urine.



Penerbit :

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

ISBN 978-623-8411-62-7

A standard linear barcode is displayed, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background. The number '9' is at the bottom left, followed by the barcode, and the numbers '786238' and '411627' at the bottom right.

9 786238 411627



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022