

BUKU AJAR KEPERAWATAN DASAR BERBASIS PRAKTIK

Sulastri, SKp., M.Kep.

Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.
Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.
Lina Indrawati, S.Kep., Ns, M.Kep.
Indriatie, SKp., M.Mkes.
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep.
Nadia Alfira, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wahyu Riniasih, S.Kep., Ns., M.Kep.
Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.Kes.
Fenti Hasnani, S.Kep., Ners., MA.Kes.
Ratna Ningsih, SKp., M. Kep.
Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes.



BUKU AJAR

KEPERAWATAN DASAR BERBASIS PRAKTIK

Penulis:

Sulastri, SKp., M.Kep.
Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.
Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.
Lina Indrawati, S.Kep., Ns, M.Kep.
Indriatie, SKp., M.Mkes.
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep.
Nadia Alfira, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wahyu Riniasih, S.Kep., Ns., M.Kep.
Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.Kes.
Fenti Hasnani, S.Kep., Ners., MA.Kes.
Ratna Ningsih, SKp., M. Kep.
Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes.



BUKU AJAR

KEPERAWATAN DASAR BERBASIS PRAKTIK

Penulis:

Sulastri, SKp., M.Kep.
Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.
Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.
Lina Indrawati, S.Kep., Ns, M.Kep.
Indriatie, SKp., M.Mkes.
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep.
Nadia Alfira, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wahyu Riniyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.Kes.
Fenti Hasnani, S.Kep., Ners., MA.Kes.
Ratna Ningsih, SKp., M. Kep.
Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes.

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-66-5

Cetakan Pertama:
Desember, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2023
by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

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

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmatNya, akhirnya penyusunan *Buku Buku Ajar Keperawatan Dasar Berbasis Praktik* ini dapat diselesaikan. Mengingat capaian pembelajaran mata kuliah keperawatan dasar merupakan hal yang penting bagi lulusan Diploma III Keperawatan maka buku ini sangat membantu mahasiswa dalam membekali diri dengan kemampuan praktik yang trampil dan kemampuan analisis yang baik.

Buku Ajar Keperawatan Dasar Berbasis Praktik ini dapat digunakan sebagai salah satu bahan ajar bagi mahasiswa dalam memahami setiap langkah prosedur tindakan keperawatan dasar secara tepat dan jelas karena dilengkapi dengan rasional dan gambar yang menarik. Buku ini disusun dan disajikan dalam bentuk tulisan yang agak berbeda dari buku-buku standar prosedur operasional yang sudah ada. Buku ini mudah dipahami sehingga dapat diaplikasikan secara langsung oleh mahasiswa. Akhir kata, penulis mengucapkan terimakasih kepada semua penulis telah berkontribusi dan kepada pihak *Optimal* yang telah memfasilitasi penulisan buku ini.

Jakarta, Desember 2023

Penulis

KATA SAMBUTAN

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

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

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

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

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

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

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



DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| KATA SAMBUTAN | iv |
| DAFTAR ISI..... | v |
| BAB I MENCEGAH DAN MENGELOLA ULKUS TEKANAN..... | 1 |
| BAB II PERAWATAN LUKA KRONIK (DIABETIK) | 15 |
| BAB III MENGGANTI BALUTAN KERING..... | 25 |
| BAB IV IRIGASI LUKA..... | 35 |
| BAB V MENYIAPKAN SPECIMEN DRAINASE LUKA UNTUK KULTUR | 49 |
| BAB VI PEMBERIAN OBAT SALEP MATA..... | 59 |
| BAB VII PROSEDUR PEMBERIAN OBAT TOPIKAL TELINGA..... | 69 |
| BAB VIII PEMBERIAN OBAT MELALUI BUKAL..... | 79 |
| BAB IX PEMBERIAN OBAT VAGINAL SUPPOSITORIA..... | 87 |
| BAB X PEMBERIAN OBAT REKTAL SUPOSITORIA..... | 101 |
| BAB XI RELAKSASI NAPAS DALAM DAN BATUK EFEKTIF | 117 |
| BAB XII PEMAKAIAN DAN PELEPASAN MASKER RESPIRATORIK PARTIKULAT . | 127 |
| BAB XIII PENYULUHAN KESEHATAN | 133 |
| PROFIL PENULIS..... | 141 |

BAB I

MENCEGAH DAN MENGELOLA

ULKUS TEKANAN

Sulastri, SKp, M.Kep



BAB I

MENCEGAH DAN MENGELOLA ULKUS TEKANAN

Sulastri, SKp, M.Kep

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat kulit yang mengalami tekanan eksternal secara terus menerus serta melakukan perawatan ulkus sebagai upaya peningkatan penyembuhan jaringan kulit atau di bawah kulit akibat tekanan.

2. Tujuan

- a. Mencegah terjadinya kerusakan jaringan kulit dan di bawah kulit akibat tekanan
- b. Meningkatkan proses penyembuhan ulkus
- c. Mencegah terjadi infeksi

3. Indikasi

- a. Pasien yang bedrest karena immobilisasi
- b. Pasien dengan ulkus tekanan

4. Kontraindikasi (miring kiri dan kanan)

- a. Pasien trauma tulang belakang
- b. Pasien fraktur trochanter femur

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

Hati-hati jika harus melakukan mobilisasi (menggeser atau miring kiri dan kanan) pada pasien trauma tulang belakang dan fraktur trochanter femur

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 62 tahun dirawat di RS karena trauma tulang vertebra lumbalis akibat kecelakaan. Hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri saat menggeser atau menggerakkan kakinya, hasil CT Scan terjadi fraktur pada vertebra lumbalis 1-3, kekuatan tonus otot pada ekstremitas bawah kiri kanan 1. Pasien dianjurkan untuk bedrest dan direncanakan dilakukan tindakan pembedahan.

Pertanyaan:

Apakah tindakan keperawatan yang tepat untuk mencegah komplikasi akibat immobilisasi pada kasus tersebut?

- a. membantu reposisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam
- b. mengolesi minyak urut yang panas pada punggung
- c. melakukan *range of motion* aktif dan pasif
- d. memberikan suplemen yang cukup
- e. mengajarkan teknik relaksasi

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci Jawaban: a

- a. Membantu reposisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam (jawaban benar), karena reposisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam dapat mempertahankan perfusi jaringan yang tertekan.
- b. Mengolesi minyak hangat pada punggung pasien (jawaban salah), karena minyak hangat dapat menyebabkan punggung terasa panas dan tidak nyaman jika tertekan. Area yang tertekan akibat immobilisasi pada ekstremitas bawah pada kasus tidak hanya punggung tapi juga bokong dan tumit.
- c. Melakukan range of motion aktif dan pasif (jawaban salah), karena ROM aktif dan pasif bertujuan mempertahankan kelenturan sendi tapi tidak meningkatkan perfusi jaringan yang tertekan.
- d. Memberikan suplemen yang cukup (jawaban salah) karena pemberian suplemen hanya tindakan penunjang dan suplemen yang diberikan tidak disebutkan secara spesifik.
- e. Mengajarkan teknik relaksasi (jawaban salah), karena teknik relaksasi bertujuan untuk mengurangi nyeri, ketegangan otot dan kecemasan, tapi tidak meningkatkan perfusi jaringan yang tertekan.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi | |
| 1. Kaji kemampuan mobilisasi pasien dan kekuatan otot | 1. Mobilisasi dan kekuatan otot yang menurun merupakan faktor resiko terjadinya tekanan pada jaringan kulit dan menyebabkan kerusakan jaringan  |
| 2. Kaji adanya nyeri | 2. Nyeri merupakan indikator adanya kerusakan jaringan akibat tekanan  |
| 3. Kaji adanya kerusakan jaringan | 3. Kerusakan jaringan merupakan masalah keperawatan yang dapat terjadi akibat tekanan  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi | |
| 1. Persiapan Alat | |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1) Handscoen bersih 2) Handscoen steril 3) Set perawatan luka steril 4) Cairan pencuci luka (antiseptik) 5) Dressing luka (sesuai kebutuhan) 6) Obat luka salep/cream (jika diperlukan) 7) Tirai/scerem 8) Bengkok atau plastik kuning (tempat sampah infeksi) 9) Alas (underpad) |  |
| <p>2. Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ucapan salam dan perkenalkan diri | <ol style="list-style-type: none"> 1) Salam dan perkenalan diri merupakan pembuka pertemuan yang dapat meningkatkan rasa saling percaya  |
| <ol style="list-style-type: none"> 2) Identifikasi identitas pasien | <ol style="list-style-type: none"> 2) Memastikan benar pasien  |
| <ol style="list-style-type: none"> 3) Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | <ol style="list-style-type: none"> 3) Tujuan dan prosedur yang jelas dapat meningkatkan sikap kooperatif pasien |

| | |
|--|--|
| |  |
| 4) Tinggikan tempat tidur dan atur posisi nyaman | 4) Posisi yang nyaman meningkatkan kinerja dan mencegah cedera  |
| 3. Persiapan Lingkungan | |
| 1) Jaga privasi pasien (tutup tirai) | 1) Bentuk penghargaan terhadap privasi pasien  |
| 2) Turunkan penghalang tempat tidur | 2) Menghilangkan pembatas dalam melakukan tindakan pada pasien  |
| 3) Atur penerang ruangan (jika dibutuhkan) | 3) Penerangan yang baik memudahkan dalam mengobservasi keadaan kulit dan ulkus dan memudahkan melakukan tindakan |

| | |
|---|--|
| |  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| C. Fase Kerja | |
| 1) Cuci tangan | 1) Tangan yang tidak bersih menjadi media transmisi mikroorganisme  |
| 2) Pakai handscoen | 2) Handscoen sebagai pelindung diri perawat maupun pasien terhadap transmisi mikroorganisme  |
| 3) Kaji keadaan kulit yang mengalami tekanan seperti sacrum, tulang ekor, bokong, tumit, iskium, trochanters dan siku menggunakan skala Braden untuk memprediksi resiko ulkus tekanan | 3) Deteksi tanda-tanda kerusakan jaringan secara dini pada area yang tertekan agar dapat dilakukan tindakan secara cepat dan tepat  |

| | |
|---|--|
| 4) Berikan pelembab atau lotion pada area yang tertekan dan kulit yang kering | 4) Kulit yang kering lebih beresiko terhadap cedera akibat tekanan  |
| 5) Lakukan massage jika diperlukan | 5) Massage dapat merilekskan otot dan meningkatkan sirkulasi  |
| 6) Lakukan reposisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam | 6) Reposisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam dapat mempertahankan perfusi jaringan yang tertekan  |
| 7) Berikan bantalan pada area kulit yang mengalami tekanan | 7) Bantalan dapat mengurangi tekanan pada area yang tertekan |

| | | |
|--|--|--|
| | |  |
| 8) Bantu pasien memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi yang cukup | 8) Hidrasi dan nutrisi yang cukup dapat meningkatkan kesehatan sel-sel tubuh sehingga lebih tahan terhadap cedera. |  |
| Lakukan perawatan luka jika ada ulkus | | |
| 1) Atur posisi miring kiri atau kanan sesuai kebutuhan pasien | 1) Memudahkan observasi dan menjakau area luka saat tindakan perawatan |  |
| 2) Buka pakaian bawah pasien jika diperlukan | 2) Mengekspos area luka |  |
| 3) Mendekatkan peralatan yang dibutuhkan ke tempat kerja. | 3) Perawat lebih efektif saat mengambil peralatan yang dibutuhkan saat perawatan luka | |

| | | |
|--|--|--|
| | |  |
| 4) Menyiapkan alat dan cairan pencuci luka | 4) Peralatan steril dan cairan pencuci luka dibutuhkan untuk pencucian dan perawatan luka |  |
| 5) Memasang perlak/underpad | 5) Membatasi paparan cairan luka, meyediakan area bersih sekitar luka |  |
| 6) Membuka balutan (jika luka sudah dibalut), buang balutan kedalam kantong plastik kuning | 6) Memfasilitasi ekspos luka dan membatasi paparan mikroorganisme yang berasal dari balutan luka |  |
| 7) Membuka handscoen, mencuci tangan dan mengganti dengan handscoen steril | 7) Membersihkan kotoran dan mikroorganisme dan menjaga kontaminasi pada luka | |

| | | |
|---|--|--|
| | |  |
| 8) Mencuci luka dengan sabun pencuci luka dengan lembut dan gentle, kemudian bilas dengan NaCl 0,9% atau cairan pencuci luka nontoxic | 8) Memfasilitasi kebersihan luka tanpa menimbulkan kerusakan jaringan dan rasa nyeri yang berlebihan |  |
| 9) Mengeringkan luka dengan kassa steril | 9) Luka yang basah menjadi media perkembangan mikroorganisme |  |
| 10) Mengangkat jaringan mati (slough dan nekrosis) | 10) Jaringan mati dapat menghambat masuknya obat, proses granulasi dan media berkembangbiak mirokorganisme |  |

| | |
|---|--|
| 11) Mengkaji dan mendokumentasikan kondisi luka (stadium, warna dasar, warna kulit sekitar luka, eksudat/cairan luka) | 11) Sebagai dasar penentuan obat dan dressing dan evaluasi perkembangan penyembuhan luka  |
| 12) Memberikan obat salep/cream sesuai kebutuhan luka jika dibutuhkan | 12) Sebagai agen stimulasi pertumbuhan jaringan, anti inflamasi dan membunuh bakteri  |
| 13) Balut luka dengan dressing yang sesuai dengan jenis drainase dan warna luka | 13) Menyerap eksudat, memberikan tekanan dan menutup luka  |
| 14) Fiksasi balutan luka | 14) Mempertahankan kepatenan balutan luka  |
| D. Fase Terminasi | |
| 1) Rapikan pasien | 1) Kerapihan dapat meningkatkan rasa nyaman dan istirahat pasien |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| | |  |
| 2) Rapikan alat | 2) Kebersihan dan kerapian alat dapat mencegah infeksi dan meningkatkan kenyamanan |  |
| 3) Cuci tangan | 3) Tangan yang tidak bersih menjadi media transmisi mikroorganisme |  |
| 4) Beri reinforcement positif | 4) Bentuk penghargaan dan meningkatkan motivasi pasien |  |
| 5) Berikan edukasi sesuai kebutuhan | 5) Pengetahuan yang meningkat membantu dalam intervensi pencegahan dan pengelolaan ulkus tekanan | |

| | |
|---|--|
| |  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan | 1) Respon pasien terhadap tindakan merupakan umpan balik bagi perawat |
| 2. Evaluasi keluhan dan kondisi yang berhubungan dengan integritas kulit atau ulkus | 2) Sebagai evaluasi perkembangan integritas dan ulkus pasien |
| 3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | 3) Dokumentasi merupakan pertanggungjawaban perawat dan aspek legal tindakan keperawatan |
| Sikap | |
| 1. Melakukan tindakan dengan sistematis | 1) Tindakan lebih teratur dan terarah sesuai dengan SOP |
| 2. Komunikatif dan memperhatikan respon pasien | 2) Interaksi dua arah dan bentuk kepedulian terhadap respon pasien |
| 3. Percaya diri | 3) Meyakinkan pasien terhadap kemampuan perawat |

Daftar Pustaka

Gitarja, W.S. (2017) Perawatan Luka. Bogor: Yayasan Wocare Indonesia

PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

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

Ranukusuma, C.M. (2022) Luka Dekubitus dan Pencegahannya. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/874/luka-dekubitus-dan-pencegahannya

Rosdahl, B.C dan Kowalski, T.M. (2017) Buku Ajar Keperawatan Dasar. Edisi 10. Jakarta: EG

BAB II

PERAWATAN LUKA KRONIK (DIABETIK)

Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.



BAB II

PERAWATAN LUKA KRONIK (DIABETIK)

Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.

1. Definisi

Luka Kronis adalah suatu kondisi luka yang mana proses penyembuhan luka tidak sesuai dengan teori penyembuhan luka, dimana telah melewati batas waktu yang telah ditentukan dalam penyembuhan luka fisiologis. Luka kronis membutuhkan perawatan dari semua aspek dalam proses penyembuhannya. Luka kronis terjadi akibat komplikasi dari luka akut yang tidak mendapatkan perawatan yang tepat atau merupakan komplikasi dari penyakit seperti diabetes mellitus, penyakit arteri perifer dan stroke.

Karakteristik luka kronis dimana terdapatnya *slough*, jaringan nekrotik serta inflamasi yang memanjang, sehingga diperlukan metode autolitik debridemen.

2. Tujuan

Tujuan perawatan luka kronis, meliputi :

- a. Menyiapkan dasar luka/*wound bed preparation* untuk menunjang penyembuhan luka yang meliputi empat aspek : *Tissue management, Inflammation, Moist Balance* dan *Edge of the wound* yang dikenal dengan istilah TIME
- b. Menciptakan keadaan luka dalam kondisi *moist*/lembab
- c. Mempercepat proses autolisis
- d. Mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah komplikasi amputasi dan kecacatan

3. Indikasi

- a. Luka diabetik ulcer neuropati
- b. Luka diabetik ulcer iskemik
- c. Luka diabetik ulcer arterial
- d. Luka diabetik venous
- e. Luka diabetik dengan trauma
- f. Luka diabetik foot ulcer

4. Kontraindikasi

- a. Hindari lingkungan yang ekstrim (dingin)
- b. Hindari kompresi

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

- a. Perhatikan prinsip steril dalam melaksanakan tindakan
- b. Perhatikan keamanan dan kenyamanan pasien

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 65 tahun dirawat di bangsal penyakit dalam dan memiliki riwayat penyakit diabetes yang cukup lama dan saat ini terjadi luka yang secara tiba-tiba saat pasien melepaskan sendalnya. Luka muncul awalnya seperti bula sejak seminggu yang lalu dan pecah sehingga pasien dirawat di rumah sakit. Pada saat pemeriksaan didapatkan gula darah diatas 220 gr/L. Hasil pengkajian luka didapatkan data granulasi 90%, slough 10%, epitelisasi 25%, biofilm 60%, hiperpigmentasi pada area pinggir luka, terdapat eksudat purulent, luas luka = Panjang x lebar= 13 x 6,5

Pertanyaan:

Apakah intervensi keperawatan pada kasus tersebut di atas?

