

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

JOJOR SILABAN



GETPRESS INDONESIA

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Penulis: Jojor Silaban

ISBN:

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd., M.Kes.

Penyunting: Ilda Melisa, A.Md.Kep.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit: GETPRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, April 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala pujian dan ucapan syukur saya berikan kepada DIA Tuhan pemilik hidupku, karena hanya atas anugerah dan kasih NYA lah saya dapat menyelesaikan buku ini yang berjudul “Tindakan Keperawatan Medikal Bedah”.

Buku ini saya dedikasikan untuk kemajuan dunia keperawatan terkhusus Keperawatan Medikal Bedah di Indonesia, semoga dengan terbitnya buku ini menambah referensi bagi teman-teman sejawat perawat terlebih bagi mahasiswa D-III Keperawatan dalam memahami Tindakan-tindakan Keperawatan Medikal Bedah 1. Buku ini disusun sebagai panduan bagi para perawat dalam merawat pasien dengan berbagai gangguan pada sistem pernapasan, kardiovaskuler, pencernaan, serta selama periode perioperatif.

Buku ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu saya membuka diri untuk menerima kritik, saran dan masukan dari semua pihak untuk penyempurnaan buku ini. Dan jika terdapat kesalahan dalam penulisan buku ini, saya terlebih dahulu mohon maaf dan mohon dimaklumkan. Semoga buku ini bisa menjadi berkat bagi yang membacanya. Akhir kata saya ucapkan terimakasih

Penulis

Jojo Silaban

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA	
PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Tindakan Keperawatan Pada Gangguan Pernafasan	2
BAB 2 TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA	
PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER..	25
2.1 Pendahuluan	25
2.2 Tindakan Keperawatan pada Gangguan Sistem Sirkulasi	26
BAB 3 TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA	
PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN	51
3.1 Pendahuluan	51
3.2 Tindakan Keperawatan pada Gangguan Sistem	
Pencernaan	52
BAB 4 TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA	
PASIEN PERIOPERATIF	69
4.1 Pendahuluan	69
4.2 Tindakan Keperawatan.....	70
DAFTAR PUSTAKA	92

BAB 1

TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN

1.1 Pendahuluan

Oksigen merupakan kebutuhan dasar yang pertama dan yang utama bagi manusia. Oksigen merupakan salah satu bahan yang diperlukan untuk menghasilkan energo oleh sel tubuh. Tanpa oksigen organ – organ tubuh kita tidak dapat berfungsi baik. Dalam keadaan normal manusia membutuhkan kurang lebih 300 liter oksigen per hari, sementara saat tubuh bekerja berat maka oksigen atau O₂ yang diperlukan pun menjadi berlipat-lipat kali dan bisa sampai 10 hingga 15 kali lipat. Kekurangan oksigen dalam waktu lima menit dapat mengakibatkan koma, kejang dan kematian neuron, bahkan dalam waktu 4 menit, otak dapat mengalami kematian permanen jika aliran oksigen terhenti.

Respirasi atau pernafasan adalah proses metabolisme yang melibatkan pertukaran gas terutama oksigen dan karbondioksida di dalam tubuh. Pernafasan melibatkan sistem pernapasan di dalam tubuh, meliputi saluran udara, paru-paru, pembuluh darah, dan otot-otot saluran pernapasan. Gangguan pada sistem pernafasan akan mengakibatkan gangguan pemenuhan oksigen yang pada akhirnya dapat mengganggu fungsi berbagai organ tubuh lainnya.

Mengingat besarnya peranan oksigen dalam kehidupan manusia, maka perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberi kan pelayanan kesehatan di garda terdepan, seyogianya dapat memahami dan terampil dalam mengatasi berbagai masalah-

masalah gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Tindakan-tindakan keperawatan untuk mengatasi berbagai gangguan dalam sistem pernafasan dianggap perlu untuk dipahami oleh perawat terutama mahasiswa D-III Keperawatan sebagai calon perawat vokasi yang akan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Tindakan keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada manusia, dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigen melalui saluran pernapasan, memulihkan dan memperbaiki organ pernapasan agar berfungsi secara normal serta membebaskan saluran pernapasan dari sumbatan yang menghalangi masuknya oksigen.

1.2 Tindakan Keperawatan Pada Gangguan Pernafasan

1. Pengambilan Sputum

Definisi

Pengambilan sputum bertujuan untuk pemeriksaan laboratorium dan membantu mendiagnosa penyakit

Indikasi

Pada pasien yang memiliki gangguan pada saluran pernafasan

Kontraindikasi

Pada pasien yang menolak menjalani pemeriksaan

Tujuan

1. Untuk memeriksa adanya infeksi atau gangguan pada saluran pernapasan, seperti adanya infeksi bakteri, virus, atau jamur
2. Untuk menilai respons terhadap pengobatan atau untuk diagnosis penyakit

Persiapan Alat

1. Pot sputum/dahak (tertutup)
2. Handscoon steril
3. Perlak
4. Nierbeken
5. Tisu
6. Formulir
7. Spidol

Persiapan Pasien

1. Beritahu pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan, waktu tindakan dilaksanakan, dan hal yang akan terjadi saat pengambilan sputum
2. Berikan posisi nyaman pada pasien
3. Jaga privasi klien

Prosedur Kerja

Tahap Pra Interaksi

1. Cek kembali identitas pasien
2. Mencuci tangan
3. Menyiapkan alat dan bahan

Tahap Orientasi

1. Menjalin hubungan saling percaya kepada pasien
2. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan
3. Kontrak waktu dengan pasien
4. Minta persetujuan pada pasien atas tindakan yang akan dilakukan.

Tahap Kerja

1. Mencuci tangan
2. Mengatur posisi pasien fowler
3. Memasang perlak di bawah dagu dan mendekatkan nierbeken
4. Memakai handscoon
5. Minta pasien menarik napas dalam, sambil menghitung 1 sampai 6 sebanyak 3 kali, lalu keluarkan nafas sambil batuk sekuatnya dilakukan secara berulang sampai sputum berhasil keluar

6. Anjurkan pasien menampung sputum yang berhasil dikeluarkan ke dalam wadah yang telah disediakan
7. Segera tutup pot sputum setelah sputum berhasil dikeluarkan
8. Bersihkan mulut pasien menggunakan tisu
9. Rapiakan posisi pasien ke semula

Tahap Terminasi

1. Evaluasi hasil tindakan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Membereskan alat alat
4. Mencuci tangan
5. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan
6. Mengatur Posisi Fowler dan Semi Fowler
7. Memberikan oksigen simple mask

2. Mengatur Posisi Fowler dan Semi Fowler

1) Posisi Duduk (*Fowler*)

Definisi

Posisi fowler merupakan posisi setengah duduk dengan sudut sandaran antara 90 derajat, bagian kepala tempat tidur dinaikkan. Posisi duduk ini dilakukan bertujuan untuk mempertahankan serta meningkatkan kenyamanan dan memberikan ruang pada pernapasan pasien.

Tujuan

- a. Mengurangi resiko luka tekan karena pembatasan pergerakan (imobilisasi)
- b. Mempertahankan dan meningkatkan rasa nyaman pada pasien
- c. Meningkatkan mengembangnya dada dan keluar masuknya Oksigen ke paru
- d. Memberikan pilihan posisi tidur selain dari posisi telentang.

Prosedur Kerja

- a. Jelaskan langkah-langkah yang akan dilaksanakan.
- b. Bantu dan dudukkan pasien
- c. Atur tempat tidur pasien dengan meninggikan bagian kepala tempat tidur atau dapat diberikan bantal dengan sudut (90°).

- d. Anjurkan pasien untuk tetap berbaring setengah duduk

2) Posisi Setengah Duduk (*Semi Fowler*)

Definisi

Semi fowler merupakan posisi berbaring klien dalam posisi setengah duduk 30-45 derajat.

Tujuan

- a. Membantu pelaksanaan pasien melakukan aktivitas ringan di atas tempat tidur (mobilisasi)
- b. Memberikan kenyamanan dalam bernafas
- c. Mengurangi sesak pada pasien.
- d. Memudahkan perawatan yang diberikan perawat misalnya memberikan makan, minum.

Prosedur Kerja

- a. Jelaskan langkah-langkah pelaksanaan yang akan dilaksanakan
- b. Atur tempat tidur pasien dengan meninggikan bagian kepala tempat tidur atau dapat juga diberikan bantal pada tempat tidur pasien dengan sudut 30-45 derajat
- c. Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan kepala klien apabila bagian atas tubuh klien tidak dapat digerakan
- d. Letakkan bantal di bawah kepala sesuai kemauan klien, menaikkan lutut dari tempat tidur.

3. Memberikan Oksigen Simple Mask

Definisi

Simple mask adalah masker dasar sekali pakai, terbuat dari plastik bening, berfungsi memberikan terapi oksigen bagi pasien yang mengalami kondisi seperti nyeri dada (Kemungkinan serangan jantung), pusing, dan pendarahan ringan.

Tujuan

- 1. Memenuhi kebutuhan oksigen.
- 2. Mencegah hipoksia.

Indikasi

Pasien dengan edema paru, infeksi paru pneumonia, dan fibrosis paru-paru.

Alat dan Bahan

1. Tabung oksigen dengan pengukur aliran (*flow meter*) dan *humidifier* (*pelembab udara*).
2. Kateter nasal, kanula nasal, atau masker.
3. Vaseline atau jeli.

Prosedur Kerja

1. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
2. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
3. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
4. Sambungkan selang masker wajah ke humidifier
5. Atur aliran oksigen 5-10 liter/menit, sesuai kebutuhan
6. Pastikan oksigen mengalir melalui selang sungkup sederhana
7. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut
8. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
9. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
10. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
12. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien :
 - a. Metode pemberian oksigen
 - b. Kecepatan oksigen
 - c. Refleksi pasien
 - d. Efek samping/merugikan yang terjadi.

4. Melatih Nafas Dalam

Definisi

Melatih nafas dalam adalah teknik pernapasan yang melibatkan inhalasi dan ekshalasi yang mendalam untuk mengambil oksigen semaksimal mungkin.

Tujuan

13. Membantu pernapasan agar lebih efisien
14. Mengurangi kecemasan dan stres.
15. Meningkatkan konsentrasi dan fokus.
16. Menambah rasa nyaman

Indikasi

1. Seseorang yang sedang mengalami kecemasan, stres, atau ketegangan.
2. Gangguan pernapasan seperti asma atau penyakit paru-paru ringan..

Kontra indikasi

Pada pasien cedera atau kondisi yang memerlukan perhatian medis segera.

Persiapan Alat

Stop wact

Prosedur Kerja

1. Persiapan
 - a. Pilih tempat yang tenang dan bebas dari gangguan.
 - b. Posisikan tubuh dalam posisi duduk atau berbaring yang nyaman.
 - c. Letakkan satu tangan di atas dada dan satu tangan di perut.
2. Pernapasan
 - a. Tarik napas dalam-dalam melalui hidung, rasakan udara masuk ke perut.
 - b. Tahan napas selama beberapa detik.
 - c. Perlahan-lahan hembuskan udara melalui mulut atau hidung.
3. Latihan Berulang
 - a. Ulangi langkah-langkah pernapasan ini beberapa kali.
 - b. Fokuskan pikiran pada pernapasan dan usahakan untuk rileks.
4. Evaluasi
 - a. Evaluasi perasaan tubuh dan perubahan dalam tingkat kecemasan atau stres.

- b. Catat hasil latihan untuk melacak kemajuan dari waktu ke waktu.
- 5. Penyelesaian
 - a. Beristirahat sejenak dan nikmati efek relaksasi dari latihan pernapasan.

5. Melatih Batuk Efektif

Definisi

Melatih pasien yang tidak dapat batuk secara efektif adalah metode yang efektif untuk membersihkan saluran napas dari lendir atau benda asing dengan fokus pada pembersihan laring, trakhea, dan bronkiolus.

Tujuan

Tujuan dari batuk yang efektif meliputi:

1. Memastikan kebersihan jalur pernapasan.
2. Mencegah timbulnya komplikasi seperti infeksi saluran napas dan pneumonia.
3. Mengurangi rasa lelah.

Indikasi

Tanda-tanda klien perlu melakukan latihan pernapasan dalam dan batuk yang efektif adalah sebagai berikut :

1. Gangguan pada jalur pernapasan yang tidak efektif.
2. Gangguan paru-paru.
3. Kondisi sebelum dan setelah operasi.
4. Klien yang mengalami keterbatasan gerak.

Kontra Indikasi

Secara umum, tidak ada larangan untuk latihan nafas dalam. Namun, ada beberapa situasi di mana batuk efektif tidak disarankan, seperti :

1. Pasien dengan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) atau gangguan fungsi otak.
2. Masalah kardiovaskular seperti hipertensi berat, aneurisma, gagal jantung, atau infark miokard.

3. Pasien dengan emfisema karena dapat menyebabkan kerusakan pada dinding alveolar.

Persiapan Alat

Alat yang digunakan untuk melatih batuk efektif yaitu, sebagai berikut :

1. Bantal/Penyangga
2. Air minum hangat
3. Tissue
4. Wadah untuk sputum/sputum pot
5. Sarung tangan steril
6. Bengkok

Prosedur Kerja

- a. Tahap Persiapan:
 1. Periksa catatan perawat,
 2. siapkan alat,
 3. cuci tangan.
- b. Tahap Orientasi:
 1. Sapa pasien,
 2. jelaskan prosedur dan tujuan kepada pasien dan keluarga.
- c. Tahap kerja:
 1. Minta klien untuk meletakkan kedua tangan di atas perut bagian bawah.
 2. Dorong klien untuk mengambil napas perlahan melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut (ulangi 3 kali).
 3. Dorong klien untuk menahan napas selama 2-3 detik setelah napas terakhir.
 4. Dorong klien untuk batuk dengan kuat menggunakan perut dan otot bahu.
 5. Persiapkan wadah untuk dahak, lalu minta klien untuk mengeluarkannya di tempat yang disediakan.
 6. Bersihkan mulut klien dengan tisu.
 7. Sarankan klien untuk beristirahat sejenak.
 8. Ajak klien untuk mengulangi langkah 4-7 sebanyak 3 kali.
 9. Setelah prosedur selesai, berikan air hangat kepada klien.
 10. Bersihkan alat dan pasien.
 11. Lepaskan sarung tangan.

12. Cuci tangan.
 13. Dokumentasikan jumlah, warna, kekentalan, dan bau sekret, serta mencatat nama perawat, tanggal, dan waktu pelaksanaan prosedur.
- d. Tahap terminasi
1. Menilai perasaan klien.
 2. Menyimpulkan hasil tindakan.
 3. Mengatur waktu untuk kegiatan berikutnya.
 4. Mengakhiri tindakan dan membersihkan alat yang digunakan.
 5. Mencuci tangan dan membuat dokumentasi

6. Fisioterapi Dada

Definisi

Fisioterapi dada merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang memerlukan bantuan untuk mengeluarkan sekresi dengan teknik yang terdiri dari drainase postural, clapping atau perkusi, dan vibrasi.

Tujuan

1. Untuk membersihkan jalan nafas.
2. Untuk merangsang batuk.
3. Untuk mencegah terjadinya.
4. Untuk pengumpulan secret pada jalan nafas.
5. Untuk mempercepat pengeluaran secret.
6. Untuk menurunkan resistensi jalan nafas.

Indikasi

1. Pada pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).
2. Pada pasien yang mengalami tirah baring lama.
3. Pada pasien batuk tidak efektif.
4. Pada pasien yang memiliki produksi sputum meningkat (seperti pada penyakit fibrosis kistik).

Kontra Indikasi

1. Pada pasien yang mengalami operasi pada daerah dada.

2. Pada pasien yang terpasang WSD.
3. Pada pasien yang mengalami fraktur iga.
4. Pada pasien yang mengalami perdarahan paru.

Alat dan Bahan

1. Pot sputum yang berisi desinfektan.
2. Kertas tisu.
3. 2 buah balok tempat tidur (untuk melakukan posisi drainase postural).
4. 1 buah bantal.
5. Stetoskop.
6. Tisu.
7. Suction.
8. Masker ambubag sesuai ukuran.
9. Oksigen siap pakai.

