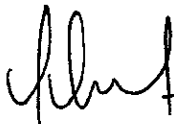
	MELAKUKAN CATHETER SUCTION PADA OROFARING ATAU NASOFARING		
	No. Dokumen DIR.03.01.01.040	No. Revisi 00	Halaman 1 / 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 15 Januari 2024	Ditetapkan Direktur  dr. R. Alief Radhianto, MPH	
Pengertian	Melakukan <i>cathether suction</i> pada <i>orofaring</i> atau <i>nasofaring</i> adalah suatu prosedur tindakan melakukan penghisapan <i>slym</i> melalui hidung dan mulut.		
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"><li>– Sebagai acuan melakukan <i>cathether suction</i> pada <i>orofaring</i> atau <i>nasofaring</i>.</li><li>– Membantu mengeluarkan <i>sputum/slym</i>.</li><li>– Menjaga mobilitas rongga dada.</li><li>– Menjaga kepatenan jalan napas.</li></ul>		
Kebijakan	Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Hamori Nomor : Per-088/DIR/VII/2023 tentang Panduan Asuhan Keperawatan		
Prosedur	<p>Petugas menyiapkan alat sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mesin <i>Suction Portable</i> atau Dinding <i>Sentral Suction</i>.</li><li>2. Kom sterill, <i>aguades</i> atau Normal Salin.</li><li>3. Handuk/Alas.</li><li>4. <i>Catheher Suction</i> sesuai ukuran.</li><li>5. Sarung tangan <i>disposable</i>.</li><li>6. Sarung tangan <i>sterill</i>.</li><li>7. Masker <i>Disposable</i>.</li><li>8. <i>Pinset sterill</i></li></ol> <p>Perawat melaksanakan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perawat mencuci tangan.</li><li>2. Perawat memakai sarung tangan <i>disposable</i>.</li><li>3. Perawat menginformasikan pasien tentang prosedur yang akan dilakukan.</li><li>4. Perawat memposisikan pasien dengan tepat :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Jika pasien sadar dengan <i>refleks</i> muntah, maka tempatkan pasien pada</li></ol></li></ol>		

**TERKENDALI**

## MELAKUKAN CATHETER SUCTION PADA OROFARING ATAU NASOFARING

No. Dokumen  
DIR.03.01.01.040

No. Revisi  
00

Halaman  
2 / 4

- posisi *semi fowler* dengan kepala miring ke satu sisi untuk penghisapan oral. Tempatkan pasien pada posisi *fowler* dengan leher *ekstensi* untuk penghisapan *nasal*.
- Jika pasien tidak sadar, maka tempatkan pasien pada posisi lateral menghadap anda untuk penghisapan oral atau *nasal*.
  - Perawat menempatkan handuk/alas pada bantal atau di bawah dagu pasien.
  - Perawat memilih tekanan penghisap yang tepat dan tipe unit penghisap. Untuk semua unit penghisap adalah 120 sampai 150 mmHg untuk dewasa, 100 sampai 120 mmHg untuk anak – anak, 60 – 100 mmHg untuk bayi.
- Perawat menyambungkan satu ujung slang penyambung ke mesin penghisap dan tempatkan ujung yang lain di tempat yang nyaman dekat pasien.
  - Perawat mematikan alat penghisap dan set regulator *vakum* untuk tekanan negatif yang tepat.
  - Perawat melakukan pengaturan *vakum* – dinding :
    - Bayi : 60 – 100 mmHg.
    - Anak : 100 – 120 mmHg.
    - Dewasa : 120 – 150 mmHg
  - Perawat melakukan pengaturan *vakum* – *portable* :
    - Bayi : 3- 5 mmHg.
    - Anak : 5 – 8 mmHg.
    - Dewasa : 7 – 15 mmHg.
  - Jika diindikasikan, maka tingkatkan terapi O2 suplemen sampai 100% sesuai advis dokter dan motivasi pasien untuk napas panjang.
  - Perawat menyiapkan *cathether suction*, buka kit *cathether suction* atau penghisap dengan menggunakan teknik aseptik.
  - Perawat membuka kom steril dan tempatkan di meja samping pasien. Isi kom steril dengan *aquades* atau normal salin kira- kira 100 ml.