- a. Perawatan luka Kronis
- b. Perawatan luka akut
- c. Kontrol gula darah
- d. Ajarkan senam kaki diabetik
- e. Beri pendidikan kesehatan

7. Pembahasan soal kasus

Kunci Jawaban: a

Berdasarkan kasus diatas dengan hasil pengkajian luka pasien, maka intervensi keperawatan yang dilakukan adalah perawatan luka kronis, hal ini dikarenakan luka kronis merupakan luka yang mana proses penyembuhannya tidak sesuai dengan teori penyembuhan luka normal serta kompleks dengan berbagai faktor penghambat dalam proses penyembuhan luka. Adapun proses perawatan luka kronis sebagai berikut:

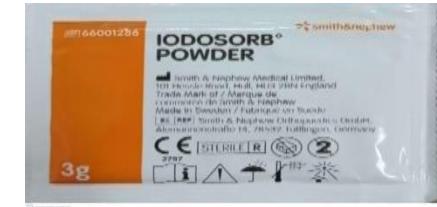
- a. Mencuci luka dengan sabun antiseptik gentle atau normal salin

- b. Kaji luka : luas luka meliputi panjang dan lebar luka, warna dasar luka merah, eksudate serous moderate, penggiran luka maserasi dan edema
- c. Debridemen luka dilakukan dengan metode mekanik dengan menggunakan pinset untuk membuang bio film dan menggunakan gunting untuk membuang slough, hal ini dilakukan untuk memberikan lingkungan yang kondusif/moist untuk pertumbuhan jaringan granulasi dan epitelisasi
- d. Pemilihan balutan mempertimbangkan mengatasi inflamasi, mengelola eksudat dan tepi luka tidak menebal, sehingga pilihan primer dressing. Adapun pilihan primer dressing yang digunakan adalah : untuk anti mikroba gunakan Dermazone, untuk meningkatkan pertumbuhan granulasi dan epitel gunakan madu, untuk absorpsi eksudat gunakan: alginate. Sementara untuk secondary dressing dapat menggunakan pad/Kassa non adsif, kassa gulung
Penggunaan dressing dapat membunuh atau mengendalikan mikroba dan menjaga homeostasis luka.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kesiapan dan pemenuhan kebutuhan dasar pasien seperti mandi, makan sebelum dilakukan tindakan 2. Evaluasi laporan perkembangan luka sebelumnya | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan dampak gangguan pemenuhan dasar 2. Menilai perkembangan penyembuhan luka |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Set red Dressing/perawatan luka 1 paket (terdiri: pinset anatomis 1 buah, pinset cirugis 1 buah, gunting jaringan/debridemen 1 buah) 2) Sarung tangan bersih 1 pasang 3) Sarung tangan steril 1 pasang 4) Balutan modern 1 paket sesuai kebutuhan luka (hidrokoloid, hidrogel, | |

| | |
|--|--|
| <p>alginate, antimicrobial, foam atau gauze non adheren)</p> <p>5) Underpad 2 buah (tergantung luas luka)</p> <p>6) Bengkok/nierbeken 1 buah (berisi larutan klorin, tempat meletakan alat yang tidak digunakan kembali dan terkontak dengan luka pasien</p> <p>7) Plastik sampah 1 buah</p> <p>8) Spuit 10 cc, jika dibutuhkan dan ditemui adanya luka yang terdapat undermaining/goa untuk mengirigasi luka</p> <p>9) Cairan antiseptik atau handscrub</p> <p>10) Kassa steril dan kassa gulung sesuai kebutuhan</p> <p>11) Cairan normal saline atau larutan antiseptik gentle untuk cuci luka</p> <p>12) Kapas lidi steril (untuk mengukur kedalam goa/undermaining)</p> <p>13) Plester putih atau crepe bandage untuk fiksasi balutan</p> <p>14) Gunting perban/plester</p> <p>15) Masker</p> <p>16) Skor/gaun pelindung</p> <p>17) tirai</p> |  |
| <p>Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien meliputi 2 dari 3 identitas pasien, seperti nama dan tanggal lahir Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) | <ol style="list-style-type: none"> Memastikan keselamatan pasien Memastikan keselamatan dan kenyamanan pasien Meningkatkan rasa nyaman pasien |
| <p>Persiapan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasang tirai/sampiran | Menjaga privasi dan kenyamanan pasien |
| <p>Implementation (I) : Implementasi</p> | |
| <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan salam dan perkenalkan diri | |

| | |
|--|--|
| <p>2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan serta kontrak waktu yang dibutuhkan</p> <p>3. Berikan kesempatan bertanya</p> <p>4. Jaga privasi</p> | <p>Memastikan keselamatan dan keamanan pasien</p> |
| <p>5. Pasang skor</p> <p>6. Pasang masker</p> | <p>Mengurangi perpindahan mikroorganisme</p>  |
| <p>7. Pasang underpad pada lokasi luka dan dekatkan plastik sampah di sekitar lokasi luka</p> <p>8. Siapkan normal saline atau larutan antiseptik gentle dan sabun cuci luka</p> <p>9. Cuci tangan dengan handwash atau handsrub dan pasang sarung tangan bersih</p> | |
| <p>10. Buka plester atau perban searah tumbuhnya rambut dan buka balutan lama dan buang ke plastik sampah, jika saat membuka balutan susah untuk diangkat, maka lakukan kompres dengan menuangkan cairan normal saline, diamkan sesaat agar mudah untuk dilepaskan</p> |  |
| <p>11. Cuci luka menggunakan normal saline atau larutan antiseptik gentle atau sabun luka, jika</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>menggunakan sabun luka bilas kembali dengan normal saline</p> <p>12. Keringkan dengan kasa steril dan ganti underpad</p> |  |
| <p>13. Lakukan pengkajian luka, meliputi: luas luka, kedalaman luka, warna dasar luka, apakah ada goa.Selanjutnya dengan melakukan penilaian pada luka dapat ditentukan kebutuhan akan cairan pencuci luka balutan yang dibutuhkan</p> <p>14. Pilih balutan sesuai kondisi luka dan pertimbangan metode TIME:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hidrogel, jika diperlukan autolis debridemen pada ajiringan nekrotik dan slough 2) Antimikrobial dressing untuk mengontrol inflamasi atau infeksi 3) Hidrokoloid, alginate atau foam untuk mengelola eksudat dan mencegah maserasi untuk melindungi pinggiran luka 4) Kasa sebagai sekunder dressing |    |

| | |
|--|---|
| |   <p>Kandungan Ion Silver</p> |
| 15. Berikan plester atau crepe bandage sesuai kebutuhan |  |
| Fase Terminasi 1. Beri <i>reinforcement positif</i> 2. Rapikan alat 3. Cuci tangan | Mengurangi penyebaran mikroorganisme |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi respon klien dan berikan edukasi untuk perawatan di rumah 2. Adanya tanda-tanda infeksi dan tingkat penyembuhan luka 3. Toleransi pasien terhadap prosedur yang dilakukan 4. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan, meliputi: 1) Lokasi dan jenis luka | |

| | |
|--|--|
| <p>2) Status balutan sebelumnya</p> <p>3) Status luka dan jenis cairan dan balutan yang digunakan</p> <p>4) Karakteristik drainage (jumlah, warna, konsistensi, bau)</p> <p>5) Obat dan cairan yang digunakan untuk merawat luka</p> | |
| Sikap | |
| <p>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>2. Memperhatikan body alignment saat melakukan tindakan</p> <p>3. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>4. Komunikatif dengan pasien</p> <p>5. Percaya diri</p> | |

Daftar Pustaka

- Bryan, R, and Nix, D. (2007) *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts*. 3rd ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby
- Carville, K. (2007) *Wound Care: Manual*. 5 ed. Osborne Park: Silver Chain Foundation
- Dowsett, C. (2002) The Role Of The Nurse in Wound Bed Preparation. *Nursing Standard*, 16(44):69-76
- Fletcher, J. (2008) *Difference between Acute and Chronic Wound and The Role of Wound Bed Preparation*. *Nursing Standar*, 22(24):62-68
- Wijaya, I. M. S. (2018) *Perawatan Luka Dengan Pendekatan Multidisiplin*. Ed 1. Yogyakarta

BAB III

MENGGANTI BALUTAN KERING

Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.



BAB III

MENGGANTI BALUTAN KERING

Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.

1. Definisi

Mengidentifikasi luka, membersihkan luka, meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi pada luka.

2. Tujuan

- a. Untuk membersihkan luka
- b. Mencegah kuman dan kotoran masuk kedalam luka
- c. Mengobati luka
- d. Memberikan rasa aman dan nyaman
- e. Mengevaluasi kesembuhan luka.

3. Indikasi

- a. Luka yang baru terjadi maupun luka yang sudah lama
- b. Luka post operasi
- c. Luka bersih
- d. Luka kotor

4. Kontraindikasi

- a. Balutan dapat menyebabkan kondisi terlalu lembab menimbulkan mikroorganisme dapat hidup
- b. Balutan dapat membuat iritasi pada luka akibat adanya gesekan

5. Hal yang perlu diperhatikan :

- a. Cuci tangan
- b. Tidak menyentuh luka secara langsung
- c. Penggantian balutan ketika sudah terlihat kotor dan tampak adanya tanda dan gejala infeksi

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 28 tahun, dirawat diruang bedah dengan post ORIF hari ketiga. Hasil Pengkajian: nyeri dan sakit saat digerakkan, terdapat

luka operasi di ekstermitas kanan atas, luka dibalut kasa, tidak terdapat rembesan pada luka,

Pertanyaan:

Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. identifikasi karakteristik luka
- b. ajarkan teknik non farmakologis
- c. berikan rasa nyaman
- d. anjurkan tirah baring setiap 2 jam
- e. lakukan perawatan luka

7. Pembahasan soal kasus

Kunci Jawaban: e

Pada pasien post ORIF hari ketiga dengan hasil pengkajian terdapat luka operasi di ekstermitas kanan atas, luka dibalut kasa, tidak terdapat rembesan pada luka terasa nyeri dan sakit saat digerakkan maka tindakan yang harus dilakukan pada pasien tersebut adalah melakukan perawatan luka dengan mengganti balutan menggunakan balutan kering karena luka pada pasien adalah luka bersih sehingga dilakukan penggantian balutan dengan balutan kering.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi | |
| 1. Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka 2. Mencuci tangan | Memastikan program pasien sesuai dengan <i>advice</i> Untuk mencegah dan mengendalikan infeksi  |

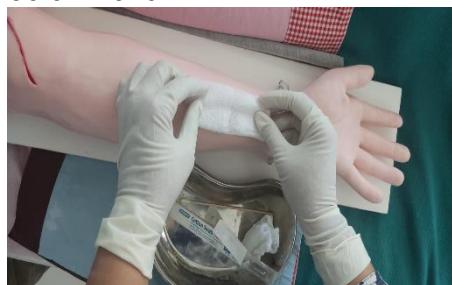
| | |
|--|--|
| Planning (P) : Perencanaan | |
| <p>B. Fase Orientasi</p> <p>1. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Set perawatan luka steril <ul style="list-style-type: none"> - Bak instrumen - 2 buah pinset anatomis - 1 buah pinset sirurgis - Gunting (menyesuaikan kondisi luka) - Balutan kassa dan kassa steril - Kom untuk larutan antiseptik/larutan pembersih - Salp antiseptic (bila diperlukan) - Depress - Lidi kapas - Handscoon steril 2) Larutan pembersih (NaCl) 3) Gunting perban/plester 4) handscoon sekali pakai/bersih 5) Plester atau heparfix, pengkait atau balutan sesuai kebutuhan 6) Bengkok 7) Perlak pengalas 8) Kantong untuk sampah 9) Korentang steril 10) Alcohol 70% 11) Troli |   |
| <p>2. Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien | <p>Untuk memastikan kesesuaian identitas pasien dengan tindakan yang akan dilakukan</p>  |

| | |
|--|--|
| 2) Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | Untuk memberikan gambaran kepada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan |
| 3. Persiapan Lingkungan 1) Tutup Tirai | Menutup tirai merupakan tindakan untuk menjaga privasi pasien terhadap tindakan yang akan dilakukan |
| 2) Atau turunkan penghalang tempat tidur | Memudahkan perawat melakukan tindakan  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| C. Fase Kerja | |
| 1. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum melakukan tindakan | Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya terkait tindakan yang akan dilakukan |
| 2. Dekatkan peralatan yang ada di troly disamping pasien (jangan membuka peralatan steril dulu) | Memudahkan dalam melakukan tindakan. |
| 3. Atur posisi pasien, instruksikan pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril | Menjaga dan mempertahankan kenyamanan pasien  |

| | |
|---|---|
| 4. Memasang perlak pengalas | <p>Menghindari area yang tidak terkontaminasi menjadi terkontaminasi</p>  |
| 5. Letakkan bengkok didekat pasien | <p>Mempermudah dalam membuang alat dan bahan setelah digunakan</p>  |
| 6. Gunakan handscoon bersih sekali pakai dan buka plester dari ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan kemudian buka balutan dengan pinset dan gunting jika diperlukan | <p>Mencegah dan mengendalikan infeksi</p>  |
| 7. Dengan handscoon bersih atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan pasien | <p>Mencegah terjadinya iritasi dan perdarahan pada luka</p> |

| | |
|--|--|
| |  |
| 8. Jika balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril/NaCl dan buang balutan pada bengkok | Mencegah terjadinya iritasi dan perdarahan pada luka  |
| 9. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan | Evaluasi perkembangan penyembuhan luka  |
| 10. Lepaskan handscoot dan buang pada bengkok | Mencegah terjadinya kontaminasi  |
| 11. Buka bak instrumen steril | Persiapan peralatan steril yang akan digunakan |

| | |
|---|---|
| |  |
| 12. Siapkan larutan pencuci luka steril yang akan digunakan | Sebagai agen pencuci luka dari mikroorganisme  |
| 13. Gunakan handscoon steril | Mencegah dan mengendalikan terjadinya infeksi  |
| 14. Inspeksi luka | Evaluasi keadaan luka  |
| 15. Bersihkan luka dengan larutan garam fisiologis (NaCl) | Mencuci luka dari mikroorganisme  |

| | |
|--|--|
| <p>16. Bersihkan luka dengan kasa, lakukan satu kali usapan pada setiap sisi kassa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bersihkan dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi 2) Gerakan dengan tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka 3) Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi. Usap dengan cara gerakan sirkuler | <p>Mencegah penyebaran bakteri atau kontaminasi pada luka</p>  |
| <p>17. Berikan salep antiseptic bila diperlukan (gunakan teknik seperti langkah pembersihan)</p> | <p>Mempercepat terjadinya proses granulasi</p>  |
| <p>18. Tutup luka dengan kassa steril</p> | <p>Mencegah bakteri masuk ke dalam luka</p>  |
| <p>19. Gunakan plester atau heparfix diatas balutan, fiksasi dengan ikatan atau balutan.</p> | <p>Fiksasi balutan luka</p>  |

| | |
|--|--|
| 20. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya | Meminimalisasi kontaminasi  |
| 21. Bantu pasien kembali pada posisi nyaman | Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien |
| D. Fase Terminasi | |
| 1. Mengevaluasi perasaan pasien 2. Menyimpulkan hasil tindakan 3. Melakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya dan mengakhiri kegiatan 4. Mencuci dan membereskan alat 5. Mencuci tangan | Mengetahui perasaan pasien Memberikan informasi hasil tindakan kepada pasien Kontrak waktu untuk tindakan lanjutan Mencegah dan mengendalikan infeksi |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi kondisi luka pasien 2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | |
| Sikap | |
| 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien 4. Percaya diri | |

Daftar Pustaka

- Arisanty, I. (2013). Konsep Dasar Manajemen Perawatan Luka. Jakarta : EGC
- Wijaya, M. (2018). *Perawatan Luka Dengan Pendekatan Multidisiplin*. Yogyakarta : Andi.
- Ariningrum. (2018). Buku Pedoman Keterampilan Klinis : Manajemen Luka. Surakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Tim Pokja PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta

BAB IV

IRIGASI LUKA

Lina Indrawati, S.Kep, Ns, M.Kep.



BAB IV

IRIGASI LUKA

Lina Indrawati, S.Kep, Ns, M.Kep.

1. Definisi

Irigasi luka yaitu membersihkan dan megirigasi luka pembedahan atau kronik seperti luka tekan (*pressure ulcer*). Gunakan larutan pembersih langsung ke luka baik dengan *spuit/syringe*, *spuit/ syringe* dan kateter, atau perangkat lavage lainnya. Saat menggunakan spuit atau jarum suntik, pertahankan posisinya 2.5 cm diatas luka. Jika pasien mempunyai luka yang dalam dengan lubang yang sempit, pasang *soft catheter* ke jarum suntik untuk memungkinkan cairan masuk ke dalam luka. Irigasi tidak boleh menyebabkan cedera jaringan atau ketidaknyamanan. Hindari retensi cairan pada luka dengan memposisikan pasien miring ke salah satu sisi untuk mendorong aliran irigan menjauh dari luka (Perry; Potter, 2015)

Tabel 4.1 Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pembersihan luka
(Alano, 2002)

| | Faktor mekanik | |
|--------------------------|--|--|
| | Tekanan tinggi | Tekanan rendah |
| Karakteristik dasar luka | <ul style="list-style-type: none">• Adanya jaringan nekrotik (eschar, fibrin slough), atau partikulat lainnya• Paparan bakteri yang signifikan• Eksudat dalam jumlah sedang atau besar | <ul style="list-style-type: none">• Adanya jaringan granulasi atau sel sel epitel• Eksudat non serous atau serous yang minimal atau serosanguineous |
| <i>Clinical outcomes</i> | <ul style="list-style-type: none">• Lunakkan dan hilangkan jaringan yang mengalami devitalisasi dari luka• Pisahkan eschar dari jaringan fibrotic atau granulasi | <ul style="list-style-type: none">• Cegah trauma terhadap jaringan luka• Pindahkan residu produk dari perawatan luka |
| <i>Solution</i> | <ul style="list-style-type: none">• Normal saline• Jumlahnya tergantung dari ukuran luka | <ul style="list-style-type: none">• Normal saline• Jumlahnya tergantung dari ukuran luka |

| | | |
|------------------------|---|---|
| <i>Delivery system</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Spuit ukuran 35 cc/ angiocatheter ukuran 19 | <ul style="list-style-type: none"> • Tuangkan langsung <i>saline</i> dari botolnya ke luka |
|------------------------|---|---|

2. Tujuan

- a. Membersihkan luka
- b. Mempertahankan drainage dari luka yang mengalami infeksi

3. Indikasi

- a. Luka kronik,
- b. Luka tekan
- c. Luka terinfeksi

4. Kontraindikasi

Luka akut dengan perdarahan

5. Hal yang perlu diperhatikan

Kemampuan melakukan irigasi luka tidak dapat di alihkan ke asisten perawat. Namun, perawat dapat mengalihkan atau mendelegasikan untuk membersihkan luka kronik menggunakan teknik bersih. Sudah menjadi tanggung jawab perawat untuk melakukan pengkajian karakteristik luka dan mendokumentasikan. Perawat dapat mengarahkan *Nursing assistive personnel (NAP)* untuk memberitahukan perawat jika luka sudah dibuka sehingga pengkajian luka bisa dilakukan. Laporkan jika pasien mengeluh nyeri (Jirkovský, 2014)

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan 60 tahun dirawat dengan DM type 2. Hasil pengkajian terdapat luka gangren pada bagian ekstremitas kanan bawah dorsalis pedis. Perawat sedang melakukan perawatan dan irigasi luka. Perawat telah mengatur posisi pasien.

Pertanyaan:

Apakah langkah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut di atas?

- a. Gosok luka secara perlahan dengan sabun
- b. Taruh handuk ekstra di bawah area luka
- c. Pasang sarung tangan

- d. Lepaskan plester
- e. Buka balutan

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci Jawaban: b

Perlu diperhatikan saat akan melakukan irigasi luka, pastikan tempat tidur tidak basah, sehingga area dibawah luka harus dipasang padding atau handuk ekstra.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi 1. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan irigasi luka 2. Kaji keadaan luka | 1. Mengidentifikasi kesiapan dan menyesuaikan dengan kebutuhan pasien saat dilakukan irigasi luka 2. Pengkajian luka yang tepat dapat menentukan teknik perawatan luka yang tepat |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi 1. Persiapan Alat (* = wajib ada) 1) Cairan fisiologis (NaCL 0,9%) 2) Handscoen steril (1 buah) 3) Bak instrumen steril berisi (pinset anatomis 1, cirurgis 1, gunting lurus 1) 4) Spuit irigasi 40-50 cc 5) Baskom / ember bersih berisi air hangat 6) Sarung tangan 7) Kantung plastik 8) Perlak/pengalas, Handuk 9) Kassa steril 10) Nierbekke |  |

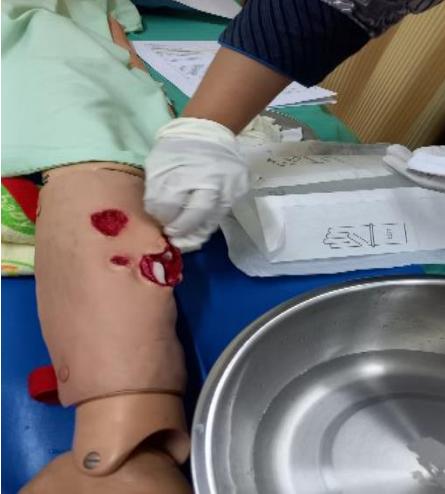
| | | |
|----------------------------|---|--|
| 2. Persiapan Pasien | 1) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien | 1) Membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat |
| | |  |
| | 2) Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | 2) Pasien lebih kooperatif jika mengetahui maksud dan tujuan tindakan |
| | 3) Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) | 3) Memudahkan pekerjaan perawat dan mencegah cedera |

| | |
|--|---|
| |  |
| 3. Persiapan Pasien <ol style="list-style-type: none"> 1) Tutup tirai dan turunkan penghalang tempat tidur | 1) Menjaga privacy penting untuk meningkatkan harga diri pasien dan memudahkan perawat dalam bekerja  |
| Implementation (I) : Implementasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah transmisi mikrorganisme |

| | |
|--|--|
| |  |
| 2. Atur posisi pasien yang nyaman (sesuai gravitasi) | 2. dengan posisi yang sesuai gravitasi, mengarahkan cairan dari atas ke bawah dan dari luka bersih ke kotor/terkontaminasi dapat mencegah infeksi. |
|  | 3. Posisikan pasien dengan tepat sehingga cairan irigasi dapat mengalir ke tempat pembuangan. |

| | |
|---|---|
| |  |
| 4. Tempatkan cairan pembersih didalam wadah/kom yang berisi air hangat sehingga bisa menyesuaikan dengan suhu tubuh | 4. Larutan/saline yang hangat dapat meningkatkan rasa nyaman dan menurunkan konstriksi vaskular di jaringan |
| 5. Taruh padding atau handuk ekstra di tempat tidur dibawah lokasi irigasi |  |

| | |
|--|---|
| |  |
| 6. Buka bagian luka saja | 6. Memberikan privasi dan mencegah kedinginan pasien |
| 7. Pasang gown dan goggles jika dibutuhkan. Pasang sarung tangan steril dan terapkan teknik steril | 7. mempertahankan prinsip aseptik dan antiseptik |
| 8. Irigasi luka dengan cara: 1) Isi sput 35 cc dengan cairan irigasi 2) Pegang ujung sput 2,5 cm (1 inci) di atas ujung atas luka dan area sekitarnya sedang dibersihkan | 1) Dorongan yang kuat akan menyebabkan kerusakan jaringan, oleh karena itu dorong secara perlahan disekeliling luka |

| | |
|---|--|
| <p>3) Gunakan tekanan yang ringan, perlahan saat mendorong aliran ke luka</p> |  <p>2) Mencegah kontaminasi spuit.</p>  |
| <p>9. cuci luka dan gosok dengan lembut</p> | <p>9. Menghindari kerusakan jaringan lebih lanjut</p>  |

| | |
|--|--|
| 10. bersihkan dengan sabun di kulit sekitar luka | 10. Cairan yang sudah jernih mengindikasikan semua debris sudah terangkat |
| 11. bilas dengan air bersih dan antiseptik hingga sisa sabun tidak ada | 11. Pembilasan luka membantu menghilangkan debris /serpihan serpihan dan memfasilitasi penyembuhan secara sekunder |
| 12. keringkan dan bersihkan dan luka siap untuk ditutup dengan balutan | 12. pastikan luka sebelum ditutup kasa dalam keadaan kering untuk menghindari pertumbuhan mikroorganisme |

| | |
|--------------------------|--|
| D. Fase Terminasi | <p>1. Beri <i>reinforcement positif</i></p> <p>1. sangat membantu meningkatkan motivasi pasien untuk sembuh</p>  |
| 2. Rapikan alat | <p>2. kerapihan dan kebersihan alat dapat menurunkan risiko infeksi dan meningkatkan kenyamanan</p>  |
| 3. Cuci tangan | <p>3. Mencegah perpindahan mikroorganisme</p> |

| | |
|----------------------------------|--|
| |  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | <p>1. Evaluasi klien terhadap adanya nyeri</p> <p>2. Evaluasi kondisi pasca irigasi dan respon klien terhadap tindakan</p> <p>3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p> <p>1. mengetahui tingkat nyeri dan menentukan tindakan keperawatan untuk manajemen nyeri</p> <p>2. meningkatkan kenyamanan pasien</p> <p>3. sebagai aspek legal terhadap tindakan yang sudah dilakukan</p>  |
| Sikap | <p>1. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>2. Komunikatif dengan pasien dan percaya diri</p> <p>1. Memudahkan perawat dalam bekerja</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>2. menjaga hubungan terapeutik dan meningkatkan kesembuhan pasien</p>  |
|--|---|

Daftar Pustaka

- Alano, A. (2002). Basic Clinical Nursing Skills. In *Public Health*.
- Jirkovský, D. Š. T. H. N. M. H. (2014). Nursing procedures and interventions – Textbook for Bachelor's and Master's degree programmes. In *Fakultní nemocnice v Motole* (Issue May).
- Perry, Anne Griffin; Potter, P. (2015). *Mosby's Pocket guide: Nursing Clinical & Procedures* (Eight edit). Elsevier Ltd.