Prosedur Kerja

- a. Tahap Pra Interaksi
 1. Melakukan pengecekan program terapi.
 2. Mencuci tangan.
 3. Menyiapkan alat.
- b. Tahap Orientasi
 1. Memberikan sapa, salam, sentuh kepada pasien.
 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan tindakan kepada pasien/keluarga.
 3. Menanyakan persetujuan pasien atau keluarga.
- c. Tahap Kerja
 - Mengatur posisi
 - Teknik drainase postural

Tindakan pada lobus atas :

1. Meminta klien untuk berbaring (bila tidak mampu dibantu)
2. Memposisikan klien miring kanan dengan (sudut 45°) selama 15 menit
3. Memposisikan klien miring kiri (sudut 45°) selama 15 menit
4. Memposisikan klien terlentang (sudut 30°- 45°) selama 15 menit
5. Memposisikan klien tengkurap (sudut 30-45°) selama 15 menit
6. Meminta klien untuk tengkurap, dengan posisi berbaring dan miring kanan kiri dengan tempat tidur datar

Tindakan untuk lobus bawah

1. Memposisikan klien dengan posisi miring menggunakan bantal atau tempat tidur dinaikkan, kaki lebih tinggi dari kepala (30° - 45°)
2. Mengatur klien dengan 6 posisi berikut, sesuai dengan kondisi klien selama 15, sambil melakukan nafas dalam :
 - 1) Miring kiri dengan lengan kanan dibawah kepala, tangan yang satu sejajar dengan badan
 - 2) Miring kiri dengan lengan kanan dibawah kepala, tangan yang satu didepan badan (45°)
 - 3) Tengkurap
 - 4) Memposisikan miring ke kanan dengan lengan kiri di bawah kepala, satu tangan sejajar badan
 - 5) Memposisikan miring kanan dengan lengan kiri dibawah kepala, tangan yang satu didepan badan
 - 6) Terlentang dengan kedua tangan disamping badan
3. Meminta klien untuk batuk efektif
4. Memposisikan kembali pasien kepada posisi yang nyaman
5. Mendokumentasikan :
 - 1) Posisi yang digunakan
 - 2) Banyaknya sputum
 - 3) Perubahan status respiratori
6. Lakukan observasi tanda vital selama prosedur
7. Setelah melakukan pelaksanaan drainase postural lakukan clapping, vibrasi, dan pengisapan(suction)
8. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
- d. Tahap terminasi
 1. Melakukan evaluasi Tindakan.
 2. Memberikam informasi tindakan selanjutnya (bila ada).
 3. Berpamitan kepada pasien.
 4. Merapikan alat dan bahan.
 5. Mencuci tangan.
 6. Mencatat hasil.

7. Postural Drainage

Definisi

Postural Drainage adalah salah satu fisio terapi dada yang berguna untuk mengeluarkan sekret/sputum dari saluran pernapasan bawah.

Tujuan

Membantu pengeluaran lendir dari paru paru sehingga mempermudah pasien bernapas dan batuk. Proses ini dapat meningkatkan kesehatan dan kenyamanan pasien serta mencegah infeksi pada saluran pernapasan.

Indikasi

Postural Drainage diindikasikan pada pasien yang memiliki riwayat produksi lendir yang berlebihan. Indikasi umumnya antara lain Bronkiektasis, PPOK, Atelaktasis, dan gangguan Neuromuskular.

Kontra Indikasi

1. Pada pasien yang memiliki riwayat hipertensi berat
2. Pada pasien yang memiliki riwayat kecelakaan yang mengalami cedera kepala akibat tekanan intrakranial yang meningkat
3. Pada pasien yang memiliki riwayat pembengkakan pada paru, postural drainage dapat memperburuk keadaan pasien.

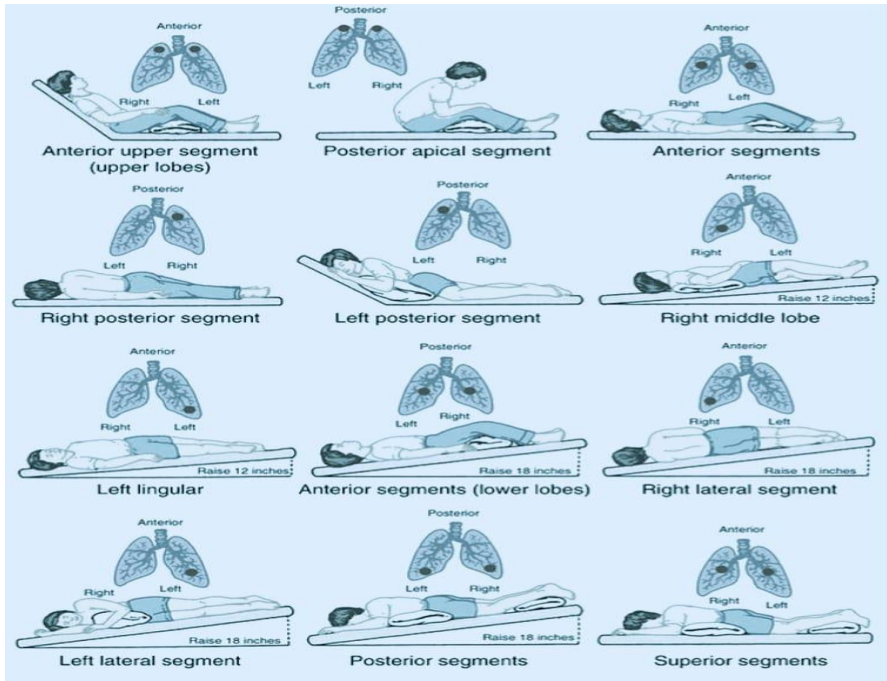
Alat dan Bahan

1. Pot sputum yang telah diisi dengan desinfektan
2. Kom berisi Tisu
3. Stetoskop
4. Beberapa bantal
5. Handscoon
6. Selimut
7. Dua penyangga tempat tidur
8. Jam tangan
9. Handuk kecil
10. Perlak

Penatalaksanaan

1. Memberikan sapa, salam, sentuh pada klien
2. Menjelaskan Tindakan posisi postural drainase
3. Menyarankan klien dengan posisi postural drainage: (dengan durasi 20-30 menit)
 - a. Anterior upper segment (upper lobes = klien setengah duduk dengan bantal di bawah lutut
 - b. Anterior segments (lower lobes) = klien terlentang dengan posisi kepala lebih rendah dari badan sehingga lendir akan mengalir ke paru-paru ke bagian bawah.
 - c. Posterior apical segments = klien duduk dengan kaki di tekuk berserta dengan bantal di bawah lutut
 - d. Anterior segments = klien terlentang dengan posisi kepala sejajar
 - e. Superior segments = klien tengkurap dengan adanya bantal/selimut dibawah badan
 - f. Ringht posterior sengment = klien dengan posisi tengkurep miring ke kanan dengan 1 kaki di tekuk dan 1 kaki nya lagi di luruskan
 - g. Left posterior segment = klien dengan posisi badan miring ke kiri dengan 1 kaki di tekuk dan 1 nya lagi di lurus kan serta di berikan bantal pada bagian dada (seperti memeluk bantal)
 - h. Ringht middle lobe = klien dengan posisi terlentang miring kekanan dan diberikan bantal pada punggung badan dan kaki lebih tinggi dari pada kepala
 - i. Left lingular = kebalikan dari ringht middle lobe yang dimana klien dengan posisi miring ke kiri dan diberikan penyangga bantal pada punggung badan serta kaki lebih tinggi dari kepala
 - j. Left lateral segment = klien dengan posisi miring ke samping dengan tangan sebagai penyangga kepala dan tangan satunya lagi memeluk bantal dengan kedua kaki di luruskan
 - k. Posterior segments = klien dengan posisi tengkurap dengan kaki lebih kebih tinggi dari kepala dengan diberikan bantal di bagian perut dan kaki
 - l. Superior segments = klien dengan posisi tengkurap sejajar dengan kepala dan di berikan bantal dibagian perut dan kaki
4. evaluasi ulang posisi klien.

5. Menganjurkan klien untuk istirahat



8. Melakukan Pengisapan Lendir

Definisi

Pengisapan lendir adalah tindakan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mengeluarkan secret atau lendir secara mandiri dengan menggunakan alat pengisap.

Tujuan

Untuk mempertahankan jalan dengan menjaga kelancaran dan jalan nafas bebas dari secret atau lendir yang menumpuk.

Indikasi

1. Pasien tidak sadar
2. Pasien yang tidak mampu mengeluarkan lendir sendiri

Kontraindikasi

Pasien yang mampu mengeluarkan lendirnya sendiri

Alat dan Bahan

1. Penghisap lendir dan cairan dengan botol berisi yang larutan desinfektan
2. Kateter penghisap lendir steril
3. Pinset steril
4. Sarung tangan steril
5. Dua kom berisi larutan aquabides atau NaCl 0,9% dan larutan desinfektan
6. Kasa steril
7. Kertas tisu
8. Stetoskop

Prosedur Kerja

Fase Pra interaksi :

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan alat

Fase Orientasi

1. Mengucapkan salam
2. Menjelaskan tujuan
3. Menjelaskan prosedur
4. Menyiapkan lingkungan

Fase kerja

1. Mencuci tangan
2. Tempatkan pasien pada posisi terlentang dengan kepala miring ke arah perawat
3. Gunakan sarung tangan
4. Hubungkan kateter penghisap dengan selang alat penghisap
5. Mesin penghisap dihidupkan
6. Lakukan pengisap lendir dengan menggunakan kateter pengisap ke dalam kom berisi aquabides atau NaCl 0,9% untuk mempertahankan Tingkat kesterilan (asepsis)
7. Masukkan kateter pengisap dalam keadaan tidak menghisap

8. Menggunakan alat penghisap dengan tekanan darah 110-150 mmhg, dan 95-110 mmhg untuk anak-anak, 50-95 mmhg untuk bayi
9. Tarik dengan memutar kateter pengisap tidak lebih dari 15 detik
10. Bilas kateter dengan aquabides atau NaCl 0,9%
11. Lakukan pengisapan antara pengisapan pertama dengan berikutnya. Minta pasien untuk bernapas dalam dan batuk. ketika pasien mengalami distres pernapasan, biarkan istirahat 20-30 detik sebelum melakukan pengisapan berikutnya.
12. Seteah seleai, kaji jumlah, konsistensi, warna, bau secret, dan respon pasien terhadap prosedur yang dilakukan
13. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

Evaluasi

1. Perhatikan keadaan umum pasien
2. Hindari tindakan yang akan membuat pasien lelah dan kedingina

Dokumentasi

1. waktu tindakan yang dilakukan
2. Respon klien terhadap tindakan yang dilakukan

9. Melakukan Inhalasi

Definisi

Terapi Nebulizer merupakan terapi topical untuk saluran pernafasan. Ada berbagai macam obat yang dapat diberikan, yaitu, antibiotic, anti kolinergik, bronkodilator, kortiksteroid, kromolin, dan mukolitik. Terapi Inhalasi adalah proses penghirupan udara atau gas ke dalam saluran pernafasan, terutama paru-paru, melalui hidung dan mulut. Inhalasi juga merupakan metode pengiriman obat-obatan ke dalam saluran pernafasan dengan cara menghirupnya.

Tujuan

Untuk mengobati penyakit pernafasan seperti asma, bronchitis, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK). Dan membantu mengatasi gejala penyakit pernafasan, termasuk sesak napas, batuk dan peradangan.

Indikasi

- a. Asma Bronkialis
- b. Penyakit Paru Obstruksi Kronik
- c. Sinrome Obstruksi Post TB
- d. Mengeluarkan dahak

Kontra Indikasi

Pasien yang mengalami Hipertensi, Takidardia, Riwayat alergi, dan Trakeostomi.

Persiapan Alat

- a. Nebulizer kit
- b. Obat inhalasi
- c. Alat tulis

Prosedur/Langkah-langkah

Pra interaksi

- a. Lakukan verifikasi program pengobatan pada klien
- b. Cuci Tangan

Interaksi :

- a. Jelaskan pada klien mengenai tindakan yang akan dilakukan
- b. Letakan kompresor di tempat yang aman dan mudah dijangkau
- c. Ukur obat sesuai dengan dosis dan pengencer yang sesuai dengan anjuran Dokter
- d. Masukkan obat tersebut ke dalam nebulizer
- e. Hubungkan selang udara dari kompresor ke dasar nebulizer cup (Pastikan bahwa selang udara dan nebulizer terpasang dengan kuat)
- f. Sambungkan mouthpiece atau face mask ke nebulizer cup
- g. Hidupkan nebulizer dan lakukan pemeriksaan bahwa alat dapat berfungsi dengan baik atau dengan adanya uap, lalu matikan.
- h. Jelaskan pada klien mengenai tindakan yang akan dilakukan
- i. Minta pasien untuk mengambil posisi yang nyaman dan minta pasien untuk memilih cara untuk distraksi, seperti buku atau mainan, mendengarkan music (jika sadar)
- j. Hidupkan kompresor

- k. Jika menggunakan mouthpiece, letakkan mouthpiece diantara gigi pasien dan minta pasien menutup bibir disekelilingnya
- l. Jika menggunakan face mask, letakkan mask di wajah sehingga menutup hidung dan mulut
- m. Jelaskan pada klien mengenai tindakan yang akan dilakukan
- n. Anjurkan pasien untuk menghirup uap yang keluar dengan tenang sekitar 3-5 detik
- o. Anjurkan pasien untuk menahan nafas, sehingga obat dapat menyebar ke jalan nafas
- p. Minta pasien untuk melakukan pernafasan normal
- q. Putar Nebulizer cup bila masih ada obat yang tersisa dan dapat masih dapat menguap
- r. Setelah selesai, lepaskan mouthpiece atau face mask
- s. Rapiakan peralatan
- t. Jelaskan pada pasien atau keluarga bahwa tindakan telah selesai

Fase Terminasi :

1. Evaluasi hasil Tindakan
2. Pamitan dengan klien
3. Informasikan Tindakan selanjutnya
4. Cuci tangan

10. Perawatan WSD

Definisi

WSD adalah singkatan dari *Water Seal Drainage* yaitu kegiatan dengan tujuan mengeluarkan udara serta cairan berupa pus, darah dan efusi pleura juga mencegah aliran balik ke pleura dengan menggunakan selang WSD.

Tujuan:

1. Untuk memungkinkan pengeluaran udara dari rongga pleura
2. Untuk mengeluarkan cairan berupa pus, darah dan efusi pleura
3. Mempertahankan tekanan negatif pada intra pleura guna mempertahankan mengembangnya paru-paru
4. Mencegah terjadinya pneumothorax (masuknya udara ke rongga pleura)

Indikasi:

1. Pneumothorax (terbuka, tertutup, tension)
2. Hemothorax
3. Thracostomy
4. Hydrothorax

Kontra Indikasi:

1. Pada pasien dengan adanya infeksi pada daerah pemasangan selang
2. Adanya gangguan pembekuan darah yang tidak terkontrol

Alat dan Bahan:

1. Handscoon
2. Bak instrument steril
3. Plester
4. Pinset anatomis 3
5. Kapas alcohol
6. Klem arteri 2
7. Nierbeken dan Kasa steril
8. Perlak pengalas
9. Kom kecil
10. Botol WSD baru
11. Larutan NaCl dan betadine

Prosedur kerja:

1. Tahap prainteraksi
 - 1) Memeriksa catatan perawatan pasien
 - 2) Persiapan alat dan lingkungan sekitar pasien
 - 3) Persiapan perawat mencuci tangan
2. Tahap Orientasi
 - 1) Salam terapeutik dengan pasien
 - 2) Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan
3. Tahap Kerja
 - 1) Berikan waktu kepada pasien dan keluarga untuk bertanya
 - 2) Tanya hal/perasaan yang membuat pasien terganggu
 - 3) Pasang sampiran untuk menjaga privasi pasien
 - 4) Aturlah posisi semi fowler dan posisikan kepala kearah berlawanan daripada selang WSD

- 5) Gunakan handscoon bersih
- 6) Letakkan pernak pengalas dibawah selang WSD
- 7) Lihat keadaan perban pada permukaan selang apakah ada rembesan
- 8) Memeriksa keadaan alat dan pastikan alat dapat digunakan/tidak rusak, pecah atau tersumbat
- 9) Apabila ada kebocoran pada alatnya, cek warna, banyaknya dan lain-lain dari hasil drainage tersebut
- 10)Anjurkan dan ajarkan pasien melakukan latihan tarik nafas panjang
- 11)Jepit/tutup selang WSD dengan klem selama tindakan dilakukan
- 12)Buka kasa pembalut luka, kemudian dengarkan apakah ada bunyi, lepas handscoon
- 13)Gunakan *handscoon sterill*
- 14)Melakukan disinfeksi di daerah pemasangan WSD menggunakan kain kasa yang sudah di beri betadine kurang lebih 10 cm lalu dibersihkan menggunakan kasa yang kering dan tutup daerah pemasangan WSD dengan kasa yang sterill (berhati-hati jangan sampai merusak simpul dari jahitannya)
- 15)Tempelkan selang pada dada menggunakan plester guna menghindari selang tertarik
- 16)Mengganti botol WSD dan cairan disinfektan bila perlu
- 17)Buka klem yang menutup selang dan periksa apakah alatnya sudah dapat digunakan dengan baik
- 18)Merapikan alat dan bahan yang sudah dipakai
- 19)Atur Kembali posisi nyaman pasien
- 20)Anjurkan pasien untuk tetap melatih Teknik relaksasi nafas dalam
4. Tahap terminasi
 - 1) Evaluasi perasaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan
 - 2) Beritahu pada pasien dan keluarga untuk tindakan selanjutnya
 - 3) Kegiatan selesai dan melakukan salam
 - 4) Hand hygiene
5. Dokumentasi

11. Perawatan Trakeostomi

Definisi

Perawatan Trakeostomi adalah langkah untuk mengatasi pasien dengan gangguan pernapasan atas dengan cara membuat lubang ke dalam trakea dan memasang selang trakeostomi secara permanen.

Tujuan

Membersihkan sekresi di stoma untuk mengurangi risiko infeksi dengan teknik steril.

Indikasi:

1. Pasien yang membutuhkan dukungan pernapasan mekanik dalam jangka panjang.
2. Sumbatan jalan napas karena trauma atau luka bakar.
3. Kegagalan membersihkan sekret atau dahak dari jalan napas.
4. Infeksi pada jalan napas.

