

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL


PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)

NOMOR : 349/SPO/KEP/RSIH/V/2022
NO. REVISI : 02
TANGGAL PENGESAHAN : 13 Desember 2023

LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : SPO
 Nomor Dokumen : 349/SPO/KEP/RSIH/V/2022
 Judul Dokumen : PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)
 Nomor Revisi : 02

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Kartini Cendrawasih S.Kep.,Ners	Staf Mutu Asuhan Keperawatan		13 - 12 - 2023
Verifikator	:	Depi Rismayanti, S.Kep.,Ners	Manajer Keperawatan		13 - 12 - 2023
	:	Irma Oktaviani, S.Kep.,Ners	Ketua Komite Keperawatan		13 - 12 - 2023
	:	Ana Restiana Dewi, S.Kep.,Ners	Infection Prevention Control Nurse		13 - 12 - 2023
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		13 - 12 - 2023

	PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)		
	No. Dokumen 349/SPO/KEP/RSIH/V/2022	No. Revisi 02	Halaman 1/4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 13-12-2023	<div>Ditetapkan oleh: Direktur,</div>  <div>drg. Muhammad Hasan, MARS</div>	
PENGERTIAN	<div>1. Pemasangan akses intravena (infus) adalah menyiapkan jalur masuk kedalam pembuluh darah vena perifer untuk pemberian cairan, obat-obatan, dan produk darah</div> <div>2. Pemasangan akses intravena (infus) digunakan untuk pasien yang diagnosa dan luaran keperawatan sebagai berikut :</div> <div>a. Diagnosa Keperawatan :</div> <div><div>1) Penurunan curah jantung</div><div>2) Risiko penurunan curah jantung</div><div>3) Risiko perfusi miokard tidak efektif</div><div>4) Perfusi perifer tidak efektif</div><div>5) Risiko perfusi perifer tidak efektif</div><div>6) Gangguan sirkulasi spontan</div><div>7) Risiko gangguan sirkulasi spontan</div><div>8) Hipovolemi</div><div>9) Risiko hipovolemi</div><div>10) Hipervolemia</div><div>11) Risiko ketidakseimbangan cairan</div><div>12) Diare</div><div>13) Ikterik neonatus</div><div>14) Risiko syok</div><div>15) Risiko perfusi renal tidak efektif</div><div>16) Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif</div><div>17) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</div><div>18) Risiko infeksi</div></div> <div>b. Luaran Keperawatan :</div> <div><div>1) Curah jantung meningkat</div><div>2) Perfusi miokard meningkat</div><div>3) Perfusi perifer meningkat</div><div>4) Sirkulasi spontan meningkat</div><div>5) Status cairan membaik</div><div>6) Keseimbangan cairan meningkat</div><div>7) Eliminasi fekal membaik</div><div>8) Integritas kulit dan jaringan</div><div>9) Tingkat syok menurun</div></div>		

PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)

No. Dokumen
349/SPO/KEP/RSIH/V/2022

No. Revisi
02

Halaman
2/4

- 10) Perfusi renal meningkat
- 11) Perfusi gastrointestinal meningkat
- 12) Kapasitas adaptif intrakranial meningkat
- 13) Tingkat infeksi menurun
- 3. Petugas adalah Perawat dan Bidan yang bertugas

TUJUAN

Sebagai acuan dan langkah-langkah dalam melakukan pemasangan akses intravena (infus)

KEBIJAKAN

Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Standar Pelayanan Berfokus Pasien

PROSEDUR

1. Petugas memastikan formulir *informed* dan *consent* pemasangan akses intravena (infus) sudah ditandatangani oleh pasien/penanggung jawab pasien, saksi pihak keluarga pasien, dokter dan saksi pihak rumah sakit
2. Petugas mengucapkan salam, memperkenalkan diri dan melakukan identifikasi pasien
3. Petugas menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
4. Petugas mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan:
 - a. Standar infus
 - b. Cairan infus sesuai kebutuhan
 - c. Infus set sesuai kebutuhan
 - d. Kateter intravena sesuai dengan kebutuhan
 - e. *Alcohol swab*
 - f. *Transparent dressing*
 - g. Plester
 - h. *Torniquet*
 - i. Pengalas/*underpad*
 - j. Sarung tangan bersih
 - k. Bengkok
 - l. *Vena viewer* (sesuai kebutuhan)
 - m. Etiket Infus
5. Petugas melakukan kebersihan tangan sesuai standar
6. Petugas menyiapkan cairan infus dan memasang etiket infus yang sudah diisi lengkap sesuai identitas pasien (jika akan diberikan terapi cairan):
 - a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan
 - b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah bilik (*chamber*) infus dengan cairan infus
 - c. Alirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus
 - d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus

PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)

No. Dokumen
349/SPO/KEP/RSIH/V/2022

No. Revisi
02

Halaman
3/4

7. Petugas mengatur posisi senyaman mungkin
8. Petugas memilih vena yang akan diinsersi :
 - a. Vena pada ekstremitas nondominan, kecuali kontraindikasi (seperti terdapat luka, fistula, untuk dialisis, riwayat mastektomi)
 - b. Vena yang lurus, cukup besar, dapat dipalpasi, dan jauh dari persendian
9. Petugas meletakkan pengalas/*underpad* di bawah lengan pasien
10. Petugas memasang sarung tangan bersih
11. Petugas mendilatasi vena dengan memasang *torniquet* 15-20 cm di atas vena yang akan diinsersi dan/atau beberapa metode ini :
 - a. Posisikan area insersi lebih rendah dari jantung
 - b. Kepalkan telapak tangan
 - c. Ketuk-ketuk dengan lembut menggunakan ujung jari
 - d. Masase dari arah distal ke proksimal vena yang akan diinsersi
 - e. Kompres hangat pada area insersi
12. Petugas membersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan *alcohol swab*
13. Petugas meregangkan kulit di bawah vena yang akan diinsersi dengan menggunakan tangan yang tidak dominan
14. Insersikan kateter pada vena dengan sudut 10-30° dengan tangan dominan
15. Petugas merendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang kateter dan tarik sedikit stilet
16. Petugas mendorong kateter hingga mencapai pangkalnya
17. Petugas melepaskan *torniquet*
18. Petugas menekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter
19. Petugas menyambungkan kateter intravena dengan set infus
20. Petugas memasang *transparent dressing* untuk menutup area penusukan (area insersi tidak boleh tertutup oleh *transparent dressing*)

PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)

No. Dokumen
349/SPO/KEP/RSIH/V/2022

No. Revisi
02

Halaman
4/4



21. Petugas menuliskan tanggal pemasangan infus di area insersi dan tanggal penggunaan set infus dibagian *chamber* untuk pemantauan pemasangan infus selanjutnya



22. Petugas mengucapkan salam serta merapihkan dan memastikan posisi pasien dalam keadaan nyaman
23. Petugas melepas sarung tangan
24. Petugas melakukan kebersihan tangan sesudah melakukan tindakan dan mengevaluasi respon pasien serta mendokumentasikan tindakan pada Formulir *Ceklist* Tindakan Keperawatan dan mendokumentasikan respon pasien pada Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

UNIT TERKAIT

1. Divisi Keperawatan