BAB V

MENYIAPKAN SPECIMEN DRAINASE LUKA UNTUK KULTUR

Indriatie, SKp., MMKes.



BAB V

MENYIAPKAN SPECIMEN DRAINASE LUKA UNTUK KULTUR

Indriatie, SKp., MMKes.

1. Definisi

Definisi Menyiapkan specimen drainase luka untuk kultur adalah menyiapkan bahan pengambilan contoh (pengambilan pus) pemeriksaan laboratorium

2. Tujuan

Tujuan Menyiapkan specimen drainase luka untuk kultur adalah Mendeteksi adanya mikroorganisme. (bakteri, jamur, atau parasit) yang didapatkan pada organ / bagian tubuh yang mengalami luka terinfeksi dan keluar nanah

3. Indikasi

Indikasi Menyiapkan specimen drainase luka untuk kultur adalah :

- a. Luka terbuka, dimana kulit terkoyak, terpotong, atau tertusuk, dapat disebabkan oleh hal-hal seperti terjatuh , tergigit , atau terbakar . Sayatan bedah (sayatan) juga merupakan jenis luka terbuka.
- b. Luka tertutup ,bila area luka berada di bawah kulit dan tidak terkena udara. Namun masih bisa tertular kuman dan bisa berkembang menjadi abses
- c. Luka yang sedang dalam proses penyembuhan dapat mengeluarkan cairan bening atau berwarna merah muda yangmengalami infeksi, dapat mengeluarkan cairan berwarna kekuningan dan berbau tidak sedap yang disebut nanah

4. Kontraindikasi

Kontra Indikasi Menyiapkan specimen drainase luka untuk kultur adalah:

- a. Penutupan luka terbuka, pada permukaan yang bersifat konkaf khususnya pada daerah wajah, seperti pada bagian lekuk hidung, sulkus atau sulkus preaurikular biasanya paling baik dibiarkan sembuh dengan sendirinya (*secondary intention*).
- b. Apabila terdapat kehilangan jaringan pada daerah luka seperti pada luka avulsi, penutupan luka sebaiknya ditunda agar memastikan jaringan

nekrotik, debris, ataupun benda asing sudah tidak lagi berada di dalam daerah luka. Hal ini bertujuan untuk mencegah infeksi di kemudian hari.

- c. Pasien tidak minum obat antibiotik sebelum dilakukan pengambilan sampel.
- d. Penundaan pemeriksaan sampel kultur pus dalam sputum dapat disimpan pada suhu ruang selama 1 jam atau suhu 2-8 derajat Celcius selama 24 Jam

5. Kasus

Seorang laki-laki umur 58 Tahun, dibawa klinik oleh keluarganya dengan keluhan luka berbau, kotor serta nyeri, karena tidak dirawat selama dirumah. Hasil Pengkajian, Lokasi luka pada, femur kanan selama 2 minggu selama dirumah tidak pernah dirawat dan dibersihkan, pasien menderita DM tidak terkontrol. Pada balutan ada rembesan nanah. frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 38.6°C. Dokter merencanakan rawat luka dan pemeriksaan kultur pus

Pertanyaan:

Apakah intervensi perawat pada kasus tersebut ?

- a. perawatan integritas kulit dan pemeriksaan kultur pus
- b. perawatan luka tekan dan pemeriksaan kultur pus
- c. perawatan luka diabetik dan pemeriksaan kultur pus
- d. perawatan kuku dan kaki dan pemeriksaan kultur pus
- e. perawatan kulit dan pemeriksaan kultur pus

6. Pembahasan soal kasus

Kunci Jawaban: b

- a. Salah, karena pasien umur 58 tahun, kakinya mengalami kerusakan kulit sampai dermis, 2 minggu tidak dirawat dan terdapat tanda-tanda infeksi sehingga mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit, Intervensi utamanya Perawatan integritas kulit dan pemeriksaan kultur pus bila tidak ada infeksi
- b. Salah, karena pasien umur 58 tahun, kakinya mengalami kerusakan kulit sampai dermis, 2 minggu tidak dirawat dan terdapat tanda-tanda infeksi tidak ada luka tekan sehingga mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Intervensi utamanya yang sesuai dengan

- masalah keperawatan adalah perawatan luka bukan perawatan luka tekan kemudian persiapan pemeriksaan kultur pus
- c. Benar, karena pasien umur 58 tahun, kakinya mengalami kerusakan kulit sampai dermis, 2 minggu tidak dirawat dan terdapat tanda-tanda infeksi sehingga mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Intervensi utamanya perawatan luka kornik diabetik maka dilakukan perawatan luka kemudian persiapan pemeriksaan kultur pus
 - d. Salah karena Klien Usia 58 tahun ,kakinya mengalami kerusakan kulit sampai dermis , bukan kuku kakinya 2 minggu tidak dirawat dan terdapat tanda-tanda infeksi sehingga mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit.Intervensi utamanya yang sesuai dengan masalah keperawatan adalah perawatan luka kemudian persiapan pemeriksaan kultur pus
 - e. Salah karena pasien umur 58 tahun, kakinya mengalami kerusakan kulit sampai dermis, 2 minggu tidak dirawat dan terdapat tanda-tanda infeksi sehingga mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Intervensi utamanya yang sesuai dengan masalah keperawatan adalah perawatan luka bukan perawatan kulit dan dilanjutkan dengan persiapan pemeriksaan kultur pus

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keadaan luka 2. Kaji jaringan sekitar luka 3. Kaji apakah ada tanda -tanda infeksi pada luka 4. Kaji apakah ada nyeri pada luka 5. Review catatan medis dokter |  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Sarung Tangan bersih | |

| | |
|--|---|
| <p>2) Sarung tangan steril</p> <p>3) Set Balutan luka steril</p> <p>4) Cairan normasalin</p> <p>5) Tabung kultur dengan swab dan media kultur</p> <p>6) (Tabung aerob dan anaerob) dan atau sput steril untuk kultur an aerob</p> <p>7) Label berisi informasi lengkap pada masing-masing tabung</p> <p>8) Slip permintaan laboratorium yang dilampirkan dalam spesimen</p> <p>9) Kantong sampah medis</p> |    |
| <p>2. PERSIAPAN KLIEN</p> <p>1) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p> <p>2) Cuci tangan dan observasi Pengendalian infeksi (menggunakan sarung tangan)</p> | |
| <p>3. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>1) Jaga privasi klien(tutup tirai)</p> <p>2) Atau turunkan penghalang tempat tidur</p> | |

| Implementation (I) : Implementasi | |
|---|---|
| <p>C. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien nama pasien, tanggal lahir dan atau no, rekam Medis. 2. Jelaskan Tujuan dan langkah-langkah Prosedur. 3. Siapkan alat dan bahan sesuai kebutuhan 4. Pakai sarung tangan bersih 5. Angkat setiap balutan bagian luar (observasi drainase setiap drainase/pus setiap balutan), upayakan klien tidak melihat kondisi lukanya 6. Buang balutan ke Kantong pembuangan tahan lembab, pegang secara hati-hati sehingga balutan luka tidak menyentuh kantong 7. Lepas sarung tangan bersih dan buang pada tempatnya. 8. Siapkan set balutan steril dengan teknik steril 9. Kaji keadaan luka 10. Pasang sarung tangan steril 11. Kaji tampilan luka ,sekitar luka serta drainase 12. Bersihkan luka, Irigasi luka dengan norma salin sehingga eksudat yang telihat bersih, kemudian dikeringkan dengan kasa steril 13. Lepas sarung tangan steril dan buang pada tempatnya. <p>Pengambilan kultur aerob.</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Buka tabung spesimen dan letakkan tutup dalam keadaan terbalik pada permukaan yang kering dan keras. Bila swab | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan benar pasien 2. Tampilan drainage/pus dapat membuat klien terganggu 3. Menyentuh bagian luar kantong akan mengontaminasinya 4.Tanda Infeksi dapat menyebabkan jaringan kemerahan,jaringan menebal,berbau |

| | |
|--|---|
| <p>menempel pada tutup ,putar tutup untuk melepaskan swab.</p> <p>15. Pegang tabung dengan satu tangan dan ambil swab dengan tangan lainnya</p> <p>16. Putar swab ke depan dan ke belakang pada daerah jaringan granulasi yang bersih dari sisi atau dasar luka.</p> <p>17. Jangan menggunakan eksudat atau pus yang ngumpul</p> <p>18. Hindari alat usapan yang menyentuh kulit yang utuh pada pinggir luka</p> <p>19. Masukkan alat usapan kedalam tabung kultur,hati-hati jangan sampai menyentuh bagian atas atau luar tabung.</p> <p>20. Hancurkan bagian dalam ampul yang berisi media untuk pertumbuhan organisme pada dasar tabung</p> <p>21. Bila spesimen perlu diambil dari tempat lain, ulangi langkah langkah tersebut.</p> <p>22. Pastikan untuk memasukkan setiap swab kedalam tabung dengan label yang sesuai.</p> <p>23. Balut luka</p> <p>24. Berikan pengobatan sesuai yang diprogramkan.</p> <p>25. Tutup luka dengan balutan lembab ,transparan dan steri.</p> <p>26. Atur spesimen untuk segera dibawa dilaboratorium yang lengkap</p> <p>27. Dokumentasikan semua informasi yang relevan.</p> <p>28. Catat pengambilan spesimen dan sumbernya</p> | <p>5. Kasa steril akan mengabsorbsi salin yang berlebih, Supaya bagian dalam tidak terkontaminasi</p>  <p>6. Mikroorganisme yang kemungkinan besar bertanggung jawab terhadap infeksi luka terletak pada jaringan yang hidup</p>  <p>7. Sekresi tersebut telah bercampur dengan pencemar yang sama dengan penyebab infeksi.</p> <p>8. untuk mencegah organisme permukaan kulit mengontaminasi kultur.</p> <p>9. Bagian luar tabung harus bebas dari mikroorganisme patogenik unyuk penyebarannya ke benda lain.</p> <p>10.Untuk memastikan swab yang mengandung spesimen dalam media kultur</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>29. Dokumenkan (tanggal, waktu, tampilan luka , warna, konsistensi, jumlah dan bau dari drainase yang ada, type kultur yang dikumpulkan dan respon klien)</p> <p>Pengambilan kultur Anaerob</p> <p>30. Maukkan sput 10 cc, steril kedalam luka dan aspirasi 1-5 ml drainage dalam sputit.</p> <p>31. Pasang jarum ukuran 21 cc ke sputit dan keluarkan semua udara dari sputit dan jarum.</p> <p>32. Segera masukkan drainase ke dalam tabung kultur anaerob.atau bila tersedia penyumbat atau tutup karet, masukkan jarum kedalam penyumbat atau tutup karet tersebut untuk mencegah udara masuk.</p> <p>33. Beri label pada tabung atau sputit dengan benar.</p> <p>34. Kirim Tabung atau sputit tabung drainase ke laboratorium dengan segera dan mendinginkan spesimen.</p> |   |
| <p>D. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri <i>reinforcement positif</i> 2. Rapikan alat 3. Cuci tangan | |
| <p>Evaluation (E) : Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi perubahan hasil pengkajian dan drainase luka saat ini dan sebelumnya 2. Laporkan hasil kultur pada dokter. 3. Lakukan Tindak lanjut yang sesuai | |

| Sikap | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan cuci Tangan sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien 4. Percaya diri | |

Daftar Pustaka

Aminuddin,,dkk (2020), Modul Perawatan luka ,Samarinda ,CV Gunawana Lestari

Fruriolina A (2009),Buku Ajar Praktek Kepetawatan Klinis,edisi 5,Jakarta ,EGC

RSUD Tugu Rejo Jawa Tengah,(2022),SPO Pengambilan sampel pus pada luka tertutup untuk pemberian kultur. Dokumen RSUD Tugu Rejo Jawa Tengah

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia:Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan PengurusPusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur operasional Kepeawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan PengurusPusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

BAB VI

PEMBERIAN OBAT SALEP MATA

Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M. Kes.



BAB VI

PEMBERIAN OBAT SALEP MATA

Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.

1. Definisi

Memberikan obat salep mata untuk mencegah atau meminimalkan ancaman pada integritas jaringan mata dan fungsi visualnya

2. Tujuan

- a. Melaksanakan tindakan pengobatan mata, sesuai dengan program terapi.
- b. Mempercepat proses penyembuhan pada mata yang sakit.

3. Indikasi

- a. Meredakan sementara mata merah akibat iritasi ringan yang dapat disebabkan oleh debu, sengatan sinar matahari, pemakaian lensa kontak, alergi atau sehabis berenang.
- b. Antiseptik dan antiinfeksi.
- c. Radang atau alergi mata.

4. Kontraindikasi

Obat salep mata yang mengandung nafazolin hidroksida tidak boleh digunakan pada penderita glaukoma atau penyakit mata lainnya yang hebat, bayi dan anak. Kecuali dalam pegawasan dan nasehat dokter

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

- a. Respon pasien setelah diberikan tindakan
- b. Pastikan sebelum memberikan salep mata klien dalam keadaan bersih
- c. Pastikan klien tidak punya riwayat alergi obat

6. Contoh Kasus:

Seorang laki-laki, umur 30 tahun datang ke poliklinik dengan diagnosa conyunctivitis. Hasil pengkajian: mata tertutup sekret pada pagi hari, merah dan ada sekret putih menempel pada bulu mata. Perawat sudah

membersihkan mata pasien, sebelum pasien diberikan salep mata sesuai instruksi dokter.

Pertanyaan :

Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan sebelum melakukan tindakan tersebut di atas?

- a. menjelaskan tentang cara penggunaan salep mata dirumah
- b. memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan mata
- c. rencanakan pemberian terapi salep mata sesuai program medis
- d. menjelaskan prosedur pemberian salep mata kepada pasien
- e. melakukan kolaborasi dengan dokter

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci jawaban: d

- a. Menjelaskan kepada pasien tentang cara penggunaan salep mata dirumah (jawaban salah) jawaban ini merupakan tindakan perencanaan pulang (discarge planing)
- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan mata (jawaban salah) karena pendidikan kesehatan dapat dilakukan setelah pemberian salep mata pada pasien dan dapat dilakukan sebagai perencanaan pulang
- c. Rencanakan pemberian terapi salep mata sesuai program medis (jawaban salah) tindakan ini adalah rencana sedangkan dalam soal sudah akan dilakukan tindakan pemberian salep mata
- d. Menjelaskan prosedur pemberian salep mata kepada pasien (jawaban benar) menjelaskan prosedur pemberian salep mata agar pasien memahami prosedur dan kooperatif saat dilakukan tindakan pemberian salep mata
- e. Melakukan kolaborasi dengan dokter (jawaban salah) karena kolaborasi sudah dilakukan sebelumnya.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi | |
| 1. Kaji keadaan mata | 1. Memastikan tindakan yang diberikan sesuai kebutuhan pasien |
| 2. Kaji apakah ada sekret pada kelopak mata, nyeri | 2. Mata dalam keadaan kotor menghambat proses penyembuhan |
| 3. Review catatan medis dokter | 3. Memastikan pemberian tindakan pada pasien yang tepat/benar nama, umur, masalah kesehatannya |
| 4. Kaji kesiapan psikologis | 4. Kesiapan mental klien untuk menerima tindakan keperawatan mata |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi | |
| 1. Persiapan Alat | <p>1) Hanscoen bersih 2) Salep mata 3) Tisu 4) Baki 5) Bola kapas basah</p>  |
| 2. Persiapan Pasien | <p>1) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien (nama lengkap, umur, alamat dan nomor rekam medis)</p> <p>1) Mengenal dan membina hubungan saling percaya dan memastikan benar pasien.</p>  |

| | |
|---|--|
| 2) Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | 2) Membina kerjasama dalam menjalani prosedur tindakan.  |
| 3) Berikan kesempatan klien bertanya | 3) Mengeksplorasi perasaan pasien terhadap tindakan keperawatan yang belum dimengerti  |
| 4) Tinggikan tempat tidur | 4) Memberikan posisi nyaman dan mencegah cedera |
| 5) Meminta persetujuan pasien untuk pelakasanaan tindakan | 5) bukti legalitas dalam pelaksanaan tindakan Memberikan rasa nyaman dan aman sehingga prosedur tindakan keperawatan dilakukan dengan baik  |
| 3. Persiapan Lingkungan Menutup tirai | Memberikan rasa nyaman dan menjaga privasi |

| | |
|---|--|
| |  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| C. Fase Kerja 1. Cuci tangan dengan 6 langkah 2. Pakai handscoen | 1 dan 2.Tangan terbebas dari bakteri dan infeksi silang.  |
| 3. Monitor adanya kemerahan, eksudat atau ulserasi | 3. Memastikan kondisi mata klien sebelum diberi tindakan  |
| 4. Membersihkan mata dengan bola kapas basah dari dalam keluar kantus mata | 4. Membersihkan sekret yang ada dikulit kelopak dan bulu mata mata  |
| 5. Posisikan kepala condong kebelakang 6. Anjurkan pasien melirik keatas | 5 dan 6. Posisi yang baik agar pemberian salap mata dapat maksimal |

| | |
|--|--|
| |  |
| <p>7. Tarik palpebra inferior kebawah dengan jari telunjuk pada mata yang akan diberikan obat salep mata.</p> <p>8. Pegang tube salep mata dengan menggunakan tangan lainnya sedekat mungkin dengan palpebra inferior mata tanpa menyentuhnya.</p> <p>9. Oleskan obat salep mata kira-kira 1 cm</p> <p>10. Anjurkan klien mengedipkan mata secara perlahan, tutup mata selama 1 – 2menit dan gerakkan mata kekiri -kekanan dan atas-bawah.</p> | <p>7,8,9,10. Agar kelopak mata terbuka dengan baik sehingga memudahkan dalam mengoles salep mata. Selain itu Agar salep mata yang dioleskan ke mata pasien dapat mengenai palpebra interior dengan baik</p>   |
| <p>11. Bersihkan salep mata yang berlebih dengan tisu bersih</p> | <p>11. Mencegah kontaminasi</p>  |

| | |
|--|--|
| 12. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan | 12. Memberikan rasa nyaman dan mempertahankan keraphan alat-alat  |
| 13. Atur posisi klien pada posisi yang nyaman | 13. Memberikan rasa nyaman  |
| 14. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan sesuai 6 langkah | 14. Mencegah penyebaran organisme penyakit  |
| D. Fase Terminasi 1. Beri reinforcement positif 2. Rapikan alat 3. Cuci tangan | 1. Bentuk penghargaan dan meningkatkan rasa motivasi 2 dan 3. Menncegah kontaminasi |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi respon klien setelah diberi salep mata | |

| | |
|--|--|
| <p>2. Catat/dokumentasikan tindakan yang sudah di lakukan.</p> |   |
| <p>Sikap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien 4. Percaya diri |  |

Daftar Pustaka

- Mubarak, W.I, dkk. (2007) Buku ajar kebutuhan dasar manusia. Jakarta: EGC
- PPNI. (2021) Standar prosedur Operasional keperawatan edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Vaughans, B.W. (2013) Keperawatan dasar. Edisi 1. Rapha Publishing

BAB VII

PROSEDUR PEMBERIAN

OBAT TOPIKAL TELINGA

Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep.