Kontraindikasi

Kontraindikasi Trakeostomi mencakup:

1. Trauma pada tulang leher.
2. Infeksi di daerah leher anterior.
3. Gangguan perdarahan pada trakea.

Persiapan Alat

Alat yang diperlukan untuk perawatan trakeostomi mencakup :

1. Kassa steril
2. Pembersih kanul steril (3 atau 4)
3. Larutan NaCl 0,9%
4. Sarung tangan bersih
5. Sarung tangan steril
6. Nierbeken
7. Pita kanul
8. Set perawatan stoma: Pinset, Gunting

Prosedur Kerja

- a. Tahap Persiapan:
 1. Periksa catatan perawat,
 2. siapkan alat dan cuci tangan.
- b. Tahap Orientasi:
 1. Sapa pasien,
 2. Jelaskan prosedur dan tujuan kepada pasien dan keluarga.
- c. Tahap kerja
 1. Gunakan teknik steril untuk melakukan penyedotan.
 2. Gunakan pinset untuk melepaskan balutan atau kassa yang telah terpakai.
 3. Putuskan pasokan oksigen dan bersihkan area dengan larutan H₂O₂.
 4. Pasang kanul pengganti yang sudah direndam dalam hydrogen peroksida.
 5. Bersihkan stoma dengan cotton swabs yang dibasahi air steril atau NaCL 0,9%, kemudian keringkan.
 6. Membersihkan sekeliling kanul dengan salf antibiotika adalah untuk mencegah infeksi. Pastikan untuk membersihkan dengan lembut dan hati-hati.
 7. Mengganti pita kanul secara teratur adalah bagian penting dari perawatan trakeostomi untuk mencegah penumpukan lendir atau infeksi. Pastikan untuk mencucinya dengan hati-hati dan steril.
 8. Menutup dengan kassa steril dan mengikat tali trakeostomi dengan kelonggaran sekitar satu jari bertujuan untuk menjaga kebersihan dan keamanan trakeostomi. Pastikan untuk tidak terlalu kencang mengikat tali untuk menghindari tekanan yang berlebihan.
 9. Meletakkan sampul pita kanul di belakang leher juga penting untuk menjaga kebersihan dan mencegah terjadinya infeksi.
 10. Pastikan untuk selalu melakukan prosedur-prosedur ini dengan hati-hati dan steril untuk mencegah komplikasi. Jika Anda tidak yakin atau memiliki pertanyaan, sebaiknya berkonsultasi dengan profesional medis.
- d. Tahap terminasi
 1. Menilai perasaan klien dan menyimpulkan hasil tindakan.
 2. Mengatur waktu untuk kegiatan berikutnya.

3. Mengakhiri tindakan dan membersihkan alat yang digunakan.
4. Mencuci tangan dan membuat dokumentasi

BAB 2

TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER

2.1 Pendahuluan

Sistem peredaran darah atau sistem kardiovaskular atau sistem sirkulasi adalah suatu sistem organ yang berfungsi memindahkan zat dan nutrisi dari sel. Sistem ini juga membantu stabilisasi suhu dan pH tubuh (bagian dari homeostasis). Sistem peredaran darah berfungsi mengangkut makanan dan zat sisa hasil metabolisme. Sistem peredaran darah manusia terdiri dari darah, jantung, dan pembuluh darah.

Sistem sirkulasi atau kardiovaskuler, memegang peranan tidak kalah penting dengan sistem pernafasan. Oksigen yang masuk ke dalam tubuh akan dialirkan ke dalam sel-sel oleh sistem sirkulasi. Fungsi utama sistem peredaran darah adalah mengedarkan oksigen, nutrisi dan hormon ke seluruh sel dan jaringan tubuh. Selain itu, sistem peredaran darah manusia berfungsi untuk mengalirkan sisa proses metabolisme berupa karbon dioksida untuk dikeluarkan melalui paru-paru dan menjaga suhu tubuh tetap stabil.

Sistem peredaran darah dapat mengalami gangguan (penyakit) dan kelainan bawaan maupun didapat. Penyebab gangguan sistem sirkulasi ada beragam mulai dari pola hidup tidak sehat seperti konsumsi makanan tinggi kolesterol dan lemak, merokok, konsumsi alkohol, keterbatasan pergerakan atau mobilisasi, tidak berolah raga, obesitas akibat asupan makanan

tidak seimbang, stress dan lain-lain. Dapat pula disebabkan faktor keturunan dan kecacatan dari dalam kandungan.

2.2 Tindakan Keperawatan pada Gangguan Sistem Sirkulasi

1. Perekaman EKG

Definisi

Perekaman EKG adalah suatu prosedur pencatatan aktivitas listrik pada bagian tubuh tertentu melalui elektroda yang ditempatkan pada lokasi tertentu pada ekstremitas dan dada. Ini kemudian akan direkam oleh mesin EKG.

Tujuan

Tujuan Perekaman EKG sebagai berikut:

- 1) Untuk mengetahui masalah irama jantung (aritmia atau disritmia)
- 2) Untuk mengetahui kondisi miokard seperti infark, peningkatan ukuran atrium dan ventrikel, atau pelebaran jantung.
- 3) Untuk mengetahui dampak obat jantung
- 4) Untuk mengetahui ketidak seimbangan elektrolit
- 5) Untuk mengetahui adanya penyakit perikarditis

Indikasi

- 1) Klien dengan PJK: AMI dan AP
- 2) Klien dengan penderita gangguan irama jantung (aritmia)
- 3) Klien dengan penderita gangguan jantung: gagal jantung, kardiomegali
- 4) Klien dengan keadaan darurat jantung
- 5) Penderita gangguan elektrolit terutama gangguan kalsium dan kalium
- 6) Penyakit jantung inflamasi

Alat Dan Bahan

- 1) Baki yang beralas dan bertutup, berisi :
 - a) Jelly elektroda
 - b) Tissue
 - c) Kapas alcohol
 - d) Kertas grafik ekg
 - e) Alat tulis
- 2) Mesin EKG yang dilengkapi :
 - a) Kabel untuk sumber listrik
 - b) Kabel untuk bumi (ground)
 - c) Kabel elektroda: Ekstermitas dan dada
 - d) Plat elektroda ekstermitas atau karet pengikat
 - e) Balon penghisap elektroda

Prosedur Kerja

- 1) Berikan salam pada klien, panggil klien dengan namanya.
- 2) Jelaskan tindakan dan tujuan pada keluarga dan klien.
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya.
- 4) Jaga privasi klien.
- 5) Minta klien untuk membuka bajunya, terutama di bagian dada, pergelangan tangan, dan mata kaki.
- 6) Sarankan klien untuk tetap berbaring, tidak bergerak, batuk, atau berbicara selama proses pencatatan EKG.
- 7) Pastikan daerah tempat pemasangan elektroda (lead). Bersihkan daerah tempat pemasangan elektroda tersebut menggunakan kapas alcohol, kemudian oleskan jelly.
- 8) Pasang elektroda pada tubuh klien sesuai dengan urutannya :
 - a) Kabel RA (right arm, merah), hubungkan kepada elektroda di pergelangan lengan kanan.
 - b) Kabel LA (left arm, kuning), hubungkan dengan elektroda di pergelangan lengan kiri.
 - c) Kabel LL (left leg, hijau), hubungkan dengan elektroda di pergelangan kaki kiri.
 - d) Kabel RL (right leg, hitam), hubungkan dengan elektroda di pergelangan kaki kanan.
 - e) V1 berada di selaiga ke 4 garis sternal kanan.
 - f) V2 berada di selaiga ke 4 pada garis sternal kiri.
 - g) V3 berada di pertengahan V2 dan V4.

- h) V4 terletak pada sela iga ke 5 pada garis tengah klavikula kiri.
- i) V6 garis aksila berada di tengah sejajar dengan V4
- 9) Hidupkan mesin EKG (power on). Cek kembali standarisasi dari EKG, antara lain : Kalibrasi 1 mV, kecepatan 25 mm/detik.
- 10) Ketik identitas pasien (nomor rekam medis, nama, tanggal lahir, jenis kelamin).
- 11) Lakukan pencatatan atau perekaman dan simpan hasil rekaman.
- 12) Lakukan pencetakan hasil rekaman.
- 13) Beritahu klien bahwa perekaman telah selesai.
- 14) Matikan mesin EKG dan semua elektroda di lepas, jelly dibersihkan.
- 15) Atur kembali posisi klien serta rapikan peralatan.

Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi respon klien setelah tindakan.
- 2) Berikan penjelasan terhadap hasil pemeriksaan akan diberikan setelah dilakukan interpretasi.
- 3) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik.
- 4) Cuci tangan.

Dokumentasi

- 1) Catat waktu perekaman: tanggal, jam.
- 2) Hasil interpretasi.
- 3) Tanda tangan dan nama perawat.

2. Menyiapkan Pasien Untuk Pemeriksaan Echocardiographi

Definisi

Echocardiography digunakan untuk mengevaluasi risiko dan stratifikasi Infark Miokard (MI) dan angina tidak stabil. Biasanya, itu bermanfaat untuk mengevaluasi fungsi LV sebelum angiografi. Echocardiography memberikan penilaian non-invasif, mendeteksi kelainan katup jantung, dan mengevaluasi fungsi jantung kanan. Ini memudahkan untuk mendapatkan informasi akurat sebelum pemeriksaan invasif.

Tujuan

Tujuan menyiapkan pasien untuk pemeriksaan echocardiography adalah untuk memastikan kualitas gambar yang optimal dan hasil yang akurat. Hal ini mencakup memberikan instruksi kepada pasien untuk mungkin tidak makan atau minum sebelum pemeriksaan, mengenakan pakaian yang longgar dan mudah dilepas, mempersiapkan area tubuh yang akan diperiksa, dan memberikan informasi tentang prosedur serta apa yang diharapkan selama pemeriksaan. Menyiapkan pasien juga termasuk memberikan penjelasan tentang risiko, manfaat, dan persetujuan atas prosedur yang akan dilakukan.

Indikasi

Pemeriksaan echocardiography biasanya dilakukan setiap tahun. Namun, jika terdapat gejala yang mencurigakan, seperti perburukan sesak napas, pasca operasi, atau setelah PTCA, pemeriksaan echocardiography mungkin perlu dilakukan dalam rentang waktu 3-6 bulan untuk evaluasi lebih lanjut.

Kontraindikasi

Kontraindikasi untuk echocardiography sangat jarang terjadi. Namun, dalam beberapa kasus, kondisi tertentu seperti luka bakar parah pada dada atau keterbatasan fisik yang mencegah pasien untuk berbaring dengan posisi yang tepat dapat menjadi kontraindikasi relatif. Selain itu, ada juga kontraindikasi spesifik terkait dengan jenis echocardiography tertentu, seperti kontraindikasi terhadap kontras ultrasound pada pasien dengan riwayat alergi terhadap bahan kontras.

Persiapan Alat

1. Gown atau pakaian yang mudah dilepas
2. Handuk atau tisu
3. Gel
4. Formulir persetujuan
5. Alat vital sign
6. Sarung tangan

Prosedur Kerja

1. Penjelasan yang jelas : Berikan penjelasan tentang prosedur secara rinci kepada pasien sebelum dimulainya pemeriksaan. Jelaskan apa yang akan terjadi, berapa lama prosedur akan berlangsung, dan apa yang diharapkan dari pasien.
2. Komunikasi yang empatik: Dengarkan kekhawatiran atau pertanyaan pasien dengan perhatian dan berikan tanggapan yang jelas dan berempati.
3. Kenyamanan fisik: Pastikan pasien merasa nyaman selama pemeriksaan dengan memberikan bantal atau dukungan tambahan jika diperlukan, serta memastikan suhu ruangan sesuai.
4. Musik atau distraksi : Tawarkan opsi untuk mendengarkan musik atau menonton video selama pemeriksaan untuk mengalihkan perhatian pasien dari prosedur.
5. Beri tahu langkah-langkah selanjutnya: Jelaskan kepada pasien apa yang akan terjadi setelah pemeriksaan selesai, termasuk apakah ada tindak lanjut yang diperlukan atau apakah mereka bisa segera kembali ke aktivitas normal.
6. Beri pujian: Berikan pujian kepada pasien atas kerjasama mereka selama pemeriksaan. Hal ini dapat membantu meningkatkan kepercayaan diri mereka dan membuat pengalaman lebih positif.

3. Pengambilan Spesimen Darah Vena

Definisi

Suatu kegiatan pengambilan spesimen darah vena yang digunakan untuk pemeriksaan laboratorium dan terapi selanjutnya.

Tujuan

1. Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan selanjutnya.
2. Upaya menurunkan resiko kontaminasi dengan darah akibat tindakan memasukkan jarum ke dalam vena bagi petugas maupun penderita.

Indikasi

Sebagai sarana administrasi obat dan infus jangka pendek dan untuk pemeriksaan penunjang laboratorium sampel darah yang akan diproses untuk analisis hematologi, biokimia, atau kultur darah

Kontraindikasi

1. Pada pasien yang mengalami selulitis atau abses
2. Pada pasien gangguan pernapasan atau disebut Fibrosis
3. Pada pasien yang darah merembes dan terkumpul di bawah kulit yang disebut dengan Hematoma

Alat dan Bahan

1. Sduit 3 cc dan 5 cc
2. Torniquet
3. Alcohol swab
4. Hypafix
5. Anti koagulan/ EDTA
6. Botol tempat darah/Vena perifer
7. Bak instrumen

Prosedur Kerja

Fase Pra interaksi

1. Melakukan verifikasi data sebelum melakukan tindakan
2. Mencuci tangan dengan benar
3. Menempatkan alat di dekat pasien yang akan di tindaki

Fase Orientasi

1. Memberikan salam terapeutik untuk pendekatan kepada pasien
2. Menjelaskan tujuan atau prosedur cara kerja tindakan kepada pasien/keluarga pasien
3. Bertanya kesiapan pasien untuk melakukan tindakan

Fase Kerja

1. Siapkan alat-alat
2. Lakukan pencucian tangan sebelum melakukan tindakan
3. Komunikasi salam terapeutik kepada pasien
4. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien

5. Minta kepada pasien untuk meluruskan tangan dan mengepalkan tangan
6. Pasang tourniquet di atas lipatan siku tangan sekitar 10 cm
7. Lihat pada bagian vena yang paling menonjol dan lurus untuk melakukan tindakan (cubital), lakukan palpasi untuk memastikan letak vena
8. Gunakan alcohol swab untuk menetralkan kuman pada bagian vena
9. Tusuk vena dengan spuit pada bagian siku tangan yang sudah ditentukan dengan sudut 30-45 derajat
10. Lepaskan tourniquet pada lengan
11. Masukkan sampel darah ke vena perifer atau tabung darah
12. Setelah mendapatkan sampel darah tekan pada bagian penusukan siku tangan selama 2-5 menit
13. Isi formulir pemeriksaan laboratorium
14. Cuci tangan setelah melakukan tindakan

Tahap terminasi

1. Memberitahukan kepada pasien sudah selesai melakukan tindakan
2. Melakukan evaluasi ulang tindakan kepada pasien
3. Merapikan alat-alat
4. Berpamitan kepada pasien
5. Mencuci tangan
6. Mencatat dan melaporkan kegiatan dalam buku keperawatan

Evalusi

1. Perhatikan keadaan umum pasien
2. Hindari tindakan yang akan membuat pasien lelah dan kedinginan

Dokumentasi

1. Waktu tindakan yang dilakukan
2. Respon klien terhadap tindakan yang dilakukan

4. Memasang dan Memonitor Transfusi Darah

Definisi

Transfusi darah adalah tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien untuk memberikan darah yang dibutuhkan oleh pasien dengan darah yang sesuai kepada pasien

Tujuan

1. Mencegah terjadinya anemia pada pasien
2. Meningkatkan kadar darah pasien
3. Mengembalikan volume darah pasien

Persiapan Alat

1. Sarung tangan
2. Cairan NaCl 0,9%
3. Set infus
4. Kapas alcohol
5. Plesster
6. Alat Tensi
7. Thermometer
8. Darah yang tepat
9. Kateter besar

Tahap Pengerjaan

1. Beritahukan kepada pasien apakah sudah pernah mendapat transfuse darah atau tidak, dan catat apa yang di rasakan oleh pasien
2. Cuci tangan
3. Pakai sarung tangan bersih
4. Stel selang menggunakan kateter ukuran besar
5. Pakai selang infus yang mempunyai filter di selang
6. Pakai tempat larutan normal 0,9%, diberikan setelah pemberian infuse darah selesai
7. Kaji darah yang akan di pakai dengan baik
8. Ukur Tekanan darah,nadi,pernapasan,suhu pasien
9. Beri dahulu larutan normal. mulai berikan transfuse perlahan dimulai dengan isi filter di selang
10. Seting kecepatan 2ml/menit, mulai 15 menit pertama

11. Hitung tanda vital mulai 5 menit selama 15 menit transfuse, kemudian hitung selama 1 jam sekali
12. Buka sarung tangan, buang sarung tangan yang sudah digunakan
13. Cuci tangan

5. Melakukan Pemeriksaan Rumple Leed

Definisi

Pemeriksaan Rumple leed adalah pemeriksaan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah yang ditandai dengan munculnya petechiae. Pemeriksaan penunjang untuk pasien dengan DHF (Dengue hemorrhagic fever) dengan cara menetapkan tekanan darah pasien sebelumnya.