TERKENDALI

**MELAKUKAN CATHETER SUCTION PADA OROFARING  
ATAU NASOFARING**No. Dokumen  
DIR.03.01.01.040No. Revisi  
00Halaman  
3 / 4

12. Perawat mengenakan sarung tangan steril pada tangan yang dominan dan tangan non steril di tangan non steril.
13. Untuk penghisapan *orofaring*, masukan *cathether suction* ke dalam satu sisi mulut pasien dengan perlahan-lahan dan arahkan pada *orofaring*, jangan menghidupkan penghisap selama pemasangan.
14. Untuk penghisapan *Nasofaring*, dengan perlahan, insersikan *suction cathether* ke salah satu lubang hidung. Arahkan secara *medial* sepanjang dasar rongga hidung. Jangan memaksa *suction cathether*, coba yang lain bila satu lubang hidung tidak paten. Jangan menghidupkan penghisap saat pemasangan.
15. Ketika dalam penggunaan O2, lepaskan alat pemberi O2 pada pasien dengan tangan yang non dominan.
16. Tanda menghidupkan penghisap dan menggunakan jempol dan jari telunjuk tangan dominan dengan perlahan tetapi cepat masukan *cathether* ke dalam hidung selama inhalasi dan ikuti jalur normal hidung, dorong *cathether* ke arah bawah dengan perlahan, jangan memaksa.
17. Perawat menutup lubang penghisap dengan jempol. Rotasikan *cathether* dengan perlahan saat anda menariknya.
18. Perawat membilas *catheter* dengan salin steril atau *aquades*.
19. Jika pasien mampu, maka minta ia untuk bernafas panjang dan batuk di antara penghisapan.
20. Jika penghisapan telah selesai, maka buang *catheter suction* dengan membungkusnya menggunakan sarung tangan anda dan menarik sarung tangan mengitari *cathether*.
21. Perawat merapikan pasien.
22. Perawat melepaskan handuk/alas, tempatkan di kantong kotor, buang salin sisa ke dalam wadah yang tepat.
23. Perawat melepaskan masker dan buang ke tempat sampah kuning.
24. Perawat mencuci tangan.

**TERKENDALI**

## MELAKUKAN CATHETER SUCTION PADA OROFARING ATAU NASOFARING

No. Dokumen  
DIR.03.01.01.040

No. Revisi  
00

Halaman  
4 / 4

Hal – hal yang perlu diperhatikan :

1. Catat jumlah, konsistensi, warna dan bau sekret, serta *respons* pasien pada prosedur.
2. Keseluruhan prosedur tidak boleh lebih dari 15 detik.
3. Penghisapan *faring cathether suction* yang masuk untuk dewasa 26 cm, anak lebih besar 8 – 12 cm, anak kecil 4 –8 cm.
4. Penghisapan *trakhea*, pada dewasa masukan *cathether suction* kira – kira 20 cm, anak lebih besar 14 - 20 cm, anak kecil 8 – 14 cm.
5. Jangan memasukkan *cathether* selama menelan, karena sangat memungkinkan memasuki *esofagus*.
6. Perhatikan tindakan aseptik, berhubung alat-alat yang dipakai dalam keadaan steril, sebaiknya dipakai *suction catheter* steril dan sarung tangan steril yang *disposable*.
7. *Suction catheter* dipilih jangan terlalu keras atau kaku, berujung lembut serta cukup berlubang sehingga sekresi dapat bersih terisap.

Evaluasi :

1. Bila terjadi perubahan monitor jantung dan sianosis pada pasien segera hentikan penghisapan.
2. Perhatikan jumlah, warna, konsistensi dari sekret.
3. Perawat mendokumentasikan semua tindakan yang dilakukan di catatan perkembangan pasien.

Unit Terkait

- Unit Rawat Inap
- Unit Perinatologi
- Unit Kamar Bersalin
- Unit Intensif
- Instalasi Gawat Darurat
- Instalasi Bedah Sentral

**TERKENDALI**