BAB VII

PROSEDUR PEMBERIAN OBAT TOPIKAL TELINGA

Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep.

1. Definisi

Memberikan sejumlah obat yang diteteskan sedikit demi sedikit pada saluran telinga.

2. Tujuan

- a. Mengobati adanya infeksi atau inflamasi pada telinga.
- b. Melunakkan serumen pada telinga (terutama yang telah mengeras) sebelum di ambil.
- c. Sebagai anestesi lokal sebelum tindakan tertentu pada telinga.
- d. Memudahkan mengeluarkan serangga yang masuk ke telinga dengan mengiomobilisasi dan menariknya

3. Indikasi

Klien yang membutuhkan pengobatan langsung pada telinga

4. Kontra indikasi

Klien yang alergi pada preparat obat yang diberikan pada telinga

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

- a. Efek samping berupa vertigo, mual dan nyeri dapat terjadi akibat pemberian obat tetes telinga yang terlalu dingin. Sebaiknya obat tetes dihangatkan di dalam baskom berisi air hangat atau dimasukkan ke dalam saku selama 30 menit sebelum pemberian. Jika perlu, kaji suhu obat tetes dengan meneteskan sedikit obat pada pergelangan tangan. Obat yang terlalu panas dapat menyebabkan luka bakar pada gendang telinga.
- b. Respon klien selama tindakan perlu dicatat misalnya adanya drainase, kemerahan, vertigo, mual dan nyeri.
- c. Perawat dapat mengajarkan klien dan keluarga cara memberikan obat tetes telinga agar klien dapat melakukan sendiri di rumah (jika perlu). Minta klien atau keluarga mendemonstrasikan kembali di depan perawat.
- d. Libatkan keluarga dalam melakukan tindakan pada klien anak.

- e. Pastikan order pengobatan tepat dan lakukan tindakan dengan prinsip 6 benar

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki umur 28 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan gatal dan sakit pada telinga bagian dalam. Hasil pengkajian dokter pasien mengalami infeksi bakteri dan membutuhkan tindakan untuk meredakan gatal, sakit dan bengkak pada telinga akibat peradangan.

Pertanyaan:

Apakah tindakan yang dapat di lakukan pada kasus tersebut?

- a. berikan obat tetes telinga
- b. cek darah lengkap
- c. irigasi telinga
- d. pembedahan
- e. tes penala

7. Pembahasan soal kasus

Jawaban : a

- a. Pemberian obat topical telinga. Jawaban ini tepat, karena sesuai dengan keluhan pasien nyeri Dan gatal pada telinga. Obat topical telinga (obat tetes telinga) merupakan antibiotik bermanfaat untuk mengatasi infeksi bakteri. Sedangkan obat tetes kortikosteroid berfungsi meredakan gatal, sakit dan bengkak telinga akibat peradangan.
- b. Cek darah lengkap, jawaban ini tidak tepat karena pasien tidak mengeluhkan keluhan lain yang berkaitan dengan pemeriksaan darah.
- c. Irigasi telinga, jawaban ini tidak tepat karena dokter hanya memberikan resep obat tetes telinga sesuai yg dikeluhkan pasien yaitu rasa nyeri dan gatal karena infeksi bakteri. sementara irigasi telinga adalah salah satu prosedur yang dapat dilakukan untuk membersihkan liang telinga dari impaksi serumen atau mengeluarkan benda asing telinga yang berukuran kecil.
- d. Pembedahan, jawaban ini tidak tepat, karena pasien tidak ada anjuran pembedahan dan masih bisa diberikan penanganan dengan terapi obat topical telinga.
- e. Tes penala, jawaban ini tidak tepat karena tes ini dilakukan jika ada keluhan pendengaran. sementara pasien tidak mengeluh dlgangguan

pendengaran.Tes penala adalah pemeriksaan tajam pendengaran yang berfungsi untuk mengevaluasi pendengaran. Tes ini terdiri dari tes Rinne yang dilanjutkan Tes Weber. Pemeriksaan ini dilakukan untuk membantu diagnosis penurunan pendengaran, baik secara konduktif maupun sensorineural.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL& GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi 1. Kaji keadaan telinga 2. Review catatan medis dokter 3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk diberikan obat tetes telinga | 1. Untuk mengetahui keadaan telinga klien 2. Untuk mengetahui benar orderan obat klien. 3. Untuk mengetahui kesiapan klien yang akan di berikan obat tetes telinga |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi Persiapan Alat (* = wajib ada) 1. Botol obat atau tetes telinga* 2. Buku obat/kartu catatan obat* 3. Lidi kapas/catton bud* 4. Tissue* 5. Bola Kapas 6. Senter/penlight* 7. Handscoond* 8. Air hangat 9. Baki beralas/troli | |
| Persiapan Pasien 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien | 1. Untuk menjalin hubungan saling percaya antara perawat dan klien, dan juga menghindari kesalahan dalam pemberian obat. |

| | |
|--|---|
| |  |
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan, berikan kesempatan pasien untuk bertanya 3. Kaji riwayat medis dan riwayat alergi terhadap obat yang sama sebelumnya 4. Atur posisi pasien aman dan nyaman miring dengan telinga yang akan diobati berada diatas. | <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan prosedur kepada klien agar tidak terjadi miss komunikasi antara perawat dan klien. 3. Untuk mengetahui apakah klien bisa diberikan obat tetes telinga yang akan diberikan, dan memastikan klien aman diberikan obat tersebut. 4. Mengatur posisi klien untuk mempermudah pemberian obat tetes telinga kepada klien dan memberikan kenyamanan kepada klien saat tindakan dilakukan. |
| <p>Persiapan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup tirai 2. Atau turunkan penghalang tempat tidur 3. Pastikan alat yang akan digunakan telah siap | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menjaga privasi pasien 2. Untuk menjaga privasi klien agar tidak terlihat oleh orang lain 3. Untuk mempermudah perawat dalam melakukan tindakan |

| Implementation (I) : Implementasi | |
|--|--|
| <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Cek kembali mengenai jenis pengobatan, waktu, jumlah dan dosis, serta bagikan bagian telinga mana harus diberikan 3. Pasang handscoon 4. Bersihkan lubang telinga dan daun telinga | <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari infeksi silang antara perawat dan klien. 2. Untuk memastikan klien dan obat benar, menghindari kesalahan dalam pemberian obat. 3. Untuk Menjaga tangan perawat agar tidak terkontaminasi. 4. Untuk menghilangkan bakteri atau kotoran telinga sebelum diberikan obat tetes telinga.  |
| <ol style="list-style-type: none"> 5. Dengan menggunakan <i>catton bud</i> yang dibasahi cairan, bersihkan daun telinga dan meatus auditorius | <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk menghilangkan kotoran atau benda lain yang ada di telinga klien.  |

| | |
|---|---|
| <p>6. Hangatkan obat dengan tangan anda atau rendam obat kedalam air hangat dalam waktu yang singkat</p> | <p>6. obat yang dimasukan kedalam telinga tidak boleh dingin dan tidak boleh terlalu panas, untuk menyamakan suhu obat dengan telinga maka di rendam sebentar dalam air hangat.</p> |
| <p>7. Luruskan saluran telinga dengan menarik daun telinga ke bawah dan ke belakang (bayi), atau ke atas ke belakang (pada orang dewasa)</p> <p>8. Masukan tetesan obat yang telah diserapkan, pegang alat tetes 1 cm di atas saluran telinga. Obat diteteskan pada sisi dinding saluran telinga, bukan pada gendang telinga secara langsung.</p> | <p>7. Untuk mempermudah pemberian obat dan membuat jalan masuk nya obat kedalam telinga klien.</p> <p>8. Untuk mengobati keluhan pada telinga klien.</p> |
| <p>9. Pegang telinga hingga obat telah masuk dan tidak terlihat lagi, kemudian lepaskan tarikan pada telinga.</p> | <p>9. Untuk memudahkan obat masuk kedalam telinga klien.</p> |

| | |
|--|---|
| |  |
| 10. Pertahankan posisi klien 2-5 menit. Beri pijatan atau tekanan lembut pada tragus telinga dengan menggunakan jari tangan. | 10. Untuk mempermudah obat masuk kedalam telinga klien dan agar klien rileks tidak tegang. |
| 11. Jika dokter menginstruksikan penempatan kapas di bagian terluar saluran telinga, jangan menekan kapas ke bagian terdalam saluran. Dan lepaskan kapas dalam 15 menit. |   |

| | |
|---|---|
| <p>12. Bersihkan dan keringkan area luar telinga</p> <p>13. Rapikan klien dan bantu ke posisi semula</p> <p>14. Rapikan alat dan lepaskan handscoond</p> | <p>12. Untuk membersihkan telinga klien dari sisa-sisa kotoran atau obat tetes yang ada di luar telinga klien.</p> <p>13. Untuk menyamankan klien setelah di berikan obat</p> <p>14. Untuk menghindari alat yang telah digunakan terkontaminasi.</p> |
| D. Fase Terminasi | |
| <p>1. Beri reinforcement positif</p> <p>2. Buat kontrak selanjutnya dan akhiri kegiatan dengan baik</p> <p>3. Rapikan alat</p> <p>4. Cuci tangan</p> | <p>1. Untuk mempercepat penyembuhan klien</p> <p>2. Untuk mengingatkan dan mempersiapkan klien untuk tindakan berikutnya.</p> <p>3. Untuk membersihkan alat-alat yang telah digunakan dan mengembalikan ke tempat semula</p> <p>4. Menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi.</p> |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| <p>1. Evaluasi respon klien setelah dilakukan tindakan (subyektif dan obyektif)</p> <p>2. Evaluasi kondisi telinga pasien</p> <p>3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p> | <p>1. Untuk mengetahui keadaan klien setelah diberikan obat tetes telinga</p> <p>2. Untuk mengetahui keadaan telinga klien setelah diberikan obat tetes telinga</p> <p>3. Untuk mempermudah perawat menentukan tindakan selanjutnya pada klien, dan untuk menjadi pedoman dalam asuhan keperawatan pasien</p> |
| Sikap | |

| | |
|---|--|
| <p>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> belum dan sesudah tindakan</p> <p>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>3. Komunikatif dengan pasien</p> <p>4. Percaya diri</p> | <p>1. Untuk menghindari terjadinya infeksi silang antara perawat dan klien.</p> <p>2. Untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam melakukan tindakan.</p> <p>3. Untuk menghindari terjadinya misskomunikasi antara perawat dan klien</p> <p>4. Untuk membuat klien yakin di obati oleh perawat.</p> |
|---|--|

Daftar Pustaka

Doengoes Marilynn E, Moorhouse Mary Frances, Murr Alice C. 2006. *Nursing Care Plans Guidelines for Individualizing Client Care Across The Life Span*. 7th Edition. F.A. Davis Company. Philadelphia

Herdman, Heather T. 2012. NANDA International: *Diagnosis Keperawatan definisi dan Klasifikasi* 2012-2014. Jakarta; EGC

Gulanick Meg, Myers Judith L. 2007. Nursing Care Plans: *Nursing Diagnosis and Intervention*. 6th Edition. St. Louis. Mosby.

Kozier Barbara Erb Glenora, Berman Audrey, Snydeer Shirlee J. 2004. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice*, 7th Edition. Pearson Education, Inc. Upper Saddle River. New Jersey. United States of America.

Bruner & Suddath. 2000. *Buku Ajar Keperawatan Medikal* - Bedah.Jakarta : EGC

Carpenito, Lynda Juall. 2000. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis* Edisi 6. Jakarta : EGC.

BAB VIII

PEMBERIAN OBAT MELALUI BUKAL

Nadia Alfira, S.Kep.,Ns.,M.Kep.



BAB VIII

PEMBERIAN OBAT MELALUI BUKAL

Nadia Alfira, S.Kep., Ns., M.Kep.

1. Definisi

Pemberian obat dengan cara meletakkannya diantara gusi dengan membrane mukosa pipi. Pemberian obat ini juga dapat dilakukan secara sublingual. Tujuan adalah penyerapan lebih cepat, contohnya adalah obat golongan nitrogliserin. Tatacara melakukan tindakan pemberian obat dengan cara meletakkannya diantara gusi dengan membrane mukosa pipi (Kusyati, 2004).

2. Tujuan

Sebagai acuan petugas dalam melakukan tindakan pemberian obat secara bucal :

- a. Dalam memberikan obat yang memiliki efek local atau sistemik melalui saluran gastrointestinal.
- b. Menghindari pemberian obat yang dapat menyebabkan kerusakan kulit dan jaringan
- c. Menghindari pemberian obat yang menyebabkan nyeri

3. Indikasi

Pemberian obat secara bukal diberikan kepada pasien/klien dengan indikasi obat yang

- a. Cocok untuk jenis obat yang dapat dirusak oleh cairan lambung atau sedikit sekali diserap oleh saluran pencernaan.
- b. Bebas First Pass Metabolism.
- c. Proses absorpsinya cepat karena langsung diabsorpsi melalui mukosa mulut, sehingga diharapkan dapat memberikan efek yang cepat juga.

4. Kontraindikasi

Pemberian obat secara bukal diberikan kepada pasien/klien memiliki kontraindikasi yaitu jenis obat yang,

- a. Hanya sebagian obat yang dapat dibuat menjadi tablet sublingual dan bukal karena obat yang dapat diabsorpsi melalui mukosa mulut jumlahnya sangat sedikit.
- b. Untuk obat yang mengandung nistrogliserin pengemasan dan penyimpanan obat memerlukan cara khusus karena bahan ini mudah menguap.

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

- a. Benar obat
- b. Benar dosis
- c. Benar waktu
- d. Benar pasien

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 29 tahun, datang ke poliklinik dengan kehamilan trimester pertama. Hasil pengkajian: nyeri pada abdomen bagian bawah bawah dan beresiko mengalami keguguran. Dokter menginstruksikan pemberian obat nitroglycerin.

Pertanyaan:

Apakah cara pemberian obat yang tepat pada kasus tersebut di atas?

- a. Sublingual
- b. Parenteral
- c. Peroral
- d. Bukal
- e. rectal

7. Pembahasan soal kasus

Kunci Jawaban: e

Tablet bukal dan sublingual pemberiannya hanya terbatas pada gliseril trinitrat, nitroglycerin dan hormon-hormon steroid. Norethisterone merupakan progestogen sintetis yang bekerja menyerupai hormon progestogen alami pada wanita. Hormon ini berperan penting dalam mengatur siklus ovulasi dan menstruasi, menyuburkan dinding rahim, serta mempertahankan kehamilan.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2. Kasi kesiapan psikologis pasien sebelum dilakukan intervensi | Rasional : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari kesalahan dalam melakukan tindakan 2. Intervensi yang dilakukan harus dengan persetujuan pasien. Jika dilakukan namun pasien menolak, akan berdampak buruk terhadap proses penyembuhan. |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat(* = wajib ada) <ol style="list-style-type: none"> 1) Obat sesuai program terapi 2) Gelas dan air minum 3) Sedotan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat dibutuhkan agar tindakan yang dilakukan bisa sesuai dan tidak ada kesalahan  |
| 2. Persiapan Pasien <ol style="list-style-type: none"> 1) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 2) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya prosedur yang akan dilakukan | <ol style="list-style-type: none"> 1) Etika keperawatan dimulai dengan salam dan perkenalan diri. Cek identitas klien dilakukan agar tidak melakukan kesalahan dalam melakukan intervensi kepada klien. |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>3) Berikan kesempatan klien untuk bertanya</p> <p>4) Posisikan klien dengan nyaman (fowler, semi fowler atau duduk)</p> | <p>2) Tujuan, prosedur, serta lama prosedur dilakukan harus diketahui oleh klien sebagai hak nya mereka. Selain itu penjelasan juga bertujuan untuk membangun bina hubungan saling percaya</p> <p>3) Sebagai perawat, kita harus memberikan kesempatan klien untuk bertanya agar tindakan yang diberikan bisa diterima dan lebih jelas lagi.</p> <p>4) Klien harus diberikan tindakan dalam kondisi nyaman.</p> |
| | |  |
| 3. Persiapan Lingkungan Siapkan ruangan yang nyaman | Ruangan yang nyaman merupakan salah satu faktor keberhasilan tindakan keperawatan | |
| Implementation (I) : Implementasi | | |
| C. Fase Kerja 1. Lakukan pengecekan program pengobatan | 1. Pengecekan dibutuhkan untuk mengurangi kesalahan tindakan. | |

| | |
|--|---|
| |  |
| 2. Siapkan obat | 2. Obat yang akan diberikan disiapkan untuk diberikan kepada klien |
| 3. Cuci tangan | 3. Cuci tangan di lakukan untuk menghindari infeksi mikroorganisme  |
| 4. Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau menutup pintu kamar pasien | 4. Privasi klien harus di perhatikan dengan menutup pintu atau memasang tirai karena merupakan salah satu faktor pendukung kenyamanan klien |
| 5. Lakukan pengkajian kemampuan klien untuk dapat minum obat peroral (meliputi kemampuan menelan mual atau muntah, akan dilakukan penghisapan lambung) | 5. Tindakan pengkajian kemampuan klien meminum obat sangat diperlukan untuk mengetahui kondisi sistem pencernaan dan fungsi organ yang mendukung |
| 6. Letakkan obat diantara gusi dan selaput mukosa pipi sampai habis diabsorbsi seluruhnya | 6. Pemberian obat secara bukal bertujuan agar absorpsi obat lebih cepat melalui |

| | |
|--|---|
| | <p>pembuluh kapiler di mukosa gusi dan pipi</p>  |
| 7. Berikan reinforcement positif | 7. Reinforcement positif bisa menjadikan faktor keberhasilan proses keperawatan |
| 8. Rapikan pasien | 8. Setelah tindakan dilakukan, klien harus diposisikan dengan nyaman, pakaian juga dirapikan agar kondisi senyaman mungkin setelah diberikan tindakan |
| 9. Terminasi dengan berpamitan pada pasien | 9. Berpamitan perlu dilakukan sebagai kode etik dalam keperawatan |
| 10. Rapikan dan kembalikan alat ke tempat semula | 10. Alat yang telah digunakan harus dirapikan agar mudah apabila digunakan kembali |
| 11. Cuci tangan | 11. Cuci tangan diperlukan sebagai proteksi diri perawat setelah melakukan tindakan |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 2. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan 3. Setiap respon pasien akan menjadi bentuk evaluasi terhadap tindakan selanjutnya | |

- | | |
|--|--|
| 4. Pendokumentasian sangat penting dalam proses keperawatan karena merupakan bukti intervensi keperawatan. | |
|--|--|

Daftar Pustaka

Dermawan, D. (2013) *Keterampilan Dasar Keperawatan Konsep dan Prosedur*. Buku 2. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Kusyati, E. (2004) *Keterampilan dan prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC

Santoso, B, dkk. (2013) *Efektivitas keamanan dan efek samping kontrasepsi depo progestin dan depo vigestron*. Jurnal ners vol. 8

Smith, J, dkk. (2010) *Buku Saku Prosedur Klinis Keperawatan*. Ed. 5. Jakarta: EGC

BAB IX

PEMBERIAN OBAT VAGINAL SUPPOSITORIA

Wahyu Riniasih, S.Kep., Ns., M.Kep.



BAB IX

PEMBERIAN OBAT VAGINAL SUPPOSITORIA

Wahyu Riniasih, S.Kep., Ns., M.Kep.