Indikasi Pada pasien dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*)

Tujuan

Mengetahui gejala penyakit utamanya DHF atau DBP atau penyakitnya lainnya

Pengkajian

1. Kaji kebutuhan pasien yang berhubungan pada pemeriksaan rumple leed
2. Periksa kembali catatan medis dokter
3. Kaji kesiapan psikologis pasien untuk dilakukan pemeriksaan Rumple leed

Persiapan Pasien

1. Periksa kebutuhan pasien
2. Jelaskan tindakan apa yang akan dilakukan
3. Jaga privasi dan kenyamanan sipasien

Persiapan Alat

1. Stetoskop
2. Tensimeter
3. Alat mengukur waktu
4. Alat tulis

Persiapkan Lingkungan

1. Mengatur pencahayaan
2. Menutup pintu, menutup jendela dan menutup sampiran.

Prosedur

1. Tahap pra interaksi
 - a. Identifikasi kebutuhan si pasien
 - b. Cuci tangan
 - c. Siapkan alat
2. Tahap orientasi
 - a. Beri salam, perkenalkan diri dan panggil klien dengan Namanya
 - b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien
 - c. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya
3. Tahap kerja
 - a. pasien dalam posisi baring terlentang
 - b. mengukur tekanan darah pasien
 - c. menghitung batas tekanan yang akan dipertahankan
 - d. memompa kembali mansetnya pada batas dan memperhatikan selama 5 menit
 - e. perhatikan timbulnya petekie pada kulit dibawah lengan bawah bagian modial pada sepertiga Promoximal 2.8cm
 - f. Membaca hasil tes apakah positif/negative uji dinyatakan positif apabila linci persegi (2.8 x 2,8 cm) didapatkan lebih dari 20 petekie
 - g. Lepaskan manset
4. Tahap Terminasi
 - a. Evaluasi hasil / respon pasien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membersihkan alat-alat
 - e. Cuci tangan

Yang Harus Dicatat

1. Mencatat hasil pemeriksaan kedalaman status
2. Membuat kesimpulan hasil pemeriksaan
3. Membuat rencana perawatan dan memberikan nasihat bila ada kelainan pada pasien

Sikap

Sikap selama pelaksana ;

1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah
2. Menjamin privacy pasien
3. Bekerja dengan teliti
4. Memperhatikan mekanisme tubuh si pasien

6. Menilai Keseimbangan Cairan

Definisi

Keseimbangan cairan adalah kondisi di mana tubuh menjaga jumlah cairan dalam tubuh agar tetap stabil, termasuk keseimbangan antara cairan yang masuk dan keluar dari tubuh. Ini penting untuk menjaga fungsi tubuh yang optimal.

Tujuan

Tujuan dari menilai keseimbangan cairan adalah untuk memantau dan memastikan bahwa tubuh mempertahankan tingkat cairan yang optimal untuk fungsi tubuh yang baik. Hal ini dapat membantu dalam mendeteksi dan mencegah masalah kesehatan yang terkait dengan kekurangan cairan (dehidrasi) atau kelebihan cairan (edema), serta memandu intervensi medis yang tepat jika diperlukan, seperti penyesuaian asupan cairan atau terapi intravena. Dengan memantau keseimbangan cairan secara teratur, kita dapat memastikan tubuh berada dalam kondisi yang sehat dan optimal.

Indikasi

Indikasi untuk melakukan observasi bising usus pada abdomen adalah :

1. Perubahan berat badan yang signifikan dalam waktu singkat.
2. Perubahan dalam volume urin, seperti peningkatan atau penurunan yang tidak biasa
3. Tanda-tanda dehidrasi, seperti kulit kering, bibir kering, dan mulut kering
4. Tanda-tanda kelebihan cairan, seperti edema (pembengkakan), peningkatan berat badan, dan pembengkakan di sekitar mata atau tungkai

5. Perubahan dalam tekanan darah.
6. Gangguan elektrolit, seperti kadar natrium atau kalium yang tidak normal dalam tes darah.
7. Riwayat medis yang relevan, termasuk riwayat penyakit ginjal atau penggunaan obat-obatan tertentu yang memengaruhi keseimbangan cairan.

Kontraindikasi

1. Cedera parah atau trauma yang memerlukan stabilisasi kondisi segera dan tidak memungkinkan pemeriksaan cairan yang mendetail.
2. Kondisi kritis atau kegawatan medis di mana fokus utama adalah penanganan masalah yang mengancam jiwa.
3. Kehadiran penyakit atau kondisi medis yang membuat pemeriksaan fisik atau tes tertentu tidak dapat dilakukan dengan aman atau akurat, misalnya pada pasien dengan penyakit kulit yang parah atau cacat fisik.
4. Alergi atau reaksi yang parah terhadap bahan-bahan yang digunakan dalam prosedur penilaian keseimbangan cairan, seperti bahan kontras untuk uji pencitraan medis.
5. Kondisi yang dapat mengganggu hasil pemeriksaan, seperti kejang atau gangguan kesadaran yang menghambat kerja sama pasien.

Persiapan Alat

1. Timbangan digital atau timbangan berat badan.
2. Gelas ukur urine/urine bag.
3. Alat tulis.

Persiapan Pasien

Pasien diposisikan supinasi atau terlentang

Prosedur Kerja

Tahap Pra Interaksi

1. Melakukan pengecekan program terapi
2. Mencuci tangan

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam pasien dan sapa nama pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksana

Tahap Kerja

1. Menghitung intake oral (minum)
2. Menghitung intake oral (makan)
3. Menghitung intake parental
4. Menentukan cairan metabolisme
5. Menghitung output urine
6. Menghitung output feces
7. Menghitung output abnormal (muntah, drain, perdarahan dll)
8. Menghitung output IWL
9. Menghitung balance cairan

Tahap Terminasi

1. Berpamitan dengan pasien
2. Membereskan alat
3. Mencuci tangan
4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

7. Tindakan Kolaboratif Pemberian Cairan Parenteral dan Darah

Definisi

Tindakan kolaboratif pemberian cairan parenteral dan darah adalah prosedur medis dimana disebut profesional kesehatan seperti dokter, perawat, ahli farmasi, dan bekerja bersama – sama untuk memberikan cairan intra vena atau parenteral dan transfusi darah kepada pasien bekerjasama melibatkan planning, kordinasi, dan pelaksanaa tindakan yang perlu kontribusi berbagai anggota tim medis untuk memastikan keamanan dan efektifitas terapi yang diberikan kepada pasien.

Tujuan

1. Menggantikan dan mempertahankan volume cairan : dipastikan pasien mendapatkan cairan intravena untuk digantikan

hilangnya cairan tubuh akibat dehidrasi, pendarahan, atau kondisi medis lainnya.

2. Menyediakan nutrisi dan obat : memungkinkan pemberian nutrisi parenteral dan obat – obatan yang tidak dapat diberikan melalui rute oral.
3. Memperbaiki kondisi klinis pasien : membantu memperbaiki kondisi klinis pasien yang membutuhkan terapi cairan parenteral dan transfusi darah untuk pemulihan atau pengobatan penyakit yang didasari.

Indikasi

Tindakan kolaboratif pemberian cairan parenteral atau darah meliputi kondisi – kondisi ini seperti

1. Syok hipofolemik
2. Trauma berat atau dengan kehilangan darah yang signifikan
3. Dehidrasi berat
4. Penyakit – penyakit ini disebabkan oleh kehilangan cairan yang sangat parah seperti gastroenteritis atau kondisi medis yang diperlukan transfuse darah seperti anemia yang berat atau kehilangan darah akut
5. Kolaborasi antara dokter, perawat dan tim medis lainnya diperlukan untuk mengevaluasi kondisi pasien atau memberikan perawatan yang sangat tepat, sesuai dengan kebutuhan pasien.

Kontra Indikasi :

1. Kondisi – kondisi seperti kelebihan cairan dalam tubuh
2. Gagal jantung yang sangat parah
3. Kadar natrium yang tinggi dalam darah
4. Kadar kalium yang rendah dalam darah
5. Hipertensi yang tidak terkontrol
6. Reaksi alergi terhadap darah

Persiapan alat :

1. Infus pump
2. Infus set
3. Cairan intravena
4. Darah dan komponennya

5. Alat mengukur tekanan darah
6. Monitor detak jantung
7. Tourniquet
8. Perangkat steril
9. Infus darah, selang transfuse
10. Filter darah

Penatalaksanaan

1. Pelaksanaan tindakan : Lakukan pemasangan infus , transfusi darah bila diperlukan, dan pengaturan aliran cairan parenteral sesuai dengan rencana perawatan yang telah di susun.
2. Persiapan : Pastikan semua perlengkapan steril dan siap digunakan, cuci tangan dengan sabun dan gunakan sarung tangan medis.
3. Pilih lokasi : Temukan vena yang cocok untuk pemasangan infus, biasanya di lengan bagian atas atau tangan .
4. Desinfeksi : Bersihkan area kulit di sekitar vena dengan larutan antiseptik untuk mencegah infeksi.
5. Presiapan jarum : Siapkan jarum infus yang tepat ukurannya dan alat alat lainnya
6. Penusukan vena : Sisihkan kuliat dan masukkan jarum kedalam vena dengan sudut yang tepat . pastikan jarum memasuki vena dengan benar.
7. Memasang selang : Sambungkan selang infus ke jarum, pastikan selang terpasang dengan aman .
8. Uji aliran : Buka perlahan klip selang dan pastikan cairan infus dapat mengalir dengan lancar.
9. Periksa dan perbaiki : Pastikan tidak ada kebocoran. pastikan pasien nyaman dan stabil.
10. Perekatan : Rekatkan jarum dan selang dengan plester .
11. Monitoring : Pantau terus kondisi infus, aliran dan kondisi kulit di sekitar vena untuk memastikan tidak terjadi komplikasi.
12. Catatan dan dokumentasi : Catat semua prosedur yang dilakukan, jumlah cairan yang diberikan, hasil pemantauan, respon pasien dalam catatan medis pasien.
13. Evaluasi pasca tindakan : Evaluasi respon pasien terhadap pemberian cairan parenteral dan darah dan lakukan penyesuaian perawatan berdasarkan evaluasi.

14. Evaluasi pasca tindakan : Evaluasi respon pasien terhadap pemberian cairan parenteral dan darah dan lakukan penyesuaian perawatan berdasarkan evaluasi.

8. Monitoring Pemberian Cairan Parenteral Dan Darah

Definisi

Pemberian cairan parenteral dan darah biasanya memuat langkah-langkah yang harus diikuti oleh petugas kesehatan untuk memastikan pemberian aman dan efektif. Termasuk persiapan alat,identifikasi pasien,pengecekan kesesuaian cairan atau darah, serta pemantauan pasca-pemberian untuk meminimalkan risiko infeksi.

Tujuan

1. Memastikan pasien menerima cairan dan darah dengan aman secara efektif sesuai dengan kebutuhan medis mereka.
2. Melibatkan pemantauan terhadap volume, jenis,dan kecepatan cairan infus, serta pengawasan terhadap reaksi alergi yang mungkin timbul dari transfusi darah.

Indikasi

Pasien dengan gangguan kondisi yang membuat tubuh susah menyerap nutri dari makanan.

Kontra Indikasi

1. Pasien dengan intoleransi terhadap produk darah atau alergi yang sangat fatal.
2. Pada pasien dengan gangguan koagulasi yang tidak dapat dikontrol.
3. Pasien dengan kondisi medis yang menghalangi pemeriksaan fisik,seperti luka bakar yang luas dengan pembalut yang tebal.

Prosedur Kerja

1. Persiapan sebelum pemberian cairan atau transfusi darah :
 - a. Pastikan identitas pasien sesuai dengan rekam medis.
 - b. Periksa resep atau intruksi medis untuk jenis,volume,dan kecepatan infus yang ditentukan.

- c. Persiapkan alat yang diperlukan antara lain, infus, pompa infus, dan peralatan transfusi darah.
- 2. Pemeriksaan awal pasien:
 - a. Evaluasi status hidrasi, termasuk tanda-tanda dehidrasi atau kelebihan cairan.
 - b. Catat tanda-tanda vital awal seperti, tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi respirasi.
- 3. Pemberian cairan parenteral atau transfusi darah:
 - a. Pastikan ketersediaan aliran iv yang benar.
 - b. Monitor kecepatan infus dan volume yang diberikan sesuai dengan instruksi medis
 - c. Awasi pasien selama pemberian cairan maupun transfusi darah untuk mendeteksi reaksi alergi.
- 4. Monitoring selama pemberian:
 - a. Catat tanda-tanda vital secara berkala sesuai kebutuhan.
 - b. Memastikan infus secara berkala untuk kelancaran aliran dan menghindari kebocoran atau infiltrasi.
 - c. Amati pasien untuk tanda dan gejala intoleransi terhadap cairan atau transfusi darah.
- 5. Pemeriksaan pasca pemberian:
 - a. Diskusikan hasil monitoring dengan tim medis atau penyedia layanan kesehatan yang bertanggung jawab.
- 6. Dokumentasi:
 - a. Pastikan dokumentasi terperinci tentang monitoring dan intervensi yang dilakukan selama proses.
- 7. Komunikasi dan pelaporan:
 - a. Laporkan hasil monitoring secara akurat dan tepat waktu sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang berlaku.
- 8. Evaluasi ulang dan tindak lanjut :
 - a. Lakukan pengevaluasian kembali terhadap keadaan pasien secara teratur untuk memastikan respons terhadap terapi yang diberikan.
 - b. Tindak lanjuti penyesuaian terapi sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

9. Menilai CVP

Definisi

Central Venous Pressure (CVP) adalah salah satu tekanan yang terdapat dari atrium kanan atau sering disebut vena cava superior dan CVP ini sering digunakan untuk dapat memandu resusitasi pada klien yang kritis.

Tujuan

1. Untuk memastikan status klinis klien yang di tujukan untuk mengetahui cairan intravaskuler klien
2. Untuk mengetahui tekanan vena sentralis
3. Sebagai salah satu pemberian cairan pada klien sakit yang serius dan memberikan obat melalui intravena
4. Dapat mengetahui volume darah yang sedang dialami pasien dalam masa perawatan

Indikasi

1. Adanya kegagalan sirkulasi akut pada klien
2. Adanya resusitasi cairan
3. Klien yang mengalami tamponade jantung
4. Dapat melakukan pemberian makanan secara parenteral dan pemberian obat
5. Pemberian cairan IV secara cepat

Komplikasi

1. Kelebihan cairan pada klien
2. Emboli
3. Ematoma local
4. Pneumotoraks

Persiapan Alat Dan Bahan

1. Meteran
2. Infus standar
3. Triwe berhenti 3 arah
4. Infus set 2
5. Cairan NACL 0,9%
6. Kateter CPV
7. Set CPV

Prosedur Kerja:

- A. Tahap Persiapan:
 - 1. Periksa catatan perawat,
 - 2. siapkan alat,
 - 3. cuci tangan.
- B. Tahap Orientasi:
 - 1. Sapa pasien,
 - 2. jelaskan prosedur dan tujuan kepada pasien dan keluarga.
- C. Tahap kerja
 - 1. Klien kita upayakan dalam posisi berbaring lurus
 - 2. Kita menggunakan waterpass untuk mengetahui titik yang kita harapkan sesuai dengan atrium kanan atau sejajar dengan intercostal space (ICS) 2-3 mid aksila
 - 3. Lalu kita sambungkan set infus dengan monameter CVP
 - 4. Sambungkan cairan infus dengan selang (manometer line) dan stopcock three way setelah itu tutup stopcock dan mengarah ke pembuluh darah lalu kita alirkan secara perlahan cairan kedalam monameter sampai mencapai batas 20-25 cmH2O
 - 5. Setelah manometer terisi cairan, lalu kita menghentikan infus dan kita putar stopcock sehingga cairan dari monameter mengalir kearah pembuluh darah
 - 6. Memperhatikan fluktuasi cairan pada manometer dan kita mencatat angka dimana cairan bergerak stabil atau cairan tidak turun lagi. Angka dapat kita lihat pada permukaan air adalah CVP
 - 7. Kita putar stopcock keposisi semula agar cairan yang mengalir dari botolninfus kearah pembuluh darah (jantung) dan Atur tetesan infus seperti semula
- D. Tahap terminasi
 - 1. Menilai CVP
 - 2. Menyimpulkan hasil tindakan.
 - 3. Mengatur waktu untuk kegiatan berikutnya.
 - 4. Mengakhiri tindakan dan membersihkan alat yang digunakan.
 - 5. Mencuci tangan dan membuat dokumentasi

10. Memberikan Obat Sesuai Program Terapi

Definisi

Obat adalah suatu zat yang diberikan kepada manusia atau hewan dengan tujuan perawatan atau pengobatan. Hal ini diogunakan untuk mengelola, mengobati, menyembuhkan, atau mencegah berbagai gangguan yang mungkin timbul dalam tubuh. Penting bagi tenaga medis untuk menjamin keselamatan dan memberikan pengobatan kepada pasien berdasarkan kebutuh individu.

Sebuah definisi alternatif menggambarkan obat sebagai Bahan yang dimanfaatkan Proses identifikasi, terapi, pemulihan, perbaikan, dan pencegahan gangguan kesehatan tubuh.

Tujuan

Tujuan obat yang diberikan sesuai dengan prosedur bisa berikan Dampak penyembuhan terhadap suatu kondisi atau keluhan yang dialami oleh pasien.

Indikasi

1. Pengobatan penyakit
2. Pencegahan penyakit
3. Pengobatan gejala seperti anti-inflamasi untuk mengurangi peradangan
4. Pengobatan komplikasi

Kontraindikasi

1. Reaksi alergi
2. Kondisi beberapa jenis obat dapat menghasilkan respons yang beragam terhadap kesehatan individu.idak aman bagi pasien kondisi tertentu
3. Interkasi obat
4. Usia pasein

a. Pemberian Obat Sublingual

Definisi

Pemberian pengobatan secara sublingual adalah jalur penghantaran obat yang menjamin penyerapan yang baik melalui jaringan kapiler dibawah lidah

Alat dan Bahan

- a. Daftar buku pengobatan, jadwal pemberian obat
- b. Sarung tangan / Handscone
- c. Obat
- d. Air minum

Prosedur kerja

Tahap Kerja

- a. Perawat menutup sampiran, jaga privasi pasien
- b. Perawat mencuci tangan, lalu gunakan sarung tangan jika pasien dan keluarga tidak mampu melakukan sendiri
- c. Perawat membuka bungkus obat dan meletakkannya di bawah lidah
- d. Perawat memberikan obat kepada pasien atau keluarga jika mampu melakukan sendiri. Pastikan obat tepat berada di bawah lidah.
- e. Perawat menganjurkan pasien untuk tidak bicara dulu selama 10-15 menit.

b. Pemberian Obat Secara Intra Muskular (IM)

Definisi

Pemberian obat melalui suntikan intramuskular memungkinkan penyerapan obat lebih cepat karena banyaknya pembuluh darah di area ini.

Peralatan/bahan

- a. Sepasang sarung tangan
- b. Jarum suntik sesuai kebutuhan
- c. Wadah untuk alat suntik
- d. alcohol swab

- e. Pengalas
- f. Daftar obat
- g. Nampan injeksi

Prosedur kerja

- a. siapkan alat yang dibutuhkan
- b. Tutup sampiran untuk menjaga privasi pasien
- c. Perkenalkan terlebih dahulu kepada pasien
- d. Tanyakan identitas pasien, dan cocokkan dengan gelang identitas
- e. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan, jelaskan indikasi pemberian obat, kemungkinan efek samping, cara pemberian obat, dan daerah suntikan.
- f. Cuci tangan dengan teknik hand washing/hand rubbing
- g. Pakai sarung tangan
- h. Desinfektan dengan alcohol swab
- i. Buka tutup spuit. Tusukan jarum secara cepat dengan sudut 90°
- j. Obat berhasil masuk ketika di aspirasi tidak ada darah
- k. Tekan daerah suntikan dengan kapas/tisu alkohol agar darah tidak keluar
- l. bantu pasien merapikan diri
- m. Rapihkan alat, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
- n. dokumentasikan tindakan

b. Pemberian Obat Secara Intra Cutan (IC)

Definisi

Pemberian obat melalui suntikan pada lengan bawah atau bagian tubuh lain yang diperlukan

Alat/bahan

- a. Jarum suntik
- b. Persiapan obat yang sudah disiapkan (dalam bentuk vial atau ampul)
- c. Alkohol swab (digunakan untuk vaksinasi)
- d. Kasa steril untuk membuka ampul (jika diperlukan)
- a. Neirbeken
- b. Perlak

- c. Handscoen

Prosedur kerja

Tahap kerja

- a. Siapkan alat yang dibutuhkan
- b. Tutup kembali pintu/sampiran untuk menjaga privasi pasien
- c. Perkenalkan terlebih dahulu kepada pasien
- d. Tanyakan identitas pasien, dan cocokkan dengan gelang identitas
- e. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan, jelaskan indikasi pemberian obat, kemungkinan efek samping, cara pemberian obat, dan daerah suntikan.
- f. Cuci tangan dengan teknik hand washing/hand rubbing
- g. Pakai sarung tangan
- h. bersihkan daerah suntikan dengan alcohol swab secara melingkar dari tengah ke luar, tunggu sampai alkohol kering
- i. Posisikan klien pada posisi yang nyaman
- j. Buka tutup spuit. Tusukan jarum secara cepat dengan sudut 10° - 15°
- k. Masukkan obat secara pelan-pelan sampai terjadi gelembung pada permukaan kulit
- l. Tarik jarum keluar setelah obat masuk, jangan memberikan tekanan dan beri tanda dengan diameter sekitar 2 cm untuk tes alergi.
- m. Lepaskan sarung tangan dan bantu pasien merapikan diri
- n. Bereskan alat, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
- o. Dokumentasikan tindakan dan evaluasi respon klien terhadap obat

d. Pemberian Obat Secara Intra Vena (IV)

Definisi

Suntikan intravena adalah proses pemberian obat dengan cara disuntikkan langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan alat suntik.

Alat/bahan

- a. Alat suntik dan jarum steril

- b. Persiapan obat yang dibutuhkan (dalam bentuk ampul)
- c. Alkohol swab (untuk proses vaksinasi)
- d. Kasa steril untuk membuka ampul (jika diperlukan).
- e. Nierbeken
- f. Perlak
- g. Handscoen
- h. Tourniquet
- i. Daftar obat / formulir pengobatan

Prosedur kerja

Tahap kerja

- a. Persiapkan peralatan yang diperlukan.
- b. Perkenalkan diri terlebih dahulu kepada pasien.
- c. Lakukan identifikasi pasien dengan menanyakan identitasnya dan cocokkan dengan gelang identitas.
- d. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan, termasuk indikasi pemberian obat, kemungkinan efek samping, cara pemberian obat, dan lokasi suntikan.
- e. Lakukan pencucian tangan dengan menggunakan teknik hand washing/hand rubbing.
- f. Kenakan sarung tangan.
- g. Bersihkan daerah suntikan dengan kapas/tisu alkohol secara melingkar dari tengah ke luar, dan tunggu hingga alkohol mengering.
- h. ambil spuit, lepas tutupnya secara vertikal sambil menunggu antiseptik mengering.
- i. Lakukan aspirasi dengan menarik pendorongnya. Jika terlihat darah, lepaskan tourniquet pada tangan klien dan dorong obat secara perlahan ke dalam vena
- j. Setelah pemberian obat, segera keluarkan jarum suntik dan tekan tempat suntikan dengan kapas alkohol.
- k. Bantu pasien merapikan diri.
- l. Setelah selesai, rapikan alat, lepaskan sarung tangan, cuci tangan
- m. Dokumentasikan Tindakan

BAB 3

TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN

3.1 Pendahuluan

Saluran pencernaan manusia, atau disebut juga dengan saluran gastrointestinal, terdiri dari beberapa organ pencernaan, memanjang dari mulut hingga ke anus dibagi menjadi dua kelompok utama, yaitu organ dalam saluran pencernaan dan organ pencernaan pelengkap. Fungsi utama sistem pencernaan yakni membantu suplai nutrisi ke dalam tubuh, yang diperoleh dari asupan makanan atau minuman sehari-hari yang dikonsumsi.

Supaya sistem pencernaan dapat bekerja dengan optimal, dianjurkan untuk memperhatikan asupan makanan serta menjalani pola hidup sehat sebaik mungkin. Beberapa tips yang penting dilakukan untuk menjaga kesehatan dari setiap anatomi sistem pencernaan adalah sebagai berikut : konsumsi makanan yang cukup mengandung serat, minumlah air dalam jumlah yang cukup, hindari konsumsi makanan dalam jumlah berlebihan, jangan makan dengan terburu-buru, makanlah makanan dengan tenang dan kunyah dengan baik sebelum ditelan, tidak mengonsumsi alkohol dan rokok, hindari makanan yang dapat mengganggu pencernaan seperti makanan terlalu pedas, terlalu asam dan tinggi lemak, biasakan buang air besar secara teratur, rutin berolah raga dan jangan lupa hindari stress berlebihan dan berkepanjangan.

Dengan melakukan tips sehat untuk pencernaan bukan merupakan jaminan terhindar dari masalah masalah atau penyakit dalam sistem pencernaan. Ada banyak hal yang menjadi penyebab atau pemicu munculnya gangguan atau penyakit tersebut. Dalam menghadapi kondisi gangguan gangguan sistem pencernaan pada pasien, perawat dituntut mampu melaksanakan peran dan tugasnya untuk memenuhi kebutuhan pada pasien dengan berbagai

gangguan sistem pencernaan. Berikut ini beberapa tindakan keperawatan yang sering dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan gangguan sistem pencernaan.

3.2 Tindakan Keperawatan pada Gangguan Sistem Pencernaan

1. Persiapan Pasien Dengan Barium Meal/Barium Enema

Definisi

Barium enema adalah metode pengambilan gambar kontras usus besar, termasuk ukuran, bentuk, dan lokasinya, sehingga kelainan pada usus besar dapat diidentifikasi.

Tujuan

Agar mengetahui adanya benjolan dan luka di usus besar dan untuk mengetahui adanya 9 penyakit pada usus..

Indikasi

- a) Colitis : penyakit radang usus besar
- b) Karsinoma : penyakit kanker yang berkembang dari jaringan kulit.
- c) Divertikulum : penyakit radang pada kantong-kantong yang ada di usus besar
- d) Polip: penyakit yang timbul karena terjadinya pertumbuhan jaringan di dalam tubuh
- e) Volvulus : penyakit dengan gangguan saluran pencernaan yang menyebabkan terjadinya usus terbelit
- f) Invaginasi : Penyakit obstruksi usus yang menyebabkan usus terlipat
- g) Intususepsi : Penyakit usus masuk ke bagian usus yang lain
- h) Atresia ani : Tidak adanya saluran di usus besar yang sebelumnya ada
- i) Stenosis : Terjadinya penyempitan di usus besar
- j) Mega colon : Gangguan yang terjadi karena pergerakan usus atau saraf pada usus besar.

Kontraindikasi

- a) Luka di Lambung, Usus Halus & Usus Besar
- b) Sumbatan Saluran Pernapasan
- c) Diare Parah

Tahap Persiapan

1) Pra-Interaksi

- a) Klien dianjurkan untuk makanan yang mudah dikunyah dan ditelan selama dua hari sebelum dilakukan pemeriksaan
- b) Klien dianjurkan berhenti minum obat agar saat pemeriksaan gambar dapat terlihat jelas dan tidak buram, terkecuali obat mendasar yaitu obat jantung.
- c) Menjelaskan kepada klien untuk minum obat pencabar pada jam 19.00 malam, lalu puasa untuk pemeriksaan radiografi, namun klien dapat minum pada saat jam 23.00
- d) Memberikan obat glucagon untuk membantu mengatasi kontraksi nyeri saat anestesi.

2) Interaksi

- (a) Memberi penjelasan kepada klien agar klien mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan serta klien menjadi tidak takut dan cemas.
- (b) Menganjurkan klien untuk diet dua hari sebelum pemeriksaan.
- (c) Memberikan Obat Pencabar seperti magnesium sitrat sehari sebelum pemeriksaan dilakukan pada sore hari hingga malam hari.
- (d) Memberikan obat Dulcolax di malam hari sebelum klien diperiksa

3) Terminasi

- a) Menghimbau untuk meningkatkan asupan cairan
- b) Mengecek output BAB untuk mengeluarkan barium
- c) Mencatat Peningkatan Output BAB yang keluar karena barium, dan dapat menarik cairan kedalam usus.

Alat/Bahan dan Persiapan Tindakan

1) Persiapan alat dan bahan

- a) Barium Chloride
- b) air

- c) Kateter Foley No 24
 - d) Arteri Klem
 - e) Syringe 50cc
 - f) Pelummas
 - g) Handscoen
- 2) Prosedur Tindakan
- a) Pertama lakukan foto pada daerah perut klien untuk melihat hasil faktorekposi yang akurat.
 - b) Siapkan barium yang dicampur air
 - c) Pakai Handscoen lalu Masukkan Kateter Foley No 24 yang sudah diberi pelummas kedalam bokong klien lalu buat balon di kateter agar kateter tidak lepas
 - d) Lalu masukan Barium 100cc
 - e) Klem kateter Agar barium tidak keluar
 - f) Foto bagian belakang dan depan perut klien
 - g) Masukan barium secara perlahan-lahan,lalu pasien digulingkan lima kali.
 - h) Lalu foto bagian perut klien secara lurus agar tampak keseluruhan bagian usus besar klien
 - i) Izinkan klien ke toilet untuk mengeluarkan bahan kontras
 - j) Bereskan alat
 - k) Pemeriksaan bagian usus besar telah selesai

2. Persiapan Pasien Dengan USG Abdomen

Definisi

Ultrasonografi adalah tindakan medis yang bisa mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh dimana adanya terdengar suara yang masuk ke dalam tubuh bagian dalam yang dapat di jangkau Osiloskop.

Tujuan

Untuk mengetahui penyakit yang ada di bagian dalam tubuh dan mengetahui terjadinya penyakit usus buntu.

Indikasi

- a) Nyeri di bagian perut.

- b) Pembengkakan pada daerah perut
- c) Besarnya daerah perut
- d) Adanya penyakit batu ginjal
- e) Penyakit radang dibagian perut.

Kontraindikasi

Kontraindikasi untuk Ultrasonografi hanya dapat dilakukan berupa suatu penolakan dari klien untuk tidak melakukan Ultrasonografi.

Alat/Bahan dan Prosedur Tindakan

1. Persiapan alat & bahan:
 - a. Rekam medik yang berisi data akurat klien.
 - b. Hasil Pemeriksaan yang sudah pernah dilakukan
 - c. Formulir Pemeriksaan Ultrasonografi
2. Persiapan Klien :

Memberitahukan kepada klien dan keluarga tujuan dan prosedur Tindakan pemeriksaan secara USG
3. Prosedur Tindakan
 - a. Melapor kepada petugas untuk perjanjian Ultrasonografi
 - b. Mempersiapkan klien dan membawa klien dengan kursi roda menuju ruangan Ultrasonografi serta membawa rekam medik klien dan Formulir Pemeriksaan Ultrasonografi Klien.
 - c. Memberikan Penjelasan kepada klien terkait Tindakan Ultrasonografi yang akan dilakukan.
 - d. Selalu Menjaga Privasi Klien.
 - e. Membantu klien untuk mengatur posisi yang nyaman di atas tempat tidur lalu mengolesi pelumas di bagian permukaan kulit yang akan di periksa.
 - f. Jika ingin melakukan pemeriksaan di bagian kandung kemih, klien harus diberitahu untuk banyak minum dan menahan buang air kecil sampai dilakukan pemeriksaan.
 - g. Membereskan klien dan membawa klien ke ruang rawatan

3. Persiapan Pasien Pemeriksaan Endoskopi

Definisi

Endoskopi merupakan pemeriksaan bagian internal tubuh dengan menggunakan alat endoskop, dan alat ini masuk melalui mulut ke kerongkongan menuju lambung dan usus halus.

Tujuan

- a. Untuk mengetahui hasil tes pemeriksaan radiologi yang telah dilakukan.
- b. Untuk menentukan diagnosis yang sesuai pada keluhan klien yang mengeluh nyeri dan susah menelan.
- c. Melakukan Tindaklanjut jika adanya luka di bagian pencernaan klien
- d. Untuk Mengetahui adanya perdarahan.

Indikasi

- a. Klien dengan keluhan nyeri di lambung
- b. Terjadinya Pendarahan di bagian Atas saluran cerna
- c. Adanya benda asing yang mengganggu proses pencernaan

Kontraindikasi

- a. Klien yang menolak melaksanakan prosedur Tindakan
- b. Klien yang memiliki Riwayat penyakit jantung dan paru-paru kronis
- c. Klien yang tidak sadarkan diri

Alat/Bahan dan Prosedur Tindakan

1. Persiapan alat dan bahan
 - a. Paket Lengkap Resusitasi
 - b. Saturasi Oksigen
 - c. Alat Periksa Tanda tanda vital (TD, T, RR, HR)
 - d. Biopsy forsep endoskopi
 - e. Cairan formalin di botoScope
 - f. Alat foto
 - g. Obat premedikasi
 - h. Surat Izin melakukan Tindakan
 - i. Hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan sebelumnya

2. Persiapan pasien
 - a. Memberitahu kepada klien mengenai tindakan pemeriksaan serta menghimbau pasien agar tidak cemas dan takut.
 - b. Memberitahu jenis anestesi yang akan dilakukan
 - c. Memastikan bahwasannya pasien sudah berpuasa selama setengah hari .
 - d. Mengukur Tanda-Tanda Vital Klien
 - e. Memastikan Pasien sudah di infus dan infus aman tidak macet
3. Prosedur Tindakan
 - a. Saat Tindakan pemeriksaan berlangsung pastikan klien sadar sepenuhnya.
 - b. Memberikan anestesi local spray pada area lidah dan mulut klien.
 - c. Memberikan obat penenang seperti obat opiate kepada klien.
 - d. Mengatur posisi klien senyaman mungkin dengan posisi berbaring miring ke kiri
 - e. Endoskopi masuk dari mulut menuju kerokongan sampai ke usus halus.
 - f. Saat tindakan berlangsung selalu memantau TTV klien ; TD, HR, RR, R.
 - g. Untuk memulai Tindakan anjurkan klien untuk menarik nafas dalam.
 - h. Menghimbau kepada klien untuk mengatur posisi sim sampai nyeri yang diberikan saat diberikan anestesi berkurang.
 - i. Menghimbau klien harus berpuasa selama 1 hingga 2 jam untuk mengurangi rasa nyeri dan agar gag refleks Kembali normal.