1. Definisi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat suppositoria melalui vagina

2. Tujuan

Mendapatkan efek terapi obat (mengurangi rasa nyeri, terbakar, ketidaknyamanan) dan mengobati saluran vagina atau serviks (infeksi, peradangan)

3. Indikasi

Klien dengan vagina yang kotor, radang, infeksi, dan persiapan tindakan bedah jalan lahir (diberikan pada pasien dengan hymen yang sudah tidak utuh, dan tidak kontak seksual selama pengobatan)

4. Kontraindikasi

Menstruasi, perdarahan, KPD, placenta previa, partus preterm

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

Tekankan teknik aseptik yang benar dan klien harus sering ditawari kesempatan untuk mempertahankan higene perinium

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan 28 tahun, di rawat dengan KPD. Hasil pengkajian: nyeri pada vagina dan berbau busuk, BAK tidak tuntas, kemerahan pada vagina. TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 24x/menit dan suhu 37,8°C. Perawat mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi menurun.

Pertanyaan:

Apakah rencana tindakan kolaborasi yang tepat pada kasus tersebut?

- Pertahankan teknik aseptik
- Monitor tanda dan gejala infeksi

- c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- d. Kolaborasi pemberian antibiotik vaginal suppositoria
- e. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan ke pasien

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci Jawaban: d

Pada kasus tersebut, yang menjadi kata kunci nya adalah "tindakan kolaborasi" untuk mencapai luaran tingkat infeksi menurun. Sehingga perawat harus segera melakukan kolaborasi pemberian obat vaginal suppositoria. Jadi jawaban yang paling benar adalah "d. Kolaborasi pemberian antibiotik vaginal suppositoria"

kenapa bukan opsi a ?

karena opsi a merupakan bagian dari rencana tindakan terapeutik

kenapa bukan opsi b?

karena opsi b merupakan bagian dari rencana tindakan observasi

kenapa bukan opsi c ?

karena opsi c merupakan bagian dari rencana tindakan edukasi

kenapa bukan opsi e ?

karena opsi e merupakan bagian dari rencana tindakan terapeutik

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|--|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Tinjau kembali program dari dokter (nama klien, nama obat, bentuk obat, rute pemberian, dosis dan waktu pemberian) 2. Inspeksi kondisi genetalia ekterna dan saluran vagina | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjamin pemberian obat yang aman dan benar 1. Temuan menjadi dasar untuk memantau efek obat |

| | |
|--|---|
| |  |
| 2. Kaji kemampuan klien menggunakan suppositoria dan mengambil posisi saat obat dimasukkan. | 3. Pembatasan mobilitas mengindikasikan tingkat bantuan yang diperlukan dari perawat  |
| 3. Jelaskan prosedure secara terperinci kepada klien, jika klien ingin memasukkan obatnya sendiri. | 4. Meningkatkan pemahaman. Akan memampukan klien memasukkan obatnya sendiri, jika ia secara fisik mampu  |
| Planning (P) : Perencanaan | |

| B. Fase Orientasi | |
|--|---|
| <p>1. Persiapan Alat (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Supositoria vagina* 2) Handscoen disposable* 3) Jel pelumas* 4) Tissue bersih* 5) Pengalas dan perlak * 6) Bengkok* 7) Pembalut 8) Selimut mandi* 9) Tirai* | <p>1) Supositoria vagina disimpan di dalam lemari pendingin untuk mempertahankan bentuk padat.</p> <p>2) Jel pelumas mempermudah pemasukan suppositoria</p> |
| <p>2. Persiapan Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien | <p>1) Memastikan benar pasien</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> 2) Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | <p>2) Meningkatkan pemahaman dan mengurangi kecemasan</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> 3) Menyampaikan kontrak waktu dan menanyakan kesiapan klien | <p>3) Memastikan kesiapan klien untuk dilakukan tindakan</p>  |

| | | |
|--|---|--|
| 3. Persiapan Lingkungan | 1) Tutup tirai atau pintu kamar | 1) Menjaga privasi klien  |
| | 2) Atau turunkan penghalang tempat tidur | 2) Memudahkan untuk melakukan tindakan  |
| | 3) Tinggikan tempat tidur | 3) Agar posisi kerja nyaman, mencegah cidera  |
| | 4) Menyiapkan alat dan obat mendekat di sisi tempat tidur klien | 4) Memberi kemudahan dan kenyamanan untuk melakukan tindakan  |
| Implementation (I) : Implementasi | | |

| | |
|---|---|
| <p>E. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan | <p>Mengurangi penularan infeksi</p>  |
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Pakai handscoen | <p>Mencegah penularan infeksi antara Anda dan klien</p>  |
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Ganti selimut klien dengan selimut mandi. Pasang selimut mandi menutupi tubuh bagian bawah klien | <p>Mempertahankan kebersihan selimut tidur klien</p>  |
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Buka pakaian bagian bawah klien | <p>Memudahkan melakukan tindakan</p>  |

| | |
|--|--|
| 5. Posisikan klien dorsal recumben | Mempermudah akses ke saluran vagina dan memajangkan saluran vagina dengan baik. Juga memungkinkan suppositoria larut tanpa keluar melalui orifisum  |
| 6. Pasang perlak pengalas di bawah bokong | Mempertahankan kebersihan tempat tidur klien  |
| 7. Pastikan orifisum vagina disinari dengan baik oleh lampu kamar atau lampu leher angsa (gooseneck) | Supaya dapat memasukkan dengan tepat, genitalia eksterna harus dapat dilihat  |
| 8. Dengan tangan non dominan yang sudah terpasang sarung tangan regangkan lipatan labia | Pelumas mengurangi gesekan pada permukaan mukosa selama insersi suppositoria. |

| | |
|--|--|
| |  |
| 9. Dengan tangan non dominan yang sudah terpasang sarung tangan regangkan lipatan labia | Memajangkan orifisium vagina  |
| 10. Masukkan suppositoria sekitar 7,5-10 cm sepanjang dinding vagina posterior | Penempatan yang tepat memastikan distribusi obat yang merata disepanjang dinding rongga vagina  |
| |  |
| 11. Tarik jari tangan dan bersihkan pelumas yang tersisa di sekitar orivisum dan labia dengan tissue | Memberi rasa nyaman pada klien |

| | |
|--|---|
| |  |
| 12. Minta klien untuk tetap berada pada posisi tersebut selama 5- 10 menit | Obat akan didistribusikan dan diabsorbsi merata melalui rongga vagina dan tidak keluar melalui orifisium  |
| 13. Tawarkan pembalut perineal sebelum klien melakukan ambulasi | Memberikan kenyamanan pada klien  |
| 14. Kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi pasien | Mempertahankan klien pada posisi yang nyaman  |
| 15. Pasang kembali pakaian bawah klien | Mengembalikan privasi klien |

| | |
|--|---|
| |  |
| 16. Ganti selimut mandi dengan selimut tidur klien | Mempertahankan sara nyaman kepada klien  |
| 17. Rapikan pasien dan peralatan | Menjaga kerapian  |
| 18. Lepaskan handscoen buang ke bengkok | Mengurangi perpindahan infeksi  |
| 19. Cuci tangan | Mengurangi perpindahan mikroorganisme |

| | |
|--|---|
| |  |
| Fase Terminasi <ol style="list-style-type: none"> Memberi kesempatan klien jika ada pertanyaan | Memahamkan klien  |
| 2. Beri reinforcement positif | Bentuk penghargaan dan meningkatkan semangat pasien  |
| 3. Menyampaikan rencana tindak lanjut | Memberikan informasi untuk tindakan berikutnya  |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |

| | |
|--|--|
| <p>1. Inspeksi kondisi saluran vagina dan genetalia eksterna klien</p> | <p>Mengevaluasi apakah obat vagina mengurangi iritasi atau inflamasi jaringan dengan efektif</p>  |
| <p>2. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan</p> | <p>Mengevaluasi apakah pasien pada kondisi yang nyaman atau tidak setelah dilakukan tindakan</p>  |
| <p>3. Berpamitan (terminasi)</p> | <p>Melakukan komunikasi terapeutik</p>  |

| | |
|--|---|
| 4. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Pencatatan yang tepat pada waktunya mencegah kesalahan dalam memberikan obat  |
| Sikap | |
| 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien 4. Percaya diri | 1. Meminimalisir terjadinya infeksi nosokomial 2. Memaksimalkan dalam melakukan tindakan untuk memberi manfaat 3. Memberikan kenyamanan kepada pasien 4. Menunjukkan profesional seorang perawat |

Daftar Pustaka

- DPP PPNI (2016) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
(SDKI). Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- DPP PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
(SIKI). Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- DPP PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia
(SLKI). Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Potter & Perry. (2010) Fundamental Of Nursing edisi 7. Jakarta : Salemba medika.

BAB X

PEMBERIAN OBAT REKTAL SUPOSITORIA

Johanna Tomasoa, SKM., S.Kep., M.Kes.



BAB X

PEMBERIAN OBAT REKTAL SUPOSITORIA

Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.Kes.

1. Definisi

Pemberian obat rektal suppositoria adalah suatu metode pemberian obat dalam bentuk peluru atau kerucut yang dilakukan melalui cara memasukkan ke dalam rektum (anus) pasien. Obat suppositoria adalah bentuk sediaan obat padat yang biasanya terbuat dari bahan yang dapat meleleh pada suhu tubuh, sehingga mudah diserap oleh dinding rectum masuk kedalam tubuh.

2. Tujuan

Pemberian obat rektal suppositoria memiliki beberapa tujuan yang meliputi:

- a. Pengobatan Konstipasi: Suppositoria dapat digunakan untuk meredakan konstipasi dengan cara melunakkan tinja atau merangsang gerakan usus.
- b. Mengurangi nyeri
- c. Mengendorkan otot pernapasan
- d. Pasien kejang
- e. Pengendalian Demam
- f. Meredakan Mual dan Muntah
- g. Administrasi Obat yang Tidak Dapat Diminum atau Disuntikkan: Suppositoria merupakan alternatif untuk administrasi obat kepada pasien yang tidak dapat menelan atau disuntikkan obat.

3. Indikasi

Indikasi pemberian obat rektal suppositoria meliputi:

- a. Konstipasi: Suppositoria dapat digunakan untuk meredakan konstipasi dengan merangsang gerakan usus atau melunakkan tinja.
- b. Demam: Suppositoria dengan zat antipiretik dapat digunakan untuk mengurangi demam pada pasien.
- c. Mual dan Muntah: Suppositoria yang mengandung obat anti-mual atau antiemetik bisa digunakan untuk meredakan mual dan muntah pada pasien yang kesulitan menelan obat.
- d. Penyakit asma Baronchial
- e. Pasien dengan kejang

- f. Pemberian Obat yang Tidak Dapat Diminum: Suppositoria merupakan alternatif penggunaan obat kepada pasien yang tidak dapat menelan atau memerlukan administrasi obat yang lebih lokal.

4. Kontra Indikasi

Kontraindikasi pemberian obat rektal suppositoria meliputi kondisi atau situasi di mana penggunaan suppositoria sebaiknya dihindari atau tidak dianjurkan. Kontraindikasi umumnya mencakup:

- a. Alergi terhadap Komponen Suppositoria: Jika pasien memiliki alergi terhadap bahan-bahan yang digunakan dalam suppositoria tertentu, maka penggunaan suppositoria tersebut harus dihindari.
- b. Luka atau Peradangan di Area Rektum: Jika pasien mengalami luka atau peradangan di area rektum, penggunaan suppositoria dapat memperburuk kondisi tersebut.
- c. Perdarahan Rektal: Jika pasien mengalami perdarahan rektal yang tidak diketahui penyebabnya, penggunaan suppositoria harus dihindari hingga penyebab perdarahan teridentifikasi.
- d. Obstruksi Usus: Pemberian suppositoria sebaiknya dihindari pada pasien yang mengalami obstruksi usus atau gangguan usus lainnya yang dapat mempengaruhi penyerapan obat.

5. Hal Yang Perlu Diperhatikan Saat Melakukan Tindakan

Saat melakukan tindakan pemberian obat rektal suppositoria, ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan. Beberapa di antaranya adalah:

- a. Kebersihan: Pastikan tangan dan peralatan yang digunakan dalam tindakan ini sangat bersih. Ini termasuk mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah tindakan.
- b. Posisi Pasien: Pasien harus dalam posisi yang nyaman, seperti berbaring miring dengan salah satu kaki ditekuk ke atas. Ini dapat memudahkan masuknya suppositoria ke dalam rektum.
- c. Pelepasan Suppositoria: Pastikan suppositoria dilepaskan dari kemasan dengan hati-hati dan tidak terlalu lama dipegang dengan tangan, karena suppositoria cenderung meleleh pada suhu tubuh.
- d. Penggunaan Pelumas: Dalam beberapa kasus, penggunaan pelumas yang direkomendasikan oleh dokter atau petugas kesehatan dapat membantu memasukkan suppositoria dengan lebih mudah.

- e. Kedalaman Penyisipan: Suppositoria harus dimasukkan dengan lembut ke dalam rektum sejauh yang direkomendasikan oleh dokter. Perhatikan petunjuk dosis dan cara penggunaan yang tertera pada kemasan suppositoria.
- f. Menahan Suppositoria: Setelah memasukkan suppositoria, tahan posisi selama beberapa saat untuk memastikan suppositoria tidak keluar sebelum obat dapat larut dan diserap.
- g. Kebersihan Setelah Tindakan: Pastikan kembali kebersihan tangan setelah melakukan tindakan ini.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, 70 tahun dirawat di RS dengan konstipasi. Hasil pengkajian: mengeluh sudah 4 hari belum BAB dan perut terasa kembung. Dokter meresepkan obat pencahar suppositoria. Perawat akan memberikan obat pada pasien.

Pertanyaan:

Manakah tindakan yang harus dilakukan sebelum melakukan tindakan pada kasus tersebut di atas?

- A. Memeriksa suhu tubuh pasien.
- B. Memeriksa denyut nadi pasien.
- C. Memastikan kebersihan tangan dan peralatan.
- D. Meminta pasien untuk minum air putih terlebih dahulu.
- E. Mengajurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi serat

7. Pembahasan

Kunci Jawaban: C

Jawaban yang benar adalah memastikan kebersihan tangan dan peralatan. Sebelum melakukan tindakan pemberian suppositoria, kebersihan tangan dan peralatan harus diutamakan untuk mencegah infeksi dan memastikan keamanan pasien.

Adapun option A, B, D dan E bukan merupakan tindakan yang *harus* dilakukan sebelum pemberian obat suppositoria.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|---|
| Assesment (A): Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi | |
| 1. Kaji keadaan Anus | Memungkinkan penilaian langsung terhadap kondisi fisik anus, termasuk adanya luka, iritasi, atau infeksi. Jika terdapat luka atau iritasi pada anus, pemberian obat rektal dapat memperburuk kondisi tersebut atau menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien. |
| 2. Kaji apakah ada luka atau nyeri di bagian rectum atau tidak | Jika pasien mengalami luka atau nyeri di bagian rektum, kemungkinan besar mereka akan merasa tidak nyaman atau enggan menerima pemberian obat rektal. Memahami keadaan pasien dan menghormati keputusan mereka dapat meningkatkan kepatuhan pasien dan menjaga hubungan yang baik antara pasien dan tenaga medis. |
| 3. Review catatan medis dokter | Dengan mengkaji catatan medis dokter sebelumnya, kita dapat mengetahui riwayat penyakit pasien yang relevan, seperti riwayat penyakit gastrointestinal, penyakit radang usus, atau gangguan perdarahan. Informasi ini penting untuk memastikan bahwa pemberian obat rektal suppositoria aman dan sesuai untuk pasien tersebut. Selain itu, penting untuk mengetahui riwayat alergi pasien terhadap obat-obatan tertentu yang mungkin digunakan dalam suppositoria rektal. |
| 4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan | Kesiapan psikologis klien sangat penting untuk memastikan kepatuhan dan kerjasama dalam pemberian obat rektal suppositoria. Jika klien tidak siap secara psikologis, mereka mungkin merasa cemas, takut, atau tidak nyaman dengan prosedur tersebut. Hal ini dapat menghambat kerjasama klien dan membuat pemberian obat menjadi lebih sulit. |
| Planing (P): Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi | |

| | |
|--|---|
| <p>1. Persiapan Alat</p> <p>a. Obat suppositoria rectal</p> <p>b. Sarung tangan</p> <p>c. Selimut mandi</p> <p>d. Bengkok*</p> <p>e. Kasa/ tissue</p> <p>f. Pispot</p> <p>g. Jely untuk pelumas dalam tempatnya (bila perlu)</p> <p>h. Pengalas dan perlak</p> |         |
|--|---|

| | |
|--|---|
| i. Tirai |  |
| 2. Persiapan Pasien 1) Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri | Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri adalah langkah awal yang penting dalam membangun hubungan terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien. Dengan memulai interaksi dengan salam yang sopan, tenaga kesehatan dapat membantu menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, yang dapat meningkatkan kepercayaan dan kerjasama pasien dan perawat dalam perawatan.  |
| 2) Cek indentitas klien | Memeriksa identitas klien sebelum memberikan obat rektal suppositoria adalah langkah penting dalam menjaga keamanan pasien. Dengan memverifikasi identitas klien, tenaga kesehatan dapat memastikan bahwa obat diberikan kepada orang yang benar, mengurangi risiko kesalahan yang mungkin terjadi akibat kekeliruan identitas. Hal ini membantu mencegah pemberian obat yang salah kepada pasien yang tidak membutuhkannya atau menghindari risiko efek samping yang tidak diinginkan. |
| 3) Jelaskan prosedur kepada pasien dan dapatkan persetujuannya. | Menjelaskan prosedur kepada pasien dan memperoleh persetujuan mereka merupakan praktik yang menghormati hak pasien untuk membuat keputusan yang berhubungan |

| | |
|--|---|
| | dengan perawatan mereka. Ini dikenal sebagai informed consent atau persetujuan yang didasarkan pada pengetahuan yang memadai. Dengan memberikan informasi yang jelas tentang prosedur pemberian obat rektal suppositoria, termasuk manfaat dan risiko yang terkait, pasien memiliki kesempatan untuk memahami dan mengevaluasi tindakan yang akan dilakukan. Hal ini memungkinkan mereka untuk memberikan persetujuan yang berdasarkan pemahaman dan pemilihan mereka sendiri. |
| 4) Berikan privasi dengan memasang tirai/sampiran dan pastikan kenyamanan pasien. | Memberikan privasi kepada pasien adalah aspek penting dalam memberikan perawatan yang bermartabat dan menghormati pasien. Ketika melakukan prosedur pemberian obat rektal suppositoria, pasien mungkin merasa malu atau tidak nyaman dengan paparan tubuh mereka. Dengan memasang tirai/sampiran di sekitar tempat tidur atau area di mana prosedur dilakukan, tenaga kesehatan dapat memberikan ruang pribadi dan privasi bagi pasien. Ini membantu menjaga Keintiman dan menghormati hak pasien untuk menjaga privasi mereka. |
| 5) Memastikan posisi pasien yang nyaman, seperti berbaring miring kesalah satu posisi kekanan dan kaki bagian kiri ditekuk | Posisi pasien yang nyaman dan sesuai juga berkontribusi terhadap efektivitas pengobatan. Dalam posisi berbaring telentang dengan lutut ditekuk, otot-otot sekitar rektum dan anus dapat rileks, sehingga memudahkan pengenalan dan penempatan suppositoria. Posisi yang benar dapat membantu memaksimalkan penyerapan dan distribusi obat dalam rektum, yang penting untuk mencapai efek terapeutik yang diinginkan. Memberikan rasa aman nyaman bagi pasien dalam melakukan tindakan Memberikan kemudahan bagi perawat melakukan tindakan bagi pasien selama bekerja |

| | |
|---|--|
| Persiapan Lingkungan 1. Tutup tirai | Menjaga privasi klien |
| 2. Turunkan penghalang tempat tidur saat tindakan | Memberika kemudahan dalam melakukan tindakan |
| IMPLEMENTATION (I): Implementasi | |
| C. Fase Kerja 1. Cuci Tangan | <p>Cuci tangan sebelum prosedur merupakan langkah penting dalam menjaga keamanan pasien. Penyakit atau infeksi dapat ditularkan melalui tangan yang terkontaminasi. Dengan mencuci tangan sebelum memulai prosedur, tenaga medis dapat mengurangi risiko penularan penyakit atau infeksi dari tangan mereka ke pasien.</p>  |
| 2. Pakailah sarung tangan medis sebelum memulai prosedur. | Menggunakan sarung tangan medis sebelum memulai prosedur melindungi pasien dari kontaminasi mikroorganisme yang mungkin ada di tangan tenaga medis. Sarung tangan medis membentuk penghalang antara tangan tenaga medis dan pasien, mencegah penularan infeksi dan mengurangi risiko kontaminasi silang. |

| | |
|--|--|
| 3. Bersihkan area rektal dengan tisu atau kain lap yang lembut dan basah untuk membersihkan kotoran atau sisa-sisa sebelum pemberian suppositoria. | <p>Membersihkan area rektal sebelum pemberian suppositoria adalah langkah penting dalam menjaga kebersihan dan sterilisasi prosedur. Area rektal dapat terkontaminasi oleh kotoran atau sisa-sisa yang mungkin ada di sekitarnya. Dengan membersihkan area rektal secara hati-hati menggunakan tisu atau kain lap yang lembut dan basah, tenaga medis dapat menghilangkan kotoran dan kontaminan lainnya yang dapat mengganggu efektivitas obat dan meningkatkan risiko infeksi.</p>  |
| 4. Buka kemasan suppositoria dengan hati-hati sesuai instruksi pada kemasan obat. | <p>Instruksi pada kemasan obat mungkin memberikan informasi tentang cara yang tepat untuk mengeluarkan suppositoria dari kemasan tanpa merusak atau menyia-nyiakan produk. Dengan mengikuti instruksi tersebut, tenaga medis dapat memaksimalkan penggunaan suppositoria dan menghindari pemborosan.</p>  |
| 5. Jika diperlukan, aplikasikan pelumas yang direkomendasikan pada ujung suppositoria | <p>Penggunaan pelumas pada ujung suppositoria dapat meningkatkan efektivitas suppositoria dengan memastikan bahwa bahan aktifnya dapat diserap dengan baik oleh jaringan rektal.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Pelumas membantu suppositoria meluncur dengan lancar dan merata di dalam rektum, memungkinkan bahan aktifnya untuk diabsorpsi dengan lebih efisien.</p>  |
| 6. Dengan satu tangan, pisahkan pipi bokong agar area rektal terlihat. | <p>Memisahkan pipi bokong membantu memberikan akses yang optimal ke area rektal. Dengan memisahkan pipi bokong, tenaga medis dapat melihat dengan jelas area rektal dan memastikan suppositoria ditempatkan dengan tepat. Ini memungkinkan untuk pemberian obat yang akurat dan efektif.</p>  |
| 7. Dengan tangan lain yang mengenakan sarung tangan medis, masukkan suppositoria secara perlahan ke dalam rektum pasien. | <p>Memasukan suppositoria ke dalam rektum sejauh yang dianjurkan</p>  |

| | |
|--|--|
| 8. Dorong suppositoria ke dalam rektum sejauh yang dianjurkan pada instruksi obat atau sesuai dengan panduan dokter. | Mendorong suppositoria ke dalam rektum sejauh yang dianjurkan juga memastikan penyerapan obat yang optimal oleh jaringan rektal. Dalam banyak kasus, suppositoria dirancang untuk melepaskan bahan aktifnya secara bertahap saat mencair di dalam rektum. Dengan memasukkan suppositoria sejauh yang dianjurkan, bahan aktif dapat diserap dengan baik oleh jaringan rektal dan mencapai sasaran terapeutik |
| 9. Setelah memasukkan suppositoria, tarik tangan dengan lembut dan pastikan suppositoria tidak keluar dari rektum. | Menarik tangan dengan lembut dan memastikan suppositoria tetap berada di dalam rektum membantu menjaga efektivitas pengobatan. Jika suppositoria keluar dari rektum sebelum bahan aktifnya sepenuhnya diserap, efek terapeutiknya dapat berkurang. Dengan menjaga suppositoria tetap berada di dalam rektum, obat dapat bekerja seperti yang diharapkan dan memberikan manfaat yang diinginkan. |
| 10. Bersihkan area sekitar rektal dengan tisu atau kain kasa yang lembut jika diperlukan. | Membersihkan area sekitar rektal setelah pemberian suppositoria adalah langkah penting untuk menjaga kebersihan dan higienitas. Selama pemberian suppositoria, ada kemungkinan terjadinya kontak dengan kotoran atau sisa-sisa obat di sekitar area rektal. Dengan membersihkan area tersebut menggunakan tisu atau kain kasa yang bersih, risiko infeksi atau kontaminasi dapat dikurangi. |
| 11. Buang sarung tangan medis dan bahan bekas pakai ke wadah pembuangan limbah medis yang sesuai. | Memisahkan dan membuang sarung tangan medis dan bahan bekas pakai ke wadah limbah medis yang sesuai juga membantu mencegah kontaminasi silang. Bahan-bahan bekas pakai yang terkontaminasi dengan bahan biologis atau kimia berpotensi menjadi sumber penyebaran infeksi atau kontaminasi jika tidak dibuang dengan benar. Dengan mengisolasi dan membuangnya dalam wadah limbah medis yang sesuai, kita dapat mengurangi risiko kontaminasi silang. |

| D. Fase Terminasi | |
|--|--|
| 1. Berikan informasi kepada pasien tentang tindakan selanjutnya, seperti waktu yang diperlukan untuk efek obat atau petunjuk pasca-pemberian yang perlu diikuti. | <p>Memberikan informasi kepada pasien tentang tindakan selanjutnya juga penting untuk melanjutkan perawatan yang konsisten. Pasien mungkin diberi petunjuk tentang jadwal penggunaan obat yang harus diikuti, dosis yang tepat, atau perawatan lanjutan yang diperlukan setelah pemberian suppositoria. Ini membantu pasien mematuhi rencana perawatan yang telah ditentukan oleh profesional kesehatan</p>  |
| 2. Jelaskan kepada pasien bahwa mereka harus tetap dalam posisi yang nyaman setelah pemberian suppositoria untuk memungkinkan obat diserap dengan baik. | |
| 3. Pastikan pasien memiliki akses ke fasilitas kebersihan, seperti toilet atau kamar mandi, jika mereka merasa perlu untuk buang air besar dalam waktu singkat setelah pemberian suppositoria. | <p>Dengan tetap dalam posisi yang nyaman, pasien membantu memastikan bahwa suppositoria tetap di tempatnya dan memberikan waktu yang cukup bagi obat untuk diserap sepenuhnya. Pasien yang merasa perlu buang air besar setelah pemberian suppositoria mungkin mengalami dorongan yang kuat untuk mengosongkan usus mereka. Dalam situasi seperti ini, penting untuk memastikan bahwa pasien memiliki akses yang mudah dan aman ke fasilitas kebersihan, seperti toilet atau kamar mandi. Memungkinkan pasien untuk segera</p> |

| | |
|---|--|
| | mengatasi kebutuhan fisiologis mereka membantu mencegah ketidaknyamanan yang berlebihan atau masalah kesehatan yang mungkin timbul. |
| 4. Berikan dukungan dan jawab pertanyaan pasien tentang pemberian obat atau efek yang mungkin mereka rasakan. | Pasien memiliki hak untuk memahami pengobatan yang mereka terima dan efek yang mungkin mereka rasakan. Dengan memberikan dukungan dan menjawab pertanyaan pasien, tenaga kesehatan dapat memberikan informasi yang akurat dan jelas tentang suppositoria yang diberikan, dosis yang tepat, dan kemungkinan efek samping yang mungkin terjadi. Hal ini membantu pasien merasa lebih terinformasi dan memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang perawatan yang mereka terima. |
| Evaluation (E): Evaluasi | |
| 1. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan | Mengetahui kondisi pasien setelah melakukan tindakan pemberian suppositoria |
| 2. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Mengetahui hasil tindakan pemberian suppositoria dan keberhasilannya. |
| Sikap | |
| 1. Menerapkan hand hygienes sebelum dan sesudah tindakan | Menerapkan konsep antiseptic dan aseptic untuk mengurangi kontaminasi |
| 2. Melakukan tindakan dengan sistematis | Mempergunakan waktu secara efisien agar pasien merasa tenang. |
| 3. Komunikatif dengan pasien | Membangun rasa percaya diri pasien dan perawatan dalam bekerjasama |
| 4. Percaya diri | Memberikan ketenangan bagi perawat dalam bekerja |

Daftar Pustaka

- American Society of Health-System Pharmacists. (2018). ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(19), 1493-1517. doi:10.2146/ajhp160906
- American Medical Association. (2016). Code of Medical Ethics: Informed Consent. Retrieved from <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>
- Beach, M. C., Inui, T., & Relationship-Centered Care Research Network. (2006). Relationship-centered care. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 1), S3-S8. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Hand hygiene in healthcare settings. Diakses pada 14 Oktober 2023, dari <https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html>
- Epstein, R. M., & Street Jr., R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. doi:10.1370/afm.1239
- Jones, A. B., & Brown, C. D. (2020). Rectal suppositories: An effective route for drug administration. *Journal of Pharmacy Practice*, 25(3), 234-243.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Medicines optimisation: The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Medicines optimisation: The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/chapter/Recommendations#ensuring-medicines-optimisation>
- Smith, J. K., Johnson, L. M., & Anderson, R. W. (2018). The use of rectal suppositories as an alternative drug delivery method. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 104(2), 356-362.
- The Joint Commission. (2019). Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Retrieved from https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/eccc/cultural_competence_web_version_06_19_2019.pdf

World Health Organization (WHO). (2019). Infection Prevention and Control Guidelines. Diakses pada 14 Oktober 2023, dari <https://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-guidelines/en/>

BAB XI

RELAKSASI NAPAS DALAM

DAN BATUK EFEKTIF

Fenti Hasnani, S.Kep., Ners., MA.Kes



BAB XI

RELAKSASI NAPAS DALAM DAN BATUK EFEKTIF

Fenti Hasnani, S.Kep., Ners., MA.Kes.

1. Definisi

Batuk efektif dan nafas dalam merupakan teknik batuk efektif yang menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari aspirasi yang bertujuan: merangsang terbukanya sistem kolateral, meningkatkan distribusi ventilasi, meningkatkan volume paru, memfasilitasi pembersihan saluran nafas (Jenkins, 2006 dalam (Permatasari, Sudayanti, & Metrikayanto, 2017).

2. Tujuan (Wiharni, 2022)

- a. Mengeluarkan semua udara dari dalam paru-paru dan saluran nafas sehingga menurunkan frekuensi sesak nafas
- b. Menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal
- c. Melatih otot-otot pernafasan agar dapat melakukan fungsinya dengan baik
- d. Melatih klien agar terbiasa melakukan cara pernafasan dengan baik

3. Indikasi

- a. Pasien dengan gangguan COPD/PPOK.
- b. Pasien dengan gangguan saluran nafas akibat akumulasi secret
- c. Pasien setelah menggunakan bronkodilator

4. Kontraindikasi

- a. Pasien yang mengalami peningkatan tekanan intra kranial (TIK)
- b. Pasien dengan pneumotoraks
- c. Pasien dengan hemoptysis
- d. Pasien dengan efusi pleura yang luas
- e. Pasien dengan gangguan kardiovaskular (hipertensi berat, aneurisma, gagal jantung, infark miocard), dan emfisema karena dapat menyebabkan ruptur dinding alveolar

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

- a. Pasien dengan keluhan pusing dan sakit kepala

- b. Pasien dengan luka Operasi laparotomy

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, umur 50 tahun datang ke poliklinik dengan sesak napas. Hasil pengkajian: sesak dan tidak bisa batuk, sulit mengeluarkan dahak, tampak gelisah. TD 140/90 mmHg, Suhu 36.7°C, frekuensi nadi 91x/menit, frekuensi napas 28x/menit, SpO₂ : 88%.

Pertanyaan:

Apakah tindakan utama yang harus dilakukan pada kasus tersebut di atas?

- a. Melakukan pemeriksaan fisik pernafasan
- b. Memberikan pasien posisi fowler
- c. Memberikan relaksasi nafas dalam dan batuk efektif
- d. Merubah posisi pasien setiap 30 menit
- e. Memberikan O₂ melalui face mask

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci Jawaban: C

Dari data yang diperoleh melalui pengkajian, diketahui pasien mengeluh sesak napas dan tidak bisa batuk. Hal ini menunjukkan adanya penyumbatan pada saluran pernapasan. Salah satu penyebab penyumbatan saluran napas adalah akumulasi dari sekret (sputum). Solusi tindakan utama dalam kasus ini adalah mengeluarkan sekret dengan cara relaksasi napas dalam dan batuk efektif.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|---|-------------------|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan tindakan sesuai indikasi: <ul style="list-style-type: none"> a. Kaji apakah pasien dengan gangguan fungsi pernafasan b. Kaji apakah pasien mengalami gangguan fungsi otak c. Kaji apakah pasien dengan gangguan kardiovaskular d. Kaji apakah pasien dengan luka post laparotomi | |

| | |
|--|---|
| 2. Review catatan medis dokter dan program terapi | Untuk memastikan instruksi dokter dan kebutuhan terapi pasien  |
| 3. Perawat menggunakan masker | Mencegah infeksi nosokomial  |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi | |
| 1) Persiapan Alat | |
| 2) Sputum Pot (alternatif pengganti: gelas plastik dengan tutup) | Tempat menampung sputum  |
| 3) Perlak/pengalas | Menghindari kotoran mengenai pakaian pasien  |
| 4) Tissue | Untuk membersikan mulut pasien setelah batuk  |

| | |
|---|---|
| 5) Bengkok | Untuk menampung bahan yang telah habis dipakai seperti tissue  |
| 6) Air minum hangat | Untuk melegakan pernapasan, meningkatkan sirkulasi dan membuat pasien rileks  |
| 7) Antiseptic (lysol) | Sebagai pembunuh kuman yang terdapat pada sputum  |
| 8) Sarung tangan dan masker (untuk perawat) | Menghindari penularan kuman penyakit  |
| Persiapan Lingkungan Tutup tirai | Menjaga kehormatan dan memberi rasa nyaman pasien |

| | |
|--|--|
| |  |
| Persiapan Pasien 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien. | Memastikan identitas pasien yang akan dilakukan tindakan sudah benar. |
| 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan waktu tindakan | Agar pasien mengerti dan kooperatif saat dilakukan tindakan |
| 3. Tinggikan tempat tidur | Memberikan posisi kerja nyaman dan mencegah cedera |
| 4. Turunkan penghalang tempat tidur | Memudahkan saat melakukan pekerjaan  |
| 5. Menyiapkan alat dan bawa ke dekat bed pasien | Memudahkan melakukan tindakan  |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| C. Fase Kerja | |
| 1. Cuci tangan 6 langkah | Mencegah penularan penyakit  |

| | |
|---|--|
| 2. Memakai sarung tangan. | Mencegah terjadinya kontaminasi antara perawat dengan pasien  |
| 3. Anjurkan minum air hangat sebelum memulai latihan batuk efektif (Wiharni, 2022) | Vaso dilatasi pada otot pernafasan |
| 4. Mengatur posisi pasien yang nyaman (semi fowler atau fowler). Usahakan pasien rileks dan tenang. | Meningkatkan kenyamanan dan memberikan ruang pada pernapasan pasien (Ayundari, 2022).  |
| 5. Letakan satu tangan pasien di dada dan satu tangan di perut. | Agar pasien merasakan pergerakan pernasafasan di dada dan perut serta menambah kekuatan dan tahanan pada bagian otot perut  |
| 6. Anjurkan pasien menarik napas melalui hidung jaga mulut tetap tertutup, tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan minta pasien konsentrasi pada pengembangan perut (lakukan dengan 3 hitungan atau 3 | Membuka saluran pernafasan, mengisi paru paru dengan oksigen. Selama proses inhalasi, diafragma berkontraksi, sehingga paru-paru dapat mengembang ke |

| | |
|--|---|
| <p>detik). Anjurkan pasien menahan napas selama 3 hitungan.</p> <p>7. Anjurkan pasien menghembuskan napas perlahan melalui mulut (seperti bersiul).</p> | <p>ruang ekstra dan memasukan oksigen sebanyak yang diperlukan (Abdurachman, 2022)</p>  |
| <p>8. Memasang perlak/ alas dan bengkok di pangkuan klien bila duduk.</p> | <p>Mencegah kotoran (dahak atau muntah) pasien mngenai pakaian.</p>  |
| <p>8. Anjurkan pasien mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali dan setelah tarik napas dalam yang ke 3 minta pasien untuk batuk dengan kuat membuang dahak pada tempat sputum.</p> | <p>Meningkatkan kapasitas paru, mencegah atelectasis, membebaskan jalan napas mengeluarkan dan mencegah akumulasi sputum</p>  |
| <p>9. Berikan lysol dan tutup rapat tempat sputum serta letakkan di troley bagian bawah.</p> | <p>Membunuh kuman pada sputum</p>  |

| | |
|--|---|
| 10. Beri minum hangat kepada pasien dan berikan tissue pada pasien dan minta pasien membersihkan mulutnya | Memberikan rasa nyaman dan mengurangi nyeri pada tenggorokan (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2017) |
| 11. Lepaskan pengalas dada dan letakkan di trolley bagian bawah. | |
| D. Fase Terminasi | |
| 1. Beri reinforcement positif | Meningkatkan harga diri pasien dan rasa terimakasih dari perawat |
| 2. Rapikan alat | Merapikan alat-alat yang telah dipakai. |
| 3. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan | Mencegah penularan penyakit |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Tanyakan pada pasien bagaimana perasaannya 2. Kaji jumlah dan warna sputum 3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan | Mengetahui hasil dari tindakan yang telah diberikan. Mempersiapkan bahan pemeriksaan laboratorium Memberikan informasi mengenai tindakan yang telah dilakukan |
| Sikap | |
| 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien dan Percaya diri | Mencegak infeksi nasokomial Mempermudah dan mencegah kesalahan dalam tindakan Membina hubungan saling percaya |

Daftar Pustaka

- Abdurachman. (2022). Diaphragmatic Breathing, Bukan Sekadar Bernapas. Retrieved from Universitas Airlangga Official Website website: file:///C:/Users/ferdi/Downloads/Diaphragmatic Breathing, Bukan Sekadar Bernapas - Universitas Airlangga Official Website.html
- Ayundari, W. (2022). Posisi Fowler dan Semi Fowler dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen Pasien Infark Miokard Akut. Retrieved from Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan website: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/439/posisi-fowler-duduk-dan-semi-fowler-setengah-duduk-dalam-meningkatkan-saturasi-oksigen-pasien-infark-miokard-akut-imaami
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2017). Tahukah Anda Manfaat Minum Air Putih Hangat Untuk Kesehatan. Retrieved from <https://dinkes.sumutprov.go.id/artikel/tahukah-anda-manfaat-minum-air-putih-hangat-untuk-kesehatan>
- Permatasari, A. N., Sudayanti, N. L. P. E., & Metrikayanto, W. D. (2017). Pemberian Nafas Dalam, Batuk Efektif dan Kebersihan Jalan Nafas Pada Anak Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA). *Journal of Applied Nursing (Jurnal Keperawatan Terapan)*, 3(2), 64. [https://doi.org/10.31290/jkt.v3i2y\(2017\).page:64-69](https://doi.org/10.31290/jkt.v3i2y(2017).page:64-69)
- Wiharni, R. (2022). Teknik Batuk Efektif Dan Etika Batuk Yang Benar. Retrieved from Kemenkes RI website: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1/teknik-batuk-efektif-dan-etika-batuk-yang-benar

BAB XII

PEMAKAIAN DAN PELEPASAN MASKER

RESPIRATORIK PARTIKULAT

Ratna Ningsih, SKp, M.Kep.



BAB XII

PEMAKAIAN DAN PELEPASAN MASKER RESPIRATORIK

PARTIKULAT

Ratna Ningsih, SKp, M.Kep.

1. Definisi

MASKER N95 RESPIRATOR digunakan sebagai perlindungan pernapasan bagi pemakainya, misalnya untuk mencegah paparan partikel-partikel biologis udara, termasuk bakteri dan virus (mikroorganisme), partikel yang dihasilkan oleh elektrokauter, operasi laser, dan instrumen medis bertenaga lainnya. Selain itu, masker ini juga dapat digunakan sebagai masker bedah yang tahan terhadap percikan cairan, darah, dan bahan infeksi lainnya.

2. Tujuan

Mencegah penularan virus dan bakteri secara droplet

3. Indikasi

MASKER N95 digunakan sebagai perlindungan pernapasan bagi pemakai dari partikel-partikel biologis seperti bakteri dan virus dari udara, sehingga dapat membantu mencegah penularan penyakit infeksi saluran pernafasan.

Secara umum virus dan bakteri menyebar melalui droplet atau percikan dari produk saluran pernapasan seperti percikan ingus, bersin dan batuk, maka orang yang wajib menggunakan masker adalah mereka yang mengalami demam, sedang flu/batuk/bersin, dan orang yang sedang dalam pemulihan dari sakit. Hal ini dikarenakan orang yang demam dan dalam pemulihan berada dalam kondisi imunitas tubuh yang kurang baik, sehingga harus melindungi dirinya dari kemungkinan risiko paparan. Orang-orang ini diwajibkan menggunakan masker bedah biasa.