4. Memberi Makan Melalui NGT

Definisi

Suatu tindakan keperawatan yang di berikan melalui hidung yang di salurkan langsung kelambung pada pasien yang tidak bisa makan melalui peroral atau adanya gangguan fungsi menelan

Tujuan

Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien

Indikasi

- 1) Pada pasien yang tidak mampu memasukan makanan, minuman dan obat
- 2) Pada pasien yang mengalami keracunan obat atau makanan sehingga isi lambung dapat di keluarkan secara selang NGT
- 3) Mencegah muntah dan aspirasi pada pasien yang trauma
- 4) Pada pasien yang mengalami pendarahan lambung
- 5) Pasien dengan distensi perut karena gas, darah dan cairan

Kontra Indikasi

1. Lihat ukuran selang NGT berdasarkan usia pasien
2. Pasien dengan trauma kepala, injury tulang maksilaris, atau fraktu tengkorak bagian anterior
3. Pasien dengan Riwayat striktur esofegeal dan varises esofegeal
4. Pasien dengan kesadaran, akan mengakibatkan muntah pada saat prosedur dilakukan

Persiapan Alat

1. Corong
2. Sduit 20cc
3. Perlak
4. Nierbeken
5. Makanan dalam bentuk cair
6. Air minum
7. Obat-obatan
8. Klem
9. Stetoskop

Prosedur Kerja

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan pada pasien
2. Mendekatkan alat-alat kedekat pasien
3. Mencuci tangan
4. Mengatur posisi pasien semi fowler
5. Memasang perlak pada dada pasien
6. Meletakan nierbeken dekat pasien
7. Membuka klem dan memeriksa sisa makanan yang ada dalam lambung dengan menggunakan sduit 20 cc dalam cara diaspirasi

8. Bila tidak ada masukan makanan dengan cara memasang corong yang di sambungkan pada selang atau juga bisa menggunakan spuit 20cc
9. Sebelum makanan dimasukan terlebih dahulu masukan air sebanyak 15cc
10. Berikan makanan cair sesuai dengan prosedur medic atau diet pasien serta obat-obatan yang di dapatkan oleh pasien serta terakhir bilas dengan air lalu selang di klem kembali
11. Setelah selesai bersihkan dengan menggunakan tisu dan buang kedalam nierbeken
12. Merapikan pasien kembali
13. Alat-alat di bersihkan dan dikembalikan ke tempatnya masing-masing
14. Mencuci tangan
15. Mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan

5. Merawat kolostomi

Definisi

Kolostomi ialah tindakan keperawatan yang dilakukan tenaga medis untuk membuat lubang tetap atau sementara waktu, mulai dari usus besar lewat dinding perut.

Tujuan

1. Menjaga kebersihan dari pasien
2. Agar tidak terjadi infeksi
3. Agar tidak menimbulkan iritasi kuli pada pasien
4. Agar menjaga kenyamanan sipasien

Persiapan Alat

1. Siapkan Colostomi bag,
2. Kain yang berlubang
3. Kapas yang kering
4. 1 Sarung tangan
5. Bengkok
6. 1 set ganti balut
7. Pembalut steril
8. Gunting

9. Kapas basah
10. NaCl
11. Kantongan/plastik
12. pinset

Prosedur Kerja

1. Pastikan tangan dengan keadaan bersih
2. Gunakan sarung tangan
3. Posisikan peralut kemudian alasnya di kanan atau kiri pasien mengikuti posisi stoma
4. Lekatkan bengkok dekat dengan tubuh pasien
5. Kaji yang dikeluarkan dari stoma
6. Buka kantong colostomy menggunakan pinset tangan sebelah menekan kulit pasien
7. Buang kantong colostomy yang kotor ke kantong
8. Kaji kulit dibagian sekitar stoma
9. Lalu bersihkan bagian kulit sekitar stoma dengan kapas basah
10. Kemudian Keringkan dengan kapas yang kering
11. Bersihkan zink salap jika terdapat iritasi
12. Sesuaikan colostomy bag dengan stoma
13. Lalu tempel colostomy bag sesuai posisi yang pas
14. Buat lem colostomy dengan sesuai tanpa ada udara
15. Kemudian rapikan semua alat yang telah di gunakan
16. Lalu buang semua kotoran
17. Cuci tangan

6. Bilas lambung

Definisi

Bilas lambung adalah tindakan meng aspirasi isi lambung dan pencucian lambung dengan menggunakan selang lambung (NGT). Bilas lambung dilakukan setelah mencerna asam atau alkali atau setelah mencerna hidrokarbon atau petroleum.

Tujuan

- a. Mengeluarkan cairan racun dalam lambung
- b. Mengosongkan lambung dari makanan, darah dan lain-lain

Indikasi

- a. Pasien yang keracunan makan atau obat-obatan per oral tertentu
- b. Persiapan untuk pasien operasi lambung

Kontra Indikasi

- a. Keracunan obat keras ; kreolin, air keras, dan lain-lain
- b. Varises esofagus
- c. Tumor Paru

Persiapan alat-alat

1. Selang lambung
2. S spuit besar 50-100 cc/corong.
3. Kom berisi air es untuk merendam selang lambung (agar selang menjadi kaku dan mudah dipasang).
4. Bak instrumen berisi: pinset anatomis, arteri klem, sarung tangan, sudip lidah dan kain kasa.
5. Cairan kumbah lambung + 3 liter dengan <suhu 37 °C.
6. Termometer air.
7. Gelas ukur.
8. Gelas berisi air kumur.
9. Bahan pelumas selang (vaselin, jelly atau sejenisnya).
10. Bengkok 2 buah (tempat air bekas kumur/muntahan dan tempat sampah).
11. Tissue secukupnya.
12. Pengalas 2 buah.
13. Plester dan gunting/spidol (untuk memberi tanda silang).
14. Ember penampung air kumbah lambung.
15. Kain pel 2 buah.
16. Sampiran jika perlu

Prosedur Kerja

1. Jelaskan pada pasien prosedur yang akan dilakukan dan siapkan alat-alat yang akan dipergunakan.
2. Atur posisi pasien dengan posisi fowler jika pasien sadar atau berbaring dengan satu bantal.
3. Tutup gorden/pasang sampiran di sekeliling tempat tidur pasien.
4. Letakkan ember dibawah tempat tidur alasi dengan kain pel.

5. Siapkan air kubah lambung dalam gelas ukur dan ukur suhu air dengan termometer air.
6. Pasang pengalas: satu diletakkan diatas dada dan satu lagi diletakkan pada sisi tempat tidur searah dengan posisi ember penampung air kubah lambung.
7. Letakkan bengkok: satu di samping dagu (penampung air kumur/muntahan) dan satu lagi di atas pengalas sisi tempat tidur/di atas troli (untuk tempat sampah).
8. Cuci tangan, kemudian tangan dikeringkan dan pakai sarung tangan.
9. Ambil selang lambung dan keluarkan air dari dalam slang, jika tulang direndam dalam air es. Tetapi jika slang dari tempat kemasan plastik tidak perlu dikeluarkan airnya.
10. Selang diukur dari epigastrium sampai mulut ditambah dari mulut ke bawah telinga (+40-45 cm) kemudian diberi tanda plester/spidol.
11. Slang diberi pelumas: ambil pelumas menggunakan kassa, lalu oleskan pada selang dari ujung yang akan dimasukkan ke lambung sampai batas plester/ spidol, kemudian selang di klem.
12. Pasang selang lambung, pasien disuruh membuka mulutnya, ujung slang diletakkan diatas lidah belakang, suruh pasien menelan. Saat pasien menelan slang didorong perlahan-lahan dan sampai masuk pada batas yang diberi tanda plester/spidol
13. Pastikan apakah selang lambung telah masuk ke dalam lambung dengan cara (pilih salah satu) :
 - a. Menggunakan spuit aspirasi isi lambung, jika terdapat cairan/ makanan, berarti selang masuk lambung.
 - b. Masukkan pangkal selang ke dalam kom berisi air dan klem dibuka, jika tidak ada gelembung udara selang masuk dalam lambung, jika ada gelembung udara berarti slang masuk ke paru-paru segera cabut.
 - c. Auskultasi lambung menggunakan stetoskop
14. Kosongkan isi lambung dengan cara merendahkan dan mengarahkan selang ke dalam ember buka klem sampai cairan habis lalu slang diklem.
15. Pasang corong/ spuit pada pangkal selang lambung, tinggi corong/spuit + 30 cm diatas lambung. Tuangkan cairan dalam gelas ukur perlahan-lahan ke dalam corong/spuit dengan posisi

- sedikit di miringkan kemudian klem dibuka, perhatikan cairan yang masuk dalam slang. Sebelum cairan dalam corong/ spuit habis tuangkan kembali cairan sampai + 500 cc setiap periode.
16. Sebelum cairan terakhir dalam corong/spuit habis, keluarkan kembali cairan dengan cara merendahkan pangkal selang ke dalam ember di bawah tempat tidur (jangan terlalu rendah agar selaput lendir lambung tidak terhisap masuk ke dalam selang lambung), setelah cairan habis selang di klem.
 17. Lakukan kumbah lambung + 3-6 periode sampai cairan yang keluar dari lambung jernih pangkal selang lambung diklaim, lepaskan corong/spuit dari pangkal slang, kemudian letakkan dalam kom/bengkok.
 18. Keluarkan selang lambung dengan cara menarik selang perlahan-lahan, kemudian slang diletakkan ke dalam kom/bengkok atau di buang ke tempat sampah.
 19. Pasien beri air untuk kumur dan tampung air bekas kumur pada bengkok, kemudian mulut dan sekitarnya dibersihkan dengan tisu.
 20. Angkat pengalas, rapikan pasien dan observasi keadaan umum pasien setelah dilakukan kumbah lambung.
 21. Bereskan alat-alat, buka sarung tangan dan perawat cuci tangan.

7. Penilaian Kecukupan Nutrisi

Pengertian

Penilaian kecukupan nutrisi adalah proses evaluasi yang bertujuan untuk menilai apakah asupan nutrisi seseorang memenuhi kebutuhan tubuh pada penilaian kecukupan nutrisi .

Tujuan

1. Mendeteksi kekurangan atau kelebihan nutrisi : salah satu tujuan utama penilaian kecukupan nutrisi untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi yang tidak terpenuhi atau kelebihan nutrisi yang dapat menyebabkan masalah kesehatan.
2. Memonitor status gizi : Penilaian kecukupan nutrisi untuk memantau status gizi individu secara berkala. membantu dalam menilai efektifitas dari intervensi nutrisi yang telah direkomendasi.

3. Meningkatkan kualitas hidup : salah satu dari penilaian kecukupan nutrisi adalah untuk meningkatkan kualitas hidup, dengan memperbaiki status gizi dan memastikan asupan nutrisi yang cukup diharapkan dapat meningkatkan kesehatan, energy dan kesejahteraan secara keseluruhan.

Indikasi

1. Perubahan berat badan yang signifikan : Penurunan berat badan yang tidak diinginkan
2. Riwayat penyakit kronis : Individu dengan riwayat penyakit kronis seperti diabetes, jantung, ginjal, dan kanker memerlukan penilaian nutrisi.
3. Pola makan tidak sehat : Pola makan yang tidak seimbang, diet yang kaya akan makanan olahan , makanan cepat saji atau makanan tinggi lemak dan gula dapat menyebabkan kekurangan nutrisi dan kelebihan kalori.

Kontra indikasi

1. Pasien dengan kondisi terminal : pada pasien kondisi terminal penilaian kecukupan nutrisi mungkin tidak diindikasikan karena focus utama adalah pada kenyamanan akhir hidup
2. Pasien yang menolak penilaian : Jika pasien menolak untuk menjalani penilaian nutrisi atau tidak bersedia berpartisipasi dalam proses penilaian nutrisi
3. Pasien dengan keterbatasan kognitif atau mental : Pada pasien yang mengalami keterbatasan penilaian nutrisi mungkin sulit dilakukan karena kesulitan dalam mendapatkan informasi yang akurat tentang pola makan dan asupan makanan.

Persiapan alat

1. Pengukuran berat badan dan tinggi badan
2. Analisis laboratorium (misal tes darah untuk kadar nutrisi tertentu)
3. Teknik pengukuran seperti bioimpedansi.

Penatalaksanaan

1. Pengumpulan data : identifikasi informasi dasar tentang individu seperti usia, jenis kelamin, tingkat aktifitas fisik, dan preferensi makanan.
2. Analisis status gizi : Gunakan data yang terkumpul untuk mengevaluasi status gizi individu termasuk asupan energi, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Gunakan alat alat seperti pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar pinggang, analisis laboratorium dan evaluasi klinis tanda tanda definisi nutrisi
3. Interpretasi hasil : bandingkan data yang terkumpul dengan pedoman atau standar gizi yang relevan. identifikasi area dimana individu mengalami kekurangan nutrisi
4. Pembuatan rekomendasi : Berdasarkan hasil penilaian, buat rekomendasi nutrisi yang sesuai untuk memperbaiki status gizi. Rekomendasikan perubahan dalam pola makan
5. Monitoring dan evaluasi : Tentukan jadwal untuk memantau kemajuan individu dalam mencapai tujuan gizi. lakukan evaluasi berkala untuk menilai efektifitas intervensi nutrisi yang telah direkomendasikan dan lakukan penyesuaian jika diperlukan.

8. Memberikan Obat Sesuai Program Terapi

a. Pemberian Obat Oral

Definisi

Pemberian obat melalui oral adalah rute pemberian dimana suatu zat atau obat tersebut masuk melalui mulut, ditelan, dan kemudian diproses melalui sistem pencernaan.

Tujuan

1. Untuk mempermudah proses penyembuhan pasien
2. Untuk memperpanjang waktu ketika sediaan tinggal dilambung dan saluran pencernaan bagian atas hingga obat larut dan terabsorpsi seluruhnya

Alat yang perlu disediakan :

1. Obat pasien (dalam bentuk tablet, kapsul atau cair)

2. Air putih/air minum
3. Sedotan minum
4. Daftar obat pasien

Persiapan pada pasien :

1. Bantu pasien dan berikan posisi yang nyaman (lakukan posisi semi fowler pada pasien)
2. Apabila mobilisasi pasien terganggu, bantu pasien untuk melakukan posisi Sim (kiri atau kanan)

Prosedur Pelaksanaan

1. Melakukan 5 langkah mencuci tangan yang benar
2. Persiapkan obat oral pasien sesuai dosis yang dianjurkan oleh dokter
3. Bawa obat oral yang akan diberikan kepada pasien
4. Sebelum diberikan kepada pasien, kita harus melakukan pengecekan ulang pada obat yang akan kita berikan untuk memastikan apakah obat tersebut benar ke pasien yang akan kita berikan obat atau tidak
5. Setelah dilakukan pengecekan ulang, Perawat akan memberikan tanda atau menandatangani bahwa obat tersebut sudah diperiksa ulang
6. Lakukan identifikasi pada pasien sesuai dengan prosedur yang ada
7. Sebelum diberikan obat, Perawat harus menjelaskan terlebih dahulu kepada pasien atau keluarga pasien, obat apa yang akan diberikan, apa fungsi dan tujuan obat tersebut. Apabila pasien dan keluarga tidak ada pertanyaan lagi, Obat boleh dibuka.
8. Bantu pasien mengatur posisi yang nyaman pada dirinya untuk mengonsumsi obat (Posisi semi fowler)
9. Bantu pasien untuk mengonsumsi obatnya dan berikan air minum yang sudah tersedia untuk pasien
10. Perhatikan kondisi pasien apabila sudah mengonsumsi obatnya tersebut.
11. Lakukan observasi kepada pasien apakah benar diminum atau tidak. Jika pasien terlihat kesulitan menelan perawat bisa membantu pasien dengan cara memasukkan jari dengan

handscoon atau sarung tangan untuk memasukkan obar jauh ke belakang lidah baru diberikan minum.

b. Pemberian Obat Melalui Rektal

Definisi

Pemberian obat melalui Supositoria merupakan suatu bentuk pengobatan dengan cara memasukkan obat tersebut melalui Anus.