4. Kontraindikasi

MASKER N95 RESPIRATOR tidak ditujukan untuk pekerja industri. Masker ini tidak boleh digunakan pada daerah atau tempat dengan kadar oksigen kurang dari 19,5%. Tidak untuk digunakan sebagai pelindung pernapasan ketika berada di ruangan dengan atmosfir yang membahayakan kehidupan dan kesehatan. Masker ini juga tidak ditujukan untuk digunakan pada daerah bergas, berasap, dan aerosol yang mengandung minyak.

5. Hal yang perlu diperhatikan

Jangan menyentuh bagian dalam masker dan mencuci masker ini. Jika masker sudah mengalami kerusakan, bernapas menjadi sulit, dan masker sudah terkena darah atau cairan tubuh, maka sebaiknya mengganti masker Anda dengan masker yang baru.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 56 tahun, dirawat di RS karen batu yang tidak sembuh-sembuh sejak sebulan yang lalu. Perawat akan mengajarkan penggunaan masker yang tepat untuk mencegah infeksi nosokomial. Perawat telah meminta pasien untuk memegang bagian luar masker dan meletakkan di bawah dagu, dengan bagian nosepiece/logam berada di bagian hidung.

Pertanyaan:

Apakah langkah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut di atas?

- a. Mencuci tangan
- b. Memastikan masker tidak bocor
- c. Pastikan tidak ada celah antara masker dan wajah
- d. Menarik karet atas ke bagian kepala atas dan bawah
- e. Buang masker yang sudah digunakan ke tempat sampah

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci jawaban: D

Langkah prosedural yang harus dilakukan adalah memastikan karet fiksasi masker terpasang dengan benar dengan cara menarik karet masker atas kebagian belakang atas kepala dan karet bagian bawah ditarik ke arah belakang bawah kepala sehingga masker terpasang sempurna.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|---|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi | |
| 1. Kaji status kesehatan klien 2. Review catatan medis dokter | Identifikasi keluhan dan masalah pasien Identifikasi alasan menggunakan masker N95 |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| B. Fase Orientasi | |
| 1. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ol style="list-style-type: none"> Masker N95 sesuai ukuran (Sebelum digunakan, pastikan masker tersimpan dalam plastik kemasan yang tertutup untuk menghindari kontaminasi). Sanitizer | Mampu melindungi pemakai dari <i>droplet</i> dan cairan yang berbentuk partikel kecil seperti <i>aerosol</i> sampai 95%  Sebagai antiseptik  |
| 2. PERSIAPAN LINGKUNGAN Pastikan karet bagian atas dan bawah cukup elastis sebelum diaplikasikan ke wajah. | Mencegah iritasi jika tidak elastis |
| 3. PERSIAPAN PASIEN <ol style="list-style-type: none"> Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien. Jelaskan tujuan, prosedur dan waktu tindakan Tinggikan tempat tidur | |

| | |
|---|--|
| d. Turunkan penghalang tempat tidur | |
| Implementation (I) : Implementasi | |
| C. Fase Kerja | |
| 1. Mencuci tangan terlebih dahulu sebelum menggunakan masker, boleh menggunakan air mengalir dengan sabun, boleh juga menggunakan cairan antiseptik berbahan dasar alkohol | Mencegah infeksi silang |
| 2. Pegang bagian luar masker dan letakkan di bawah dagu, dengan bagian nosepiece/logam berada di bagian hidung. |  |
| 3. Selanjutnya, tarik karet atas ke bagian kepala atas dan karet bagian bawah ditarik ke arah belakang kepala |  |
| 4. Tekan bagian atas masker yang ada kawatnya hingga mengikuti lekuk tulang hidung. Pastikan tidak ada celah antara masker dan wajah |  |
| 5. Lakukan tes kebocoran dengan cara meniup sekencang-kencangnya, apakah ada celah atau tidak, kemudian menghisap sekeras-kerasnya dan rasakan seperti ketarik kedalam. 6. Hindari menyentuh masker, terutama bagian luar, selama pemakaian. Jika tidak sengaja menyentuh masker, cuci tangan menggunakan sabun atau handrub |  |

| | |
|--|--|
| Membuka Masker | |
| 7. Ganti masker jika rusak, kotor, atau basah 8. Lepas masker yang telah digunakan dengan hanya memegang tali mulai dari tali yang bawah kemudian yang atas dan langsung dibuang ke tempat sampah medis |  |
| 9. Buanglah masker dengan benar ke dalam tempat sampah yang tertutup |  |
| 10. Cucilah tangan pakai sabun atau bahan berbasis alkohol dengan baik dan benar | |
| D. Fase Terminasi | |
| 1. Rapikan alat 2. Cuci tangan | |
| Evaluation (E) : Evaluasi | |
| 1. Evaluasi ketepatan pemakaian masker 2. Tanyakan jika ada tahapan yang belum dipahami | |
| Sikap | |
| 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Percaya diri | |

Daftar Pustaka

<https://infeksiemerging.kemkes.go.id/warta-infem/beginilah-cara-memakai-dan-melepaskan-masker-yang-benar>

<https://www.halodoc.com/obat-dan-vitamin/masker-n95-respirator>

BAB XIII

PENYULUHAN KESEHATAN

Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes.



BAB XIII

PENYULUHAN KESEHATAN

Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes.

1. Definisi

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan kepada masyarakat sehingga tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan, Sulistiawati (2001) dalam (Nurmala Ira dkk, 2018). Pengertian lain menurut Dekkes 2002, Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan Pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Nurmala Ira dkk, 2018).

2. Tujuan

Tujuan penyuluhan kesehatan dapat membentuk perilaku yang baru, memelihara perilaku sehat yang telah ada mulai tingkat individu, keluarga dan masyarakat dalam lingkungan yang sehat sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

Kegiatan penyuluhan bertujuan untuk mengingkatkan pengetahuan dan sikap partisipan tentang penyakit dialami pasien dan upaya pencegahannya (Tamara Y.H. dkk. 2022)

3. Indikasi

- a. Rendahnya pengetahuan individu, keluarga dan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat (suatu penyakit)
- b. Adanya keyakinan masyarakat yang bertentangan dengan perilaku sehat (suatu penyakit)
- c. Rendahnya pemahaman dalam meningkatkan dan memelihara kondisi kesehatannya baik secara individu, keluarga dan masyarakat

4. Hal yang perlu diperhatikan saat kegiatan penyuluhan kesehatan

a. Materi atau pesan

Materi atau pesan yang disampaikan hendaknya memenuhi persyaratan berikut:

- 1) Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti
- 2) Materi tidak sulit dan mudah dipahami
- 3) Menggunakan alat peraga
- 4) Materi sesuai kebutuhan

5. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Penyuluhan

a. Faktor Penyuluhan

- 1) Persiapan
- 2) Penguasaan materi
- 3) Penampilan
- 4) Penggunaan bahasa
- 5) Intonasi
- 6) Cara penyampaian

b. Faktor Sasaran

- 1) Tingkat pendidikan
- 2) Tingkat sosial ekonomi
- 3) Kepercayaan dan adat
- 4) Kondisi lingkungan

c. Faktor Proses Penyuluhan

- 1) Pilihan Waktu
- 2) Tempat
- 3) Jumlah sasaran
- 4) Alat peraga
- 5) Metode

6. Contoh Kasus

Hasil pendataan di Puskesmas menunjukkan peningkatan angka kejadian Hipertensi di suatu desa. Berdasarkan wawancara dengan sejumlah kader di wilayah Desa tersebut didapatkan data , 70% masyarakat penderita hipertensi sering makan makanan bergaram dan menganggap konsumsi garam tidak ada kaitannya dengan hipertensi.

Apa tindakan yang tepat dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- a. Membuat poster tentang pentingnya makanan bagi penderita hipertensi
- b. Penyuluhan kesehatan pada masyarakat tentang hipertensi
- c. Melakukan skrining kejadian hipertensi pada masyarakat
- d. Melakukan kolaborasi pemberian obat hipertensi
- e. Meningkatkan keaktifan kader posyandu

7. Pembahasan Soal Kasus

Kunci Jawaban: b

Rasional:

- A. Pembuatan poster hanya berupaya mengurangi kejadian hipertensi melalui media satu arah.
- B. Penyuluhan kesehatan paling tepat dilakukan pada kasus karena adanya mis-persepsi masyarakat tentang hipertensi dan makanan pantangan hipertensi
- C. Skrining hipertensi belum prioritas penyelesaian masalah peningkatan kasus hipertensi.
- D. Kolaborasi pemberian obat anti hipertensi adalah upaya kuratif tapi tidak sesuai dengan masalah klien.
- E. Meningkatkan keaktifan kader posyandu bukan merupakan permasalahan utama yang dialami masyarakat.

| ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI | RASIONAL & GAMBAR |
|--|-------------------|
| Assessment (A) : Pengkajian | |
| A. Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan kesehatan masyarakat 2. Kaji data kebutuhan kesehatan masyarakat 3. Survei Mawas Diri 4. <i>Inform Consent</i> 5. <i>Pre-test Questioner</i> | |
| Planning (P) : Perencanaan | |
| a) | |



X-banner



Leaflet halaman pertama



Leaflet halaman kedua



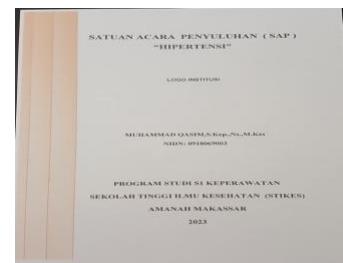
Lakban dan plester timbal balik



Buku catatan dan pulpen



Papan Pengumuman



Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

| DAFTAR HADIR PENYULUHAN | | | | |
|---|--------------|--------|--------------|------------|
| Tgl. Pelaksanaan : 19 Januari 2023 Tempat Pelaksanaan : Aula STIKES Amnah Makassar | | | | |
| No | Nama Peserta | Alamat | Tanda Tangan | Keterangan |
| 1. | | | ✓ | |
| 2. | | | ✓ | |
| 3. | | | ✓ | |
| 4. | | | ✓ | |
| 5. | | | ✓ | |
| 6. | | | ✓ | |
| 7. | | | ✓ | |
| 8. | | | ✓ | |
| 9. | | | ✓ | |
| 10. | | | ✓ | |
| 11. | | | ✓ | |
| 12. | | | ✓ | |
| 13. | | | ✓ | |
| 14. | | | ✓ | |
| 15. | | | ✓ | |
| 16. | | | ✓ | |
| 17. | | | ✓ | |
| 18. | | | ✓ | |
| 19. | | | ✓ | |
| 20. | | | ✓ | |
| 21. | | | ✓ | |
| 22. | | | ✓ | |
| 23. | | | ✓ | |
| 24. | | | ✓ | |
| 25. | | | ✓ | |
| 26. | | | ✓ | |
| 27. | | | ✓ | |
| 28. | | | ✓ | |
| 29. | | | ✓ | |
| 30. | | | ✓ | |
| 31. | | | ✓ | |
| 32. | | | ✓ | |
| 33. | | | ✓ | |
| 34. | | | ✓ | |
| 35. | | | ✓ | |
| 36. | | | ✓ | |
| 37. | | | ✓ | |
| 38. | | | ✓ | |
| 39. | | | ✓ | |
| 40. | | | ✓ | |
| 41. | | | ✓ | |
| 42. | | | ✓ | |
| 43. | | | ✓ | |
| 44. | | | ✓ | |
| 45. | | | ✓ | |
| 46. | | | ✓ | |
| 47. | | | ✓ | |
| 48. | | | ✓ | |
| 49. | | | ✓ | |
| 50. | | | ✓ | |
| 51. | | | ✓ | |
| 52. | | | ✓ | |
| 53. | | | ✓ | |
| 54. | | | ✓ | |
| 55. | | | ✓ | |
| 56. | | | ✓ | |
| 57. | | | ✓ | |
| 58. | | | ✓ | |
| 59. | | | ✓ | |
| 60. | | | ✓ | |
| 61. | | | ✓ | |
| 62. | | | ✓ | |
| 63. | | | ✓ | |
| 64. | | | ✓ | |
| 65. | | | ✓ | |
| 66. | | | ✓ | |
| 67. | | | ✓ | |
| 68. | | | ✓ | |
| 69. | | | ✓ | |
| 70. | | | ✓ | |
| 71. | | | ✓ | |
| 72. | | | ✓ | |
| 73. | | | ✓ | |
| 74. | | | ✓ | |
| 75. | | | ✓ | |
| 76. | | | ✓ | |
| 77. | | | ✓ | |
| 78. | | | ✓ | |
| 79. | | | ✓ | |
| 80. | | | ✓ | |
| 81. | | | ✓ | |
| 82. | | | ✓ | |
| 83. | | | ✓ | |
| 84. | | | ✓ | |
| 85. | | | ✓ | |
| 86. | | | ✓ | |
| 87. | | | ✓ | |
| 88. | | | ✓ | |
| 89. | | | ✓ | |
| 90. | | | ✓ | |
| 91. | | | ✓ | |
| 92. | | | ✓ | |
| 93. | | | ✓ | |
| 94. | | | ✓ | |
| 95. | | | ✓ | |
| 96. | | | ✓ | |
| 97. | | | ✓ | |
| 98. | | | ✓ | |
| 99. | | | ✓ | |
| 100. | | | ✓ | |
| 101. | | | ✓ | |
| 102. | | | ✓ | |
| 103. | | | ✓ | |
| 104. | | | ✓ | |
| 105. | | | ✓ | |
| 106. | | | ✓ | |
| 107. | | | ✓ | |
| 108. | | | ✓ | |
| 109. | | | ✓ | |
| 110. | | | ✓ | |
| 111. | | | ✓ | |
| 112. | | | ✓ | |
| 113. | | | ✓ | |
| 114. | | | ✓ | |
| 115. | | | ✓ | |
| 116. | | | ✓ | |
| 117. | | | ✓ | |
| 118. | | | ✓ | |
| 119. | | | ✓ | |
| 120. | | | ✓ | |
| 121. | | | ✓ | |
| 122. | | | ✓ | |
| 123. | | | ✓ | |
| 124. | | | ✓ | |
| 125. | | | ✓ | |
| 126. | | | ✓ | |
| 127. | | | ✓ | |
| 128. | | | ✓ | |
| 129. | | | ✓ | |
| 130. | | | ✓ | |
| 131. | | | ✓ | |
| 132. | | | ✓ | |
| 133. | | | ✓ | |
| 134. | | | ✓ | |
| 135. | | | ✓ | |
| 136. | | | ✓ | |
| 137. | | | ✓ | |
| 138. | | | ✓ | |
| 139. | | | ✓ | |
| 140. | | | ✓ | |
| 141. | | | ✓ | |
| 142. | | | ✓ | |
| 143. | | | ✓ | |
| 144. | | | ✓ | |
| 145. | | | ✓ | |
| 146. | | | ✓ | |
| 147. | | | ✓ | |
| 148. | | | ✓ | |
| 149. | | | ✓ | |
| 150. | | | ✓ | |
| 151. | | | ✓ | |
| 152. | | | ✓ | |
| 153. | | | ✓ | |
| 154. | | | ✓ | |
| 155. | | | ✓ | |
| 156. | | | ✓ | |
| 157. | | | ✓ | |
| 158. | | | ✓ | |
| 159. | | | ✓ | |
| 160. | | | ✓ | |
| 161. | | | ✓ | |
| 162. | | | ✓ | |
| 163. | | | ✓ | |
| 164. | | | ✓ | |
| 165. | | | ✓ | |
| 166. | | | ✓ | |
| 167. | | | ✓ | |
| 168. | | | ✓ | |
| 169. | | | ✓ | |
| 170. | | | ✓ | |
| 171. | | | ✓ | |
| 172. | | | ✓ | |
| 173. | | | ✓ | |
| 174. | | | ✓ | |
| 175. | | | ✓ | |
| 176. | | | ✓ | |
| 177. | | | ✓ | |
| 178. | | | ✓ | |
| 179. | | | ✓ | |
| 180. | | | ✓ | |
| 181. | | | ✓ | |
| 182. | | | ✓ | |
| 183. | | | ✓ | |
| 184. | | | ✓ | |
| 185. | | | ✓ | |
| 186. | | | ✓ | |
| 187. | | | ✓ | |
| 188. | | | ✓ | |
| 189. | | | ✓ | |
| 190. | | | ✓ | |
| 191. | | | ✓ | |
| 192. | | | ✓ | |
| 193. | | | ✓ | |
| 194. | | | ✓ | |
| 195. | | | ✓ | |
| 196. | | | ✓ | |
| 197. | | | ✓ | |
| 198. | | | ✓ | |
| 199. | | | ✓ | |
| 200. | | | ✓ | |
| 201. | | | ✓ | |
| 202. | | | ✓ | |
| 203. | | | ✓ | |
| 204. | | | ✓ | |
| 205. | | | ✓ | |
| 206. | | | ✓ | |
| 207. | | | ✓ | |
| 208. | | | ✓ | |
| 209. | | | ✓ | |
| 210. | | | ✓ | |
| 211. | | | ✓ | |
| 212. | | | ✓ | |
| 213. | | | ✓ | |
| 214. | | | ✓ | |
| 215. | | | ✓ | |
| 216. | | | ✓ | |
| 217. | | | ✓ | |
| 218. | | | ✓ | |
| 219. | | | ✓ | |
| 220. | | | ✓ | |
| 221. | | | ✓ | |
| 222. | | | ✓ | |
| 223. | | | ✓ | |
| 224. | | | ✓ | |
| 225. | | | ✓ | |
| 226. | | | ✓ | |
| 227. | | | ✓ | |
| 228. | | | ✓ | |
| 229. | | | ✓ | |
| 230. | | | ✓ | |
| 231. | | | ✓ | |
| 232. | | | ✓ | |
| 233. | | | ✓ | |
| 234. | | | ✓ | |
| 235. | | | ✓ | |
| 236. | | | ✓ | |
| 237. | | | ✓ | |
| 238. | | | ✓ | |
| 239. | | | ✓ | |
| 240. | | | ✓ | |
| 241. | | | ✓ | |
| 242. | | | ✓ | |
| 243. | | | ✓ | |
| 244. | | | ✓ | |
| 245. | | | ✓ | |
| 246. | | | ✓ | |
| 247. | | | ✓ | |
| 248. | | | ✓ | |
| 249. | | | ✓ | |
| 250. | | | ✓ | |
| 251. | | | ✓ | |
| 252. | | | ✓ | |
| 253. | | | ✓ | |
| 254. | | | ✓ | |
| 255. | | | ✓ | |
| 256. | | | ✓ | |
| 257. | | | ✓ | |
| 258. | | | ✓ | |
| 259. | | | ✓ | |
| 260. | | | ✓ | |
| 261. | | | ✓ | |
| 262. | | | ✓ | |
| 263. | | | ✓ | |
| 264. | | | ✓ | |
| 265. | | | ✓ | |
| 266. | | | ✓ | |
| 267. | | | ✓ | |
| 268. | | | ✓ | |
| 269. | | | ✓ | |
| 270. | | | ✓ | |
| 271. | | | ✓ | |
| 272. | | | ✓ | |
| 273. | | | ✓ | |
| 274. | | | ✓ | |
| 275. | | | ✓ | |
| 276. | | | ✓ | |
| 277. | | | ✓ | |
| 278. | | | ✓ | |
| 279. | | | ✓ | |
| 280. | | | ✓ | |
| 281. | | | ✓ | |
| 282. | | | ✓ | |
| 283. | | | ✓ | |
| 284. | | | ✓ | |
| 285. | | | ✓ | |
| 286. | | | ✓ | |
| 287. | | | ✓ | |
| 288. | | | ✓ | |
| 289. | | | ✓ | |
| 290. | | | ✓ | |
| 291. | | | ✓ | |
| 292. | | | ✓ | |
| 293. | | | ✓ | |
| 294. | | | ✓ | |
| 295. | | | ✓ | |
| 296. | | | ✓ | |
| 297. | | | ✓ | |
| 298. | | | ✓ | |
| 299. | | | ✓ | |
| 300. | | | ✓ | |
| 301. | | | ✓ | |
| 302. | | | ✓ | |
| 303. | | | ✓ | |
| 304. | | | ✓ | |
| 305. | | | ✓ | |
| 306. | | | ✓ | |
| 307. | | | ✓ | |
| 308. | | | ✓ | |
| 309. | | | ✓ | |
| 310. | | | ✓ | |
| 311. | | | ✓ | |
| 312. | | | ✓ | |
| 313. | | | ✓ | |
| 314. | | | ✓ | |
| 315. | | | ✓ | |
| 316. | | | ✓ | |
| 317. | | | ✓ | |
| 318. | | | ✓ | |
| 319. | | | ✓ | |
| 320. | | | ✓ | |
| 321. | | | ✓ | |
| 322. | | | ✓ | |
| 323. | | | ✓ | |
| 324. | | | ✓ | |
| 325. | | | ✓ | |
| 326. | | | ✓ | |
| 327. | | | ✓ | |
| 328. | | | ✓ | |
| 329. | | | ✓ | |
| 330. | | | ✓ | |
| 331. | | | ✓ | |
| 332. | | | ✓ | |
| 333. | | | ✓ | |
| 334. | | | ✓ | |
| 335. | | | ✓ | |
| 336. | | | ✓ | |
| 337. | | | ✓ | |
| 338. | | | ✓ | |
| 339. | | | ✓ | |
| 340. | | | ✓ | |
| 341. | | | ✓ | |
| 342. | | | ✓ | |
| 343. | | | ✓ | |
| 344. | | | ✓ | |
| 345. | | | ✓ | |
| 346. | | | ✓ | |
| 347. | | | ✓ | |
| 348. | | | ✓ | |
| | | | | |

| | |
|--|--|
| <p>Persiapan Peserta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan peserta memenuhi atau hadir sesuai dengan rencana penyuluhan 2. Memastikan peserta yang hadir sudah siap menerima materi penyuluhan | |
| <p>Persiapan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan lingkungan tidak panas dan tidak bising 2. Memastikan tempat kegiatan tidak mengganggu orang lain dan lingkungan sekitar | |
| <p>Implementation (I) : Implementasi</p> | |
| <p>C. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Menggali pemahaman peserta tentang materi yang akan disampaikan 5. Menjelaskan materi penyuluhan 6. Menyimpulkan hasil penyuluhan 7. Meminta peserta untuk bertanya tentang hal-hal yang belum diketahui terkait materi yang disampaikan 8. Memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang diajukan oleh peserta 9. Mengevaluasi peserta terhadap penyuluhan yang diberikan dengan mengajukan pertanyaan sesuai tujuan penyuluhan 10. Memberikan pujian (<i>reinforcement</i>) positif terhadap kemampuan peserta terkait hal positif yang telah dilakukan 11. Mendiskusikan kembali jawaban peserta bila tidak sesuai dengan materi yang disampaikan |   <p>Kegiatan Penyuluhan</p> |
| <p>D. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum menutup, beri <i>reinforcement</i> positif kembali atas kehadiran dan antusias peserta penyuluhan 2. Menutup kegiatan penyuluhan 3. Rapikan alat | |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Evaluation (E) : Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil <i>post test</i> peserta dengan memberikan selebaran (kuesioner) post test yang telah disediakan 2. Evaluasi Kegiatan Penyuluhan yang telah berlangsung 3. Mengambil daftar hadir penyuluhan dari peserta (dibuat sendiri) 4. Mencatat hal-hal penting selama pelaksanaan kegiatan penyuluhan antara lain jumlah peserta, pertanyaan yang diajukan dan kelancaran kegiatan penyuluhan dan hal lain yang dianggap penting |  <p>Kegiatan Post Test</p> |
| Sikap | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kontak mata dan posisi menghadap ke peserta penyuluhan 2. Memberikan <i>reinforcement</i> positif baik pada penanya dan atau yang menjawab dan kepada peserta secara umum 3. Komunikatif dengan peserta penyuluhan 4. Percaya diri | |

Daftar Pustaka

Nurmala, I. dkk, (2018) Promosi Kesehatan. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.

Tamara Y.H. dkk. (2022) Penyuluhan Kesehatan Berbasis Daring tentang Hipertensi pada Masa Pandemik Covid-19. Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat.

Sahar J, Setiawan A, Riasmini NM, Nies MA, McEwen M (2018). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, Edisi Pertama

Saraswati A, dkk. (2022) Penyuluhan Kesehatan Untuk Meningkatkan Pemahaman Kader Tentang Penanganan *Stunting* Pada Balita. Jurnal pengabdian kepada masyarakat Vol 9 No 1 209-2019.

PROFIL PENULIS



Sulastri, SKp., M. Kep. Lahir di Bangka, 12 September 1971. Saat ini bekerja sebagai dosen Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, Anatomi Fisiologi dan Manajemen Keperawatan di Akademi keperawatan Yaspen Jakarta. Penulis sudah memiliki sertifikat dosen dan jabatan fungsional lektor. Minat penelitian terkait keperawatan endokrin, kardiovaskuler dan keperawatan gawat darurat. Pendidikan terakhir adalah Magister Keperawatan Universitas Indonesia dengan konsentrasi keperawatan medikal bedah lulus tahun 2013. Penulis telah menulis beberapa buku berISBN yang berjudul Buku Pintar Perawatan Diabetes Melitus (Aplikasi, SDKI, SLKI dan SIKI), Dokumentasi Proses Keperawatan, Dasar-Dasar Imu Biomedik: Struktur dan Fungsi, dan Buku Kumpulan Soal Ukom DIII Keperawatan serta beberapa publikasi jurnal terakreditasi SINTA. Penulis juga telah menerbit beberapa Haki berupa buku, booklet, poster, dan artikel hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Saat ini penulis merupakan salah satu pengurus DPK PPNI Urindo dan Hipmebi DKI Jakarta.



Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep. Lahir di Krui Lampung Barat lahir pada tanggal 17 April 1981, telah menyelesaikan pendidikan dasar di SDN 1 Lampung Barat, SMP N 1 Lampung Barat dan menempuh pendidikan menengah di SMA Korpri IKIP Padang. Riwayat pendidikan tinggi yang telah dijalani diawali dari jenjang DIII Keperawatan di AKPER Ranah Minang Padang, Program S1 Keperawatan di PSIK Universitas Andalas Padang serta Program S2 Magister Manajemen Keperawatan di Universitas Andalas.Jakarta. Padang. Riwayat pekerjaan di bidang pendidikan di awali pada tahun 2003 di AKPER Ranah Minang dan berlangsung sampai saat ini dengan perubahan AKPER menjadi STIKes Ranah Minang sebagai dosen tetap di Yayasan Ranah Minang Padang. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pembaca.

PROFIL PENULIS



Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep. Lahir di Kabupaten Demak, Jawa Tengah. Riwayat Pendidikan. Penulis tahun 2014 lulus D3 Keperawatan di Akper Kesdam IV/Diponegoro Semarang, lulus S1 Keperawatan tahun 2016 dan Profesi Ners 2017 di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, program pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2019. Dosen pengajar di prodi pendidikan profesi ners di Universitas An Nuur 2020-sekarang. Pengalaman publikasi penulis pada jurnal nasional terakreditasi.



Lina Indrawati, S.Kep, Ns, M.Kep. Lahir di Jakarta pada tanggal 21 Oktober 1980. Mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan dan Ners tahun 2005 dari Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya Malang. Kemudian pada tahun 2014 menyelesaikan program Magister Keperawatan di Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan dengan program beasiswa BPPS dari Kemenristekdikti. Sejak tahun 2005 diangkat menjadi dosen tetap di STIKes Medistra Indonesia, Bekasi. Selain mengajar, penulis juga aktif melakukan penelitian di area Keperawatan Medikal Bedah dan Gerontik serta melakukan pengabdian masyarakat dan aktif menulis buku sejak tahun 2014 dan menghasilkan beberapa luaran HAKI dan publikasi hasil penelitian dan pengabdian masyarakat ke dalam jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional.

PROFIL PENULIS



Indriatie, SKp., MMKes. Lahir di Surabaya, 27 April 1965 adalah Dosen Tetap di Prodi Diploma III Keperawatan Sutomo Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Sebagai Profesi Dosen, mulai Asisten sampai Lektor Kepala dari Tahun 1988 sd sekarang (2023). Pendidikan Keperawatan yang ditempuh dari AKPER Sutomo Surabaya dan PSIK UNPAD. Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat yang dijalani dalam bidang keahlian keperawatan anak dan mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Konsep Dasar Keperawatan, Metodelogi Keperawatan dan Manajemen Keperawatan.



Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M. Kes. Lahir di Kondamara Kecamatan Lewa Sumba Timur NTT pada tanggal 10-02-1967. Lulus Sekolah perawat Kesehatan Depkes Waingapu tahun 1988, lulus program DIII keperawatan keguruan di Aper Tidung Ujung Pandang tahun 1996, Tamat S1 Keperawatan dan ners tahun 2003 UNAIR Surabaya, menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu kesehatan masyarakat pada Fakultas kedokteran Universitas Udayana tahun 2013. Awal karier sebagai perawat di RSUD TC Hillers Maumere 1990-1996, tahun 1997-2000 sebagai guru SPK Depkes di Kabupaten Sumba Timur, pada tahun 2003 sebagai dosen di Poltekkes kemenkes Kupang Program studi keperawatan sumba Timur waingapu. Tahun 2009 -2011 sebagai ketua program khusus di sumba barat, kemudian tahun 2018 Sebagai ketua prodi keperawatan waingapu sumba timur sampai sekarang. Pengalaman Organisasi, sebagai ketua PKK kecamatan pandawai tahun 2011 -2014, sebagai anggota dan penasehat PPNI tahun 2018 sd sekarang. Aktif juga sebagai ketua komisi lanjut usia, aktif dalam pengabmas dan penelitian.

PROFIL PENULIS



Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep. Lahir Di Kota Sungai Penuh, Provinsi Jambi. Riwayat Pendidikan Keperawatan Mulai Dari Pendidikan Diploma III (DIII) Keperawatan di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti Tamat Pada Tahun 2007. Srata 1 (S1) dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Indonesia Maju (STIKIM) Jakarta tamat tahun 2010, dan menyelesaikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada Tahun 2017. Riwayat Pekerjaan, sejak lulus dari pendidikan Ners tahun 2010 bekerja sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti sampai Saat ini.



Nadia Alfira, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Kabupaten Bulukumba. Riwayat Pendidikan, lulus di SDN 179 Tanahberu dan SDN 155 Centre Tanahberu, SMPN 1 Bontobahari dan SMAN 1 Bontobahari. Tahun 2011 lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners 2013 di UIN Alauddin Makassar, Program Pascasarjana Program Studi Magister Ilmu Keperawatan UNHAS Makasar lulus tahun 2017. Dosen pengajar S1 Keperawatan di STIKES Panrita Husada Bulukumba Tahun 2014 sampai sekarang. Penulis memiliki STR dan NIRA PPNI 73020320187 aktif. Pengalaman Penelitian sejak 2015 sampai sekarang penerima hibah penelitian oleh Kementerian Ristek Dikti untuk skema pemula (PDP). Buku yang sudah diterbitkan diantaranya "Buku ajar Sistem Pencernaan" dan "Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan : Luka Bakar". Pengalaman publikasi penulis pada jurnal nasional terakreditasi.

PROFIL PENULIS



Wahyu Riniasih, S.Kep., Ns., M.Kep. Perempuan kelahiran Grobogan 7 Februari 1983. Ibu dari dua anak yang senang dan tertarik pada Pendidikan Kesehatan terutama keperawatan gerontic. Latar belakang Pendidikan yang pernah di tempuh adalah D III Keperawatan STIKES Aisyiyah Surakarta yang sekarang sudah berubah bentuk menjadi Universitas, kemudian melanjutkan ke jenjang Pendidikan S1 Keperawatan beserta profesi di Universitas Diponegoro dan masih konsisten di keperawatan penulis melanjutkan ke Pendidikan S2 di UMY. Keseharian penulis adalah sebagai dosen tetap di prodi Diploma III Keperawatan, Fakultas Sains dan Kesehatan Universitas An Nuur. (UNAN)



Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.Kes. Lahir di Ambon 30 Julii 1961. Pendidikan SD, SMP dan SMA di P. Saparua. Pernah kuliah di Akper RS. PGI Cikini Jakarta, pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Masyarakat di FKM UNHAS. Lulus program sarjana keperawatan Fakultas kedokteran UGM dan Pasca Sarjana IKM, Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Sekarang bekerja sebagai dosen di Politeknik Kemenkes Maluku Jurusan Keperawatan. Saat ini sedang menulis beberapa buku yang akan segera diterbitkan, salah satunya yang sudah diterbitkan adalah Proses Menurunkan Komposisi Lemak Tubuh. Aktif dalam kegiatan Organisasi PPNI dan sosial di Masyarakat.

PROFIL PENULIS



Fenti Hasnani, S.Kep., Ners., MA. Kes. Riwayat Pendidikan; Pendidikan S1 Program Studi Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, Pendidikan S2 di Pascasarjana Program Studi Kajian Agama dan Kesehatan, Universitas Islam Syarif Hidayatullah Jakarta. Riwayat Pekerjaan; sejak tahun 1996 penulis memulai tugas sebagai guru di SPK Depkes Langsa Aceh, Guru bidan pada Program Pendidikan Bidan A dan Program Pendidikan B dan C di Sekolah Perawat Kesehatan Departemen Kesehatan Langsa Aceh, Dosen Akademi Keperawatan di Langsa Aceh. Sejak 2005 samapi dengan sekarang bertugas di Poltekkes Kemenkes Jakarta I Jurusan Keperawatan. Banyak hal yang sudah dilalui dalam menjalankan Tridharma Perguruan Tinggi, mulai mengajar sebagai dosen, melaksanakan penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Karya yang sudah ada artikel dalam Jurnal Nasional, Internasional, HaKI, dan buku. Disamping itu penulis aktif dalam organisasi sesuai bidang yang digarap saat ini. Selain itu, penulis mengajar mata kuliah Keperawatan Dasar, Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik. Penulis aktif dalam kegiatan Family Supporting Group (FSG) pada yayasan yang bergerak untuk kesehatan ibu dan anak sebagai pendamping pasien kanker khususnya kanker sejak tahun 2003 hingga sekarang.



Ratna Ningsih, SKp., M. Kep. Lahir di Tegal, 16 Juli 1967. Pendidikan: S1 Keperawatan Universitas Indonesia (1992). Magister Keperawatan Universitas Indonesia (2002). Pernah bekerja sebagai perawat di RS Islam Jakarta Cempaka Putih selama lima belas bulan. Mulai bekerja sebagai tim pengampu mata kuliah keperawatan anak Prodi DIII Keperawatan Anestesi Poltekkes Kemenkes Jakarta III sejak Januari 1994 dan Prodi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jakarta III sejak tahun 2017 sampai dengan sekarang.

PROFIL PENULIS



Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Welonge, Kabupaten Soppeng, Sulawesi Selatan. Riwayat Pendidikan. Penulis selesai di SDN 52 Welonge, MTS Yasrib Batu-Batu dan MAN Marioriwa. Tahun 2012 lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners 2014 di STIKES Nani Hasanuddin Makassar, Program Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia Makassar lulus tahun 2017. Dosen pengajar ners di STIKES Nani Hasnauddin 2015-2019, Pengajar S1 Keperawatan dan Ners di STIKES Amanah Makassar 2020 sampai sekarang. Penulis memiliki STR dan NIRA PPNI 73710467729 aktif. Pengalaman Penelitian sejak 2016 sampai sekarang penerima hibah penelitian oleh Kementerian Ristek Dikti baik sekema pemula (PDP) dan Penelitian Dasar (PD). Buku yang sudah diterbitkan diantaranya "Pendidikan Seks dan Pencegahan Kekerasan Seksual Pada Anak", "Bahan Ajar Pendidikan Seks dan Pencegahan Kekerasan seksual" buku "Masa-Masa Covid-19 Mengenal dan Penanganan Dari Berbagai Perspektif Kesehatan" dan buku keperawatan gerontik. Pengalaman publikasi penulis pada jurnal nasional terakreditasi dan internasional diantaranya telah terbit jurnal internasional terindex *Scopus Q3*.

SINOPSIS

Buku Ajar Keperawatan Dasar Berbasis Praktik ini disusun berdasarkan capaian pembelajaran mahasiswa diploma III keperawatan pada Mata Kuliah Keperawatan Dasar. Buku ini berisi tentang standar prosedur operasional tindakan keperawatan dasar yang diuraikan mulai dari pengertian, tujuan, indikasi, kontraindikasi, hal-hal yang harus diperhatikan untuk setiap prosedur tindakan, contoh soal uji kompetensi dan pembahasan. Pada setiap tahapan tindakan juga dilengkapi rasional dan gambar-gambar yang menarik untuk memvisualisasikan tindakan yang sedang dilakukan, sehingga memberikan gambaran yang nyata kepada para mahasiswa.

Gambaran standar operasional yang diuraikan dalam buku ini adalah:

1. Mencegah dan Mengelola Ulkus Tekanan oleh Sulastri, SKp, M. Kep
2. Perawatan Luka Kronik (Diabetik) oleh Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep
3. Mengganti Balutan Kering oleh Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.
4. Irigasi Luka oleh Lina Indrawati, S. Kep., Ns., M. Kep
5. Menyiapkan Specimen Drainase Luka untuk Kultur oleh Indriatie, SKp., MMKes
6. Pemberian Obat Salep Mata oleh Maria Kareri Hara, S. Kep., Ns., M. Kes
7. Prosedur Pemberian Obat Topikal Telinga oleh Ns. Novita Amri., S. Kep., M. Kep
8. Pemberian Obat Melalui Bukal oleh Nadia Alfira, S. Kep, Ns., M. Kep
9. Pemberian Obat Vaginal Suppositoria oleh Wahyu Riniasih, S. Kep., Ns., M. Kep
10. Pemberian Obat Rektal Suppositoria oleh Johanna Tomaso, SKM, S.Kep, M.Kes
11. Relaksasi Napas Dalam dan Batuk Efektif oleh Fenti Hasnani, S. Kep., Ners., MA. Kes
12. Pemakaian dan Pelepasan Masker Respiratorik Partikulat oleh Ratna Ningsih, SKp., M. Kep.
13. Penyuluhan Kesehatan oleh Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes

Buku ini diharapkan memberikan gambaran prosedur tindakan keperawatan dasar secara jelas dan terperinci sehingga mudah dipahami oleh mahasiswa. Dengan demikian dapat dijadikan acuan dalam mempraktikkan prosedur tindakan keperawatan dasar secara tepat dan benar kepada pasien.

Buku Ajar Keperawatan Dasar Berbasis Praktik ini disusun berdasarkan capaian pembelajaran mahasiswa diploma III keperawatan pada Mata Kuliah Keperawatan Dasar. Buku ini berisi tentang standar prosedur operasional tindakan keperawatan dasar yang diuraikan mulai dari pengertian, tujuan, indikasi, kontraindikasi, hal-hal yang harus diperhatikan untuk setiap prosedur tindakan, contoh soal uji kompetensi dan pembahasan. Pada setiap tahapan tindakan juga dilengkapi rasional dan gambar-gambar yang menarik untuk memvisualisasikan tindakan yang sedang dilakukan, sehingga memberikan gambaran yang nyata kepada para mahasiswa.

Gambaran standar operasional yang diuraikan dalam buku ini adalah:

1. Mencegah dan Mengelola Ulkus Tekanan oleh Sulastri, SKp, M. Kep
2. Perawatan Luka Kronik (Diabetik) oleh Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep
3. Mengganti Balutan Kering oleh Mika Agustiana, S.Kep., Ns., M. Kep.
4. Irigasi Luka oleh Lina Indrawati, S. Kep., Ns., M. Kep
5. Menyiapkan Specimen Drainase Luka untuk Kultur oleh Indriatie, SKp., MMKes
6. Pemberian Obat Salep Mata oleh Maria Kareri Hara, S. Kep., Ns., M. Kes
7. Prosedur Pemberian Obat Topikal Telinga oleh Ns. Novita Amri., S. Kep., M. Kep
8. Pemberian Obat Melalui Bukal oleh Nadia Alfira, S. Kep, Ns., M. Kep
9. Pemberian Obat Vaginal Suppositoria oleh Wahyu Riniasih, S. Kep., Ns., M. Kep
10. Pemberian Obat Rektal Suppositoria oleh Johanna Tomaso, SKM, S.Kep, M.Kes
11. Relaksasi Napas Dalam dan Batuk Efektif oleh Fenti Hasnani, S. Kep., Ners., MA. Kes
12. Pemakaian dan Pelepasan Masker Respiratorik Partikulat oleh Ratna Ningsih, SKp., M. Kep.
13. Penyuluhan Kesehatan oleh Muhammad Qasim, S.Kep., Ns., M.Kes

Buku ini diharapkan memberikan gambaran prosedur tindakan keperawatan dasar secara jelas dan terperinci sehingga mudah dipahami oleh mahasiswa. Dengan demikian dapat dijadikan acuan dalam mempraktikkan prosedur tindakan keperawatan dasar secara tepat dan benar kepada pasien.

ISBN 978-623-8411-66-5



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



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022