Tujuan

1. Agar obat dapat larut dengan cepat
2. Untuk menghindari iritasi lambung.

Indikasi

1. Pasien tidak sadarkan diri
2. Pasien yang kesulitan menelan obat karena mual terus menerus

Persiapan Alat

1. Obat supositoria
2. Handscoon
3. Pelumas/Jelly
4. Perlak/Pengalas
5. Nierbekken
6. Tissue

Persiapan Pasien

1. Memberikan salam terapeutik kepada pasien
2. Mengecek/Memastikan identitas pasien
3. Memberitahu prosedur pelaksanaan dan tujuan dari tindakan pemberian obat supositoria kepada pasien dan keluarganya
4. Lindungi Privasi Pasien
5. Memeriksa daftar pemberian obat

Tahap Pelaksanaan

1. Melakukan Tindakan mencuci tangan
2. Memakai Handscoon

3. Mengubah posisi pasien miring ke salah satu sisi (posisi SIM), lalu tekuk kaki sebelah atas
4. Bentangkan pelak/pengalas Menutupi bokong pasien
5. Pakai Handscoon
6. Buka obat Supositoria, lalu berikan gel ke jari tangan yang dominan
7. Renggangkan bokong pasien tersebut dengan menggunakan tangan yang tidak dominan, sampai anus terlihat
8. Masukkan obat supositoria perlahan kedalam anus, dorong hingga masuk kedalam, lalu sambil anjurkan pasien untuk menarik nafas dalam melalui mulut
9. Keluarkan jari dari anus lalu bersihkan daerah sekitar menggunakan tisu
10. Lepaskan Hand scoon dan letakkan kedalam nierbekken
11. Perbaiki pakaian pasien dan rapikan lingkungan pasien
12. Rapikan alat yang digunakan
13. Permissi kepada pasien
14. Mencuci tangan
15. Mencatat di buku catatan obat pasien, Nama obat yang diberikan, dosis obat serta kapan pemberian obat dilakukan
16. Observasi keadaan pasien apabila adanya efek samping penggunaan obat supositoria setelah 30 menit

Tahap Akhir

1. Evaluasi perasaan pasien
2. Dokumentasi hasil pemberian obat

Unit Terkait

1. Ruang rawat inap Rumah Sakit

BAB 4

TINDAKAN-TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PERIOPERATIF

4.1 Pendahuluan

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif. Pra operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah.

Pada setiap fase prioperatif, timbul masalah-masalah keperawatan yang berbeda berbeda. Dibutuhkan keterampilan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien pada setiap fase tersebut. Di bawah ini disajikan berberapa tindakan keperawatan yang lazim dilaksanakan pada pasien perioeratif untuk menjadi referensi bagi perawat dalam menjalankan tugas dan perannya di kamar pembedahan.

4.2 Tindakan Keperawatan

1. Membersihkan Daerah Operasi

Definisi

Membersihkan daerah operasi adalah salah satu langkah yang dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi pada daerah operasi.

Tujuan

Membantu mengurangi risiko terjadinya infeksi, dan merupakan salah satu cara untuk mendukung proses penyembuhan

Indikasi:

1. Sebelum operasi : Membersihkan daerah operasi sebelum tindakan pembedahan untuk mencegah terjadinya infeksi
2. Setelah operasi : Pembersihan dilakukan untuk menghilangkan bekas darah dan cairan saat proses pembedahan

Kontra indikasi:

1. Apabila membersihkan daerah operasi dapat menimbulkan trauma pada jaringan yang sensitif
2. Apabila proses dilakukan secara tidak steril dapat menimbulkan resiko infeksi yang tinggi

Alat dan Bahan:

1. Pinset anatomis
2. Pinset sirugis
3. Gunting jaringan
4. Kom berisi kasa kering
5. Kom berisi kasa yang sudah disinfektan
6. Handscoon
7. Korentang
8. Gunting perban
9. Plester
10. Perban
11. Alkohol swab

12. Masker
13. Near beken
14. Waskom berisi air hangat

Prosedur Kerja

1. Mempersiapkan alat yang akan digunakan
2. Mencuci tangan dan memakai handscoon
3. Basahi kapas menggunakan larutan anti septik
4. Membersihkan kulit sekitar area operasi
5. Melakukan pemeriksaan pada daerah operasi untuk mengopservasi apakah ada kotoran yang tersisa
6. Setelah daerah operasi dibersihkan lanjutkan pada proses pembedahan atau proses medis lainnya oleh tim yang berkompeten
7. Melakukan pendokumentasian atas tindakan yang sudah dilakukan
8. Rapikan alat yang sudah digunakan dan buang alat yang sudah digunakan dalam wadah limbah medis
9. Mencuci tangan

2. Mencukur Daerah Operasi

Definisi

Mencukur daerah operasi adalah prosedur yang penting untuk membersihkan dan menyiapkan area yang akan dioperasi seperti anjuran dokter

Tujuan

Agar mencegah infeksi akibat rambut yang terjatuh diarea luka operasi

Indikasi

Pasien yang akan melakukan tindakan operasi.

Persiapan Alat

1. Sabun, bedak
2. Pisau cukur, gunting
3. Kom berisi air

4. Handuk kecil, pengalas

Prosedur Kerja

a. Tahap Pra Interaksi :

1. Mengkaji kebutuhan pasien sesuai tindakan
2. Menyiapkan alat dan bahan dengan lengkap
3. Menempatkan alat didekatkan pada pasien
4. Perawat mencuci tangan

b. Tahap Orientasi :

1. Sapa pasien dengan sopan dan panggil dengan nama yang sesuai
2. Jelaskan dengan jelas tujuan dan prosedur tentang tindakan yang akan dilakukan
3. Berikan kesempatan pasien untuk mengajukan pertanyaan

c. Tahap Kerja :

1. Atur posisi pasien dan lepaskan pakaian di area yang akan kita lakukan
2. Perhatikan adakah kelainan di lokasi yang akan dicukur
3. Gunting rambut yang panjang sebelum melakukan tindakan mencukur dan masukkan ke dalam kantong plastik
4. Cara mencukur secara :
Pertama, dengan menyabunkan kulit menggunakan kulit menggunakan handuk kecil dengan arah melingkar dari dalam keluar
Kedua, dengan memberikan bedak tipis-tipis secara merata pada area yang akan dicukur
5. Melakukan pencukuran dengan cara :
 - 1) Mengelap area yang telah dicukur dengan menggunakan air lalu keringkan
 - 2) Menarik kulit dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari tangan
 - 3) Mencukur dengan arah tumbuh rambut (posisi alat pencukur dengan membentuk sudut 45° dipermukaan area kulit), agar tidak tersayat

d. Tahap Terminasi :

1. Merapikan dan membersihkan alat
2. Petugas mencuci tangan
3. Dokumentasi pada catatan keperawatan

3. Klisma

Definisi

Enema atau klisma adalah memasukkan larutan (larutan sabun atau garam, atau yang lainnya) kedalam rectum dan kolon sigmoid untuk tujuan tertentu.

Tujuan

1. Meningkatkan defekasi dengan rangsangan peristaltik
2. Untuk melunakkan feses yang keras
3. Membersihkan rektum/kolon bawah
4. Untuk menentukan diagnosa
5. Untuk persiapan pembedahan.

Indikasi

1. Akan dilakukan operasi
2. Pemeriksaan diagnostik

Alat dan Bahan

1. Wadah enema
2. Volume larutan hangat sesuai program (larutan sabun, garam, atau adiptif lain). Dewasa 700-1000 ml dengan suhu 40-43 derajat celcius. Remaja 500-700 ml
3. Selang rektal untuk klien dewasa ukuranya 22-30 G French
4. Selang untuk menghubungkan selang rektal ke wadah
5. Klem untuk selang
6. Termometer untuk mengukur suhu larutan
7. Pelumas larut dalam air
8. Perlak
9. Selimut mandi
10. Pispot
11. Tissue
12. Baskom, washlab, handuk serta sabun mandi
13. Handscoen

Prosedur Kerja

1. Jelaskan prosedur pada klien
2. Tutup tirai/horden sekitar tempat klien untuk memberikan klien privasi
3. Bantu klien pada posisi miring (sim) dan lutut di fleksikan
4. Taruh pernak dibawah panggul dan bokong pasien
5. Pasang selimut mandi, tutupi tubuh dan ekstermitas kecuali area anal biarkan terbuka
6. Wadah enema, hubungkan selang, klem dan selang rektal. Ukuran selang rektal harus 22-26 G French untuk dewasa
7. Tutup klem pengatur, mencegah hilangnya larutan cairan pertama saat ditambahkan ke wadah.
8. Tuangkan larutan hangat ke dalam baskom/wadah. Alirkan seperti layaknya mengalirkan keran. Letakkan wadah NaCl dalam baskom air panas sebelum menambahkan NaCl ke dalam wadah enema
9. Cek suhu larutan dengan termometer atau dengan meneteskan sedikit larutan diatas punggung tangan.
10. Bilas wadah, lepaskan klem dan biarkan larutan mengalir. Tempatkan dekat tempat tidur untuk memenuhi selang, klem Kembali selang, hal ini dilakukan untuk membuang udara dari dalam selang
11. Taruh pispot didekat tempat tidur, agar mudah diambil jika klien tidak mampu menahan enema
12. Kenakan handscoen untuk mengurangi transmisi infeksi
13. Berikan pelumas jelly 3-4 inci pada ujung selang rektal
14. Renggangkan bokong secara perlahan dan cari letak anus
15. Anjurkan pasien tetap tenang dengan menarik napas dari hidung dan membuang nafas melalui mulut, untuk meningkatkan relaksasi sfingter anus eksternal
16. Dorong ujung selang rektal secara pelan-pelan dengan mengarahkannya ke arah umbilicus pasien, panjangnya antara 7-10 cm untuk klien dewasa, tarik selang bila menemui obstruksi
17. Terus pegang ujung selang sampai pengisian cairan selesai.
18. Buka klem pengatur dan bahan larutan masuk dengan perlahan,dengan wadah pada setinggi panggul klien
19. Tingkatkan ketinggian wadah secara perlahan sampai pada ketinggian diatas anus 30-45 cm

20. Rendahkan wadah dan klem selang bila pasien ada mengeluhkan kram/bila cairan keluar dari anus di sekitar selang
21. Klem sedang setelah semua larutan dimasukkan, untuk mencegah udara masuk ke dalam rectum
22. Taruh tissue di dekat selang pada anus dan perlahan Tarik selang.
23. Beritahu kepada klien bahwa perasaan kembung atau merasa perut penuh itu normal. Anjurkan pasien agar dapat menahan larutan selama mungkin ketika berbaring di tempat tidur
24. Sindirkan wadah Enema dan selang di tempat yang sudah disiapkan
25. Lepaskan handschoen dengan cara tarik hingga posisinya terbalik dan buang pada tempat sampah untuk mencegah transmisi mikro-organisme
26. Bantu klien ke kamar mandi
27. Jelaskan agar klien tidak menyiram kloset sebelum perawat melakukan inspeksi toilet, lalu observasi feses pada larutan
28. Kemudian bantu klien membersihkan area sekitar anal dengan menggunakan air hangat dan sabun
29. Perawat cuci tangan dan catat hasil klisma/Enema pada catatan keperawatan.

Klisma atau enema dengan kemasan wadah sekali pakai

Persiapan alat :

1. Botol dengan ujung rektal
2. Hands coen
3. Gel pelumas larut dalam air
4. Pengalas/perlak
5. Selimut mandi
6. Tissue
7. Bejana kencing/pispot
8. Wadah/baskom, washlab, handuk dan sabun

Prosedur

1. Ikutin Langkah 1-5 pada selang rektal dengan wadah
2. Letakkan pispot di pinggir tempat tidur
3. Perawat cuci tangan dan keringkan
4. Pakai handscoen

5. Melepaskan kap plastic dari ujung rektal, Jeli bisa ditambahkan sesuai kebutuhan
6. Regangan bokong secara perlahan kemudian lihat letak anus.
7. Anjurkan pasien untuk tetap tenang dengan cara menarik napas dari hidung dan mengeluarkannya secara perlahan melalui mulut
8. Masukkan ujung botol secara perlahan ke dalam rectum, masukkan 7,5-10 cm pada orang dewasa
9. Tekan botol hingga larutan tersebut masuk ke dalam rektum dan kolon pada umumnya berisi 250 ml larutan enema).

4. Menyiapkan TT Aether Bed

Definisi

TT aether bed adalah tempat tidur yang dipersiapkan untuk pasien pasca bedah dan mendapat obat bius (narkosa)

Tujuan

Untuk menyiapkan tempat tidur ini adalah untuk menghangatkan pasien, dan mencegah komplikasi pasca bedah

Indikasi

1. Dilakukan untuk pasien tidak sadar
2. Pasien lemah/intoleransi aktivitas.

Kontraindikasi

Tidak dilakukan apabila pasien tidak mengizinkan untuk merapikan tempat tidurnya, Karena kadang ada pasien yang beranggapan bahwa apabila dia banyak bergerak tubuhnya akan merasa bertambah sakit

Alat dan Bahan

1. Tempat tidur (kasur dan bantal)
2. Baki beralas berisi :
 - a. laken
 - b. perlak
 - c. sarung bantal
 - d. steak laken

- e. selimut
- f. alas kasur
- g. boven
- h. buli-buli panas
- i. perlak serta handuk dalam
- j. satu gulungan handuk bagian dalam

Prosedur Kerja

Fase Prainteraksi

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan Alat

Fase orientasi

1. Mengucapkan salam
2. Menjelaskan tujuan
3. Menjelaskan prosedur
4. Menyiapkan lingkungan

Fase Kerja

1. Cuci tangan
2. Angkat dan lipat sprengi penutup
3. Angkat bantal dan bentangkan gulungan perlak
4. Lepaskan selimut dan sprengi atas pada bagian kaki dari bawah kasur dan kemudian lipat
5. Pasang selimut tambahan sampai menutup seluruh permukaan tempat tidur
6. Letakkan buli-buli panas di atas sprengi sebelah kiri, arahkan mulutnya kepinggir tempat tidur
7. Menarik kembali Selimut dan sprengi atas di bagian kaki ke bawah kasur jika pasien sudah sadar
8. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

Evaluasi

1. Observasi kerapian dan kelengkapan tempat tidur
2. Mencatat kegiatan dan hasil observasi di lembar catatan

Dokumentasi

1. Waktu tindakan yang dilakukan

2. Respon klien terhadap tindakan yang dilakukan

5. Mengobservasi Perdarahan

Definisi :

Perdarahan adalah proses keluarnya darah secara akut dari pembuluh darah yang rusak.

Tujuan :

Pemantauan tanda perdarahan untuk melakukan tindakan gawat darurat berikutnya.

Indikasi :

Pada pasien yang mengalami perdarahan bedah dan perdarahan non bedah.

Kontra Indikasi : -

Alat dan Bahan :

1. APD (Alat Perlindungan Diri)
2. Kain kasa steril
3. Handscoon
4. Torniquet
5. Plester
6. Satu set peralatan untuk menjahit luka
7. Waskom berisi air

Penatalaksanaan:

1. Mempersiapkan alat yang di perlukan seperti perban dan kasa steril
2. Observasi keadaan umum seperti nadi, tekanan darah, dan pernapasan
3. Observasi keluhan yang dirasakan pasien seperti rasa pusing dan sakit kepala
4. Apabila perdarahan normal berikan pertolongan pertama seperti melakukan penekanan pada luka yang berdarah
5. Apabila perdarahan yang terjadi cukup parah segera hubungi tim medis untuk mendapatkan tindakan selanjutnya
6. Beritahukan kepada pasien keadaan yang di alami oleh pasien

7. Mencatat observasi perdarahan, tindakan dan respon tim medis yang dilakukan
8. Cuci tangan dan merapikan alat yang sudah digunakan

6. Melakukan Pemeriksaan Tingkat Kesadaran

Definisi

Pemeriksaan tingkat kesadaran klien dengan menggunakan Skala Koma Glasgow

Tujuan

1. Untuk berfungsi sebagai acuan langkah demi langkah dalam penilaian kesadaran dengan pemeriksaan (GCS).
2. Mengumpulkan data klien yang objektif.
3. Mengetahui tingkat kesadaran klien dengan gangguan neurologi
4. Mengevaluasi kemajuan klien.

Indikasi

1. Semua klien yang mengalami penurunan kesadaran.
2. Semua klien yang baru tiba di IGD.
3. Semua klien di ruang perawatan yang memiliki keluhan terkait sistem neurologik.

Alat dan Bahan

1. Alat tulis
2. Nilai GCS

Prosedur Kerja

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Verivikasi data sebelumnya jika tersedia untuk mendapatkan informasi tambahan tentang kondisi klien.
 - b. Mencuci tangan untuk menjaga kebersihan dan mencegah penyebaran infeksi.
 - c. Menerapkan alat pemeriksaan dengan benar dan dekat dengan klien untuk kesiapan dan keterjangkauan selama pemeriksaan kesadaran.
2. Tahap Orientasi :
 - a. hubungan yang baik dengan klien dengan menyapa klien.

- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada klien atau keluarga untuk membuat klien tahu apa yang akan dilakukan.
 - c. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan untuk memastikan bahwa klien secara fisik dan emosional siap untuk pemeriksaan.
3. Tahap Kerja:
- a. Klien dibaringkan ditempat tidur
 - b. Memeriksa kondisi klien dan mencari masalah yang akan segera ditangani
 - c. Untuk klien dewasa gunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS).
 - d. Prosedur digunakan penilaian untuk setiap komponen GCS (dewasa) adalah sebagai berikut :
 - 1) Mengukur respon membuka mata klien dalam skala *Glasgow Coma Scale* (GCS):
 - (1) Nilai 4: diberikan apabila klien dapat membuka mata secara tiba-tiba tanpa rangsangan dari luar.
 - (2) Nilai 3: diberikan apabila klien dapat membuka mata dengan rangsangan verbal, seperti ketika klien dipanggil atau diperintahkan untuk membuka mata.
 - (3) Nilai 2: apabila klien dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri yang diberikan, seperti ketika klien diberi cubitan. Klien tidak diberi
 - (4) Nilai 1: diberikan apabila klien tidak menunjukkan respon atau tidak menanggapi.
 - 2) Verbal
 - (1) Nilai 5: menunjukkan klien dapat berbicara dengan baik atau berorientasi baik
 - (2) Nilai 4: menunjukkan klien yang dapat berbicara tetapi bingung atau tidak jelas
 - (3) Nilai 3: menunjukkan klien yang hanya mengucapkan kata-kata tanpa kalimat
 - (4) Nilai 2: menunjukkan klien yang hanya mengerang dan tidak menanggapi responden.
 - (5) Nilai 1: menunjukkan klien yang tidak menanggapi.
 - 3) Motorik.
 - (1) Nilai 6: apabila klien bisa bergerak saat mengikuti perintah.
 - (2) Nilai 5: apabila klien bisa mengetahui lokasi nyeri.

- (3) Nilai 4: klien dapat fleksi terhadap nyeri fleksi.
 - (4) Nilai 3: klien merespons nyeri dengan cara yang tidak biasa (dekortikasi).
 - (5) Nilai 2: klien merespons ekstensi yang tidak biasa (deserebasi).
 - (6) Nilai 1: Jika klien tidak dapat mengukur responnya karena hambatan fisik, berikan nilai X jika klien tidak menanggapi rangsangan nyeri.
4. Tahap Terminasi:
- a. Melakukan tindakan evaluasi jika tahap prosedur terlaksana.
 - b. Berpamitan dengan klien.
 - c. Mengatur alat alat selama proses tindakan keperawatan selesai dilakukan.
 - d. Mencuci tangan dilakukan setelah selesai interaksi atau tindakan.
 - e. Mencatat aktivitas dalam lembar catatan perawatan.

7. Anamnesa dan Observasi Sistem Sirkulasi

Definisi :

1. Anamnesa adalah proses penting dalam evaluasi pasien yang mengalami gangguan sirkulasi
2. Sirkulasi adalah evaluasi langsung terhadap fungsi sirkulasi tubuh, termasuk pengukuran tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan suhu tubuh .

Tujuan :

1. Mendeteksi gangguan sirkulasi
2. Memonitor perubahan kondisi pasien
3. Mengidentifikasi factor resiko jantung

Indikasi :

Melakukan pengukuran tanda tanda vital tidak terbatas pada penilaian awal pasien, pemantauan kondisi pasien dalam waktu perawatn, dan pemantauan respon pasien.

Kontra indikasi :

Pengukuran tanda tanda vital tergantung pada kondisi pasien dan situasi klinisnya, tetapi secara umum tidak ada kontra indikasi yang absolut untuk pengukuran tanda tanda vital, tetapi perlu dihindari pengukuran yang dapat mengganggu atau memperburuk pasien.

Persiapan alat :

Alat yang diperlukan untuk pengukuran tanda tanda vital yaitu :

1. Tekanan darah : sphygmomanometer atau pengukur tekanan darah dan stetoskop :
2. Denyut nadi : jam tangan dengan fitur pengukuran denyut nadi, stetoskop, pengukur denyut nadi digital.
3. Suhu tubuh : thermometer atau thermometer infrared merah
4. Pernafasan : pengamatan visual atau perhitungan jumlah nafas per menit.

Penatalaksanaan :

1. Persiapan lingkungan : Pastikan ruangan tempat anamnesa dan observasi sirkulasi dilakukan bersih ,tenang dan nyaman
2. Persiapkan alat-alat.
3. Sapa pasien dengan ramah dan bina hubungan dengan yang baik untuk menciptakan suasana yang nyaman dan terbuka.
4. Jelaskan kepada pasien tentang prosedur.
5. Anamnesa : Dengarkan dengan cermat keluhan pasien minta pasien untuk menjelaskan gejala yang di alami.
6. Observasi sirkulasi :
 - 1) Tekanan darah : usahakan pasien berbaring dengan nyaman, Gunakan tensi meter untuk mengukur tekanan darah pasien
 - 2) Deyut Nadi : Gunakan arloji untuk mengetahui deytut nadi. Hitung deytut nadi pasien dalam 15 detik.
 - 3) Pernapasan : Amati frekuensi pernapasan pasien dalam 15 detik.
 - 4) Suhu Tubuh : Gunakan thermometer untuk mengukur suhu tubuh pasien
 - 5) Evaluasi : Evaluasi hasil anamnesa dan observasi sirkulasi dengan cermat.

- 6) Dokumentasi dan pelaporan : Catat semua hasil anamnesa dan observasi sirkulasi secara akurat dan lengkap dalam catatan medis pasien.

8. Mengobservasi Bising Usus

Definisi

Bising Usus adalah suara yang dapat didengarkan pada sekitar abdomen yang berasal dari makanan, cairan, maupun gas yang terdapat di dalam usus.

Tujuan

Untuk mengetahui apakah aktivitas atau fungsi usus berjalan dengan baik dan normal atau tidak.

Indikasi

Indikasi untuk melakukan observasi bising usus pada abdomen adalah :

1. Mengidentifikasi adanya perubahan pada karakteristik suara usus yang dapat mengindikasikan masalah dalam fungsi usus seperti obstruksi usus, penurunan aktivitas usus, maupun peradangan.
2. Membantu dalam penilaian masalah pencernaan seperti nyeri perut, mual, muntah, maupun kembung.
3. Mengidentifikasi perubahan pola bising usus dalam penentuan diagnosis penyakit seperti ileus, sindrom iritasi usus, maupun penyakit Crohn.
4. Memantau efek obat-obatan atau tindakan medis yang telah dilakukan pada sistem pencernaan

Kontraindikasi

1. Jika terdapat luka terbuka atau infeksi pada kulit perut
2. Pada pasien yang dalam kondisi kritis atau tidak stabil
3. Pada pasien yang sedang hamil

Persiapan Alat

1. Stateskop
2. Handscoon

3. Alat tulis
4. Sampiran

Persiapan Pasien

Pasien diposisikan supinasi atau terlentang

Prosedur Kerja

Tahap Pra Interaksi

1. Cek identitas pasien
2. Memahami perasaan yang dirasakan pasien

Tahap Orientasi

1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien
2. Menjelaskan tentang tujuan dari tindakan yang akan dilakukan
3. Kontrak waktu dengan pasien
4. Meminta persetujuan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan

Tahap Kerja

1. Mencuci tangan
2. Menggunakan Handscoon
3. Memasang sampiran untuk menjaga privasi pasien
5. Menganjurkan atau membantu pasien untuk membuka baju
6. Meletakkan stetoskop pada kuadrat kiri bawah dinding abdomen pasien
7. Dengarkan suara bising usus pasien dengan hitungan 1 menit
Dewasa : 5-35x / menit
Anak : 5-15x / menit

Tahap Terminasi

1. Memasang pakaian pasien kembali
2. Memposisikan pasien kembali dengan nyaman mungkin
3. Tanyakan respon pasien setelah dilakukan tindakan
4. Akhiri kontrak waktu
5. Buka sampiran
6. Mencuci tangan
7. Dokumentasikan hasil dari tindakan yang telah dilakukan

9. Membimbing Batuk Efektif

Definisi

Membimbing batuk efektif Suatu tindakan untuk mengeluarkan Sputum yang ada di saluran pernapasan supaya memperlancar pernapasan (membersihkan saluran pernapasan) dan dilakukan dengan cara di batuk kan (melatih pasien yang tidak bisa batuk secara mandiri)

Tujuan

1. Untuk pengeluaran Sputum dan pembersihan jalan nafas
2. Untuk mengurangi sesak nafas
3. Untuk sampel pemeriksaan laboratorium

Indikasi

Pemberian bimbingan batuk efektif ini dilakukan pada pasien dengan gangguan saluran pernapasan seperti :

1. PPOK
2. Asma
3. Peneumonia
4. Tuberculos

Kontra indikasi

Pasien ini mengalami gangguan seperti :

1. Kardiovaskular
2. Hipertensi berat
3. Gagal jantung

Persiapan Alat dan Bahan

1. Pot sputum
2. Perlak
3. Tissue
4. Bengkok
5. Air hangat
6. Alat pelindung

Persiapan Pasien

Membuat posisi pasien dengan senyaman mungkin atau berbaring ke samping.

Prosedur Kerja

Tahap Pra Interaksi

1. Cek identitas pasien
2. Persiapan alat dan lingkungan sekitar pasien

Tahap Orientasi

1. Salam terapeutik kepada pasien terlebih dahulu
2. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien
3. Menjelaskan tentang tujuan dari tindakan yang akan dilakukan
4. Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya
5. Meminta persetujuan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan

Tahap Kerja

1. Mencuci tangan
2. Menggunakan Handscoon
3. Memasang sampiran untuk menjaga privasi pasien
4. Mengatur posisi pasien (pasien bisa tidur miring dan bisa duduk) dengan senyaman mungkin
5. Lanjutkan pasien minum terlebih dahulu
6. Menganjurkan pasien untuk meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut
7. Melatih pasien menggunakan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung dengan 7 hitungan sebanyak 3 kali)
8. Menganjurkan/meminta pasien saat menarik napas untuk merasakan perkembangan dibagian perut bukan di dada
9. Meminta pasien menahan nafas
10. Menganjurkan pasien menghembuskan napas secara perlahan dalam hitungan 7 detik melalui mulut seperti meniup botol
11. Memasang perlak/alat dan bengkok di pangkuan pasien bila pasien duduk dan bila pasien tidur di letakkan di dekat pasien

12. Meminta pasien melakukan napas dalam sebanyak 2 kali, yang ketiga : inspirasi, tahan nafas setelah itu batukkan dengan kuat (saat pasien ingin membatukkan pot sputum didekatkan di mulut pasien)
13. Menampung lendir dalam pot sputum setelah itu langsung ditutup
14. Beri pasien minum
15. Bersihkan mulut pasien dengan tissue dan atur kembali posisi pasien dengan posisi nyaman
16. Merapikan alat dan membersihkan daerah sekitar pasien
17. Melepaskan handscoon dan mencuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan
2. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan salam
3. Mencuci tangan

Dokumentasi

10. Melatih Ambulasi

Definisi

Tindakan ambulasi adalah usaha pasien untuk melakukan Latihan berjalan atau berpindah posisi.

Tujuan

Membantu penyembuhan pasien, mencegah resiko infeksi, mencegah kekakuan otot.

Indikasi

1. Pasien post operasi
2. Gangguan mobilitas fisik

Kontra Indikasi

Pasien yang mengalami nyeri hebat post operasi abdomen, dan memiliki TTV abnormal

Peralatan

1. Handscoen
2. Masker
3. Kursi roda/Branchard

Prosedur Kerja

Pra interaksi

1. Lakukan verifikasi program pengobatan pada klien
2. Siapkan alat
3. Cuci Tangan

Interaksi :

- a. Ambulasi dengan memindahkan pasien
 1. Beritahu klien tentang tindakan yang di lakukan
 2. Mengatur branchard dengan baik
 3. Menolong klien dengan bantuan orang lain atau lebih dari satu penolong
 4. Posisi menghadap pasien
 5. Menyilangkan tangannya didaerah dada
 6. Penolong menekuk lututnya, selanjutnya meletakkan tangan kebawah punggung .
 7. Penolong memposisikan tangannya di bawah kepala atau pundak dengan pinggul, penolong ke dua meletakkan tangannya dibagian pinggul, kaki.
 8. Petugas mengangkat secara Bersamaan lalu memindahkan ke tempat tidur
 9. Memposisikan klien di tempat tidur
- b. Membantu berjalan
 1. Menjelaskan pada klien mengenai tindakan ambulasi yang akan dilakukan
 2. Menganjurkan klien agar menggenggam tangan anda
 3. Posisi di sebelah kiri klien serta memegang tangan pada pundak klien.
 4. Membantu klien berjalan secara perlahan.
- c. Ambulasi kursi roda
 1. Beritahu klien tentang tindakan ambulasi
 2. Mengatur kursi roda dengan baik
 3. Posisi petugas berhadapan dan kaki dilebarkan.

4. Tekuk kaki dan pinggang anda.
5. Mengajukan klien agar memposisikan kedua tangannya di pundak petugas dan posisikan kedua tangan anda di kanan kiri bokong klien.
6. Saat klien memulai langkah,petugas menahan kaki klien.
7. Membantu klien berdiri hingga ke rostule
8. Membantu klien duduk di rostule dengan memposisikan klien dengan baik.

Terminasi :

1. Mencatat hasil Tindakan
2. Izin pamit dengan pasien
3. Menjelaskan Tindakan berikutnya
4. Petugas mencuci tangan

11.Mengangkat Jahitan

Definisi

Mengangkat jahitan adalah tindakan mengangkat atau melepaskan jahitan pada luka yang telah dijahit.

Tujuan

Untuk mencegah timbulnya infeksi pada luka jahitan dan benang yang masih tertinggal

Indikasi

Indikasi yang dilakukan saat mengangkat jahitan adalah :

1. Jika terjadi infeksi pada luka jahitan
2. Jika luka telah sembuh dan menyatu
3. Jika sudah waktunya jahitan diangkat

Kontraindikasi

1. Jika luka belum sepenuhnya sembuh
2. Jika belum waktunya jahitan untuk diangkat

Persiapan Alat

Alat Steril

1. Bak instrumen yang berisi : 2 buah pinset anatomi, 1 buah pinset sirurgis, kasa atau kapas, gunting angkat jahitan, kapas lidi
2. Handscoon steril dan Handscoon bersih
3. Kapas dalam com
4. Korentang

Bahan

1. Betadine
2. Alkohol
3. NACL 0,9%
4. Plester

Alat tidak Steril

1. Nierbekken
2. Perlak
3. Baki beserta alas/troli
4. Gunting

Persiapan Pasien

1. Beritahu pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan, waktu tindakan dilaksanakan, dan hal yang akan terjadi saat mengangkat jahitan
2. Berikan posisi nyaman pada pasien
3. Jaga privasi klien

Prosedur Kerja

Tahap Pra Interaksi

1. Cek kembali identitas pasien
2. Mencuci tangan
3. Menyiapkan alat dan bahan

Tahap Orientasi

1. Menjalin hubungan saling percaya kepada pasien
2. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan
3. Kontrak waktu dengan pasien
4. Minta persetujuan pada pasien atas tindakan yang akan dilakukan

Tahap Kerja

1. Mencuci tangan
2. Menggunakan Handscoon bersih
3. Pasang pernak dibagian yang akan diangkat jahitannya
4. Buka plester dengan kapas alcohol
5. Buka balutan menggunakan pinset sirurgis
6. Lepas Handscoon bersih dan pakai Handscoon steril
7. Kaji keadaan luka dan pastikan indikasi mengangkat jahitan
8. Bersihkan bagian luka dengan NaCL dan tekan kedua sisi luka secara perlahan untuk mengeluarkan PUS bila ada
9. Desinfektan luka dengan Betadine
10. Letakkan kasa steril disekitar luka
11. Mulai mengangkat jahitan, dengan cara menarik simpul jahitan keatas secara perlahan dengan menggunakan pinset sirurgis
12. Potong jahitan dengan menahan simpul keatas, potong jahitan disamping simpul
13. Angkat jahitan mulai dari tepi
14. Cabut benang secara perlahan dari kulit, dan letakkan di kasa yang telah disiapkan sebelumnya
15. Bersihkan luka bekas jahitan dengan swab betadin/Nacl
16. Tutup kembali luka dengan kasa steril
17. Tutup menggunakan plester
18. Rapikan posisi pasien ke semula

Tahap Teriminasi

1. Evaluasi hasil tindakan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Membereskan alat-alat
4. Mencuci tangan
5. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

- Aimun.a. 2015. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Buku Modul Standar Operasional Prosedur Keterampilan Keperawatan. Jakarta: Selemba Medika
- Akhun, Nafan, 2020, *Koding Gabungan Sesuai PKK*
- American College of Surgeons. 2016. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. American College Of Surgeons.
- Andarmoyo, S. 2020. Kebutuhan Dasar Manusia (Oksigenasi): Konsep, Proses, dan Praktik Keperawatan.
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guidelines for Perioperative Practice. AORN, Inc.
- Clinical Practice Guidelines for intravenous Fluid Therapy in Children and Young People in Hospital . National institute for Health and Care Excellence , UK, 2015 .*
- Eko Prabowo, 2023. *Buku Desain Dan Program Terapi Latihan*. Jakarta. Scifintech
- Ernawati. 2021. Konsep dan Aplikasi Keperawatan dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia. (S.Kep,Ns., Ed.).
- Escott-Stump,S. 2015. Nutrion and Diagnosa-Relatet Care. Lippincott Williams &Wilkins*
- Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (FK-Unand). 2014. Gawat Darurat Medis Praktis Tim Bantuan Medis Hippocrates Emergency Team (HET). Padang. Pustaka Baru Press.
- Gomela TL. 2013. Venous Access: Venipuncture (Phlebotomy) in Neonatology : Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 7th edition. McGraw-HillEducation
- Guidelines for the Administration of Blood Products. Australian National Health and Medical Research Council, 2016.*
- Hidayanti Ratna, dkk. 2019. Praktik Laboratorium Keperawatan. Jilid 2. Jakarta. Erlangga

Hidayat, Aziz Alimul. 2017. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta. Salemba Medika.

Hidayati, R., dkk. 2020. Buku Praktik Laboratorium Keperawatan, Jilid 2. Jakarta. Erlangga

<http://repository.unusa.ac.id/1656/1/PRAKTIK%20LABORATORIUM%20KEPERAWATAN%20JILID%202.pdf>

https://books.google.co.id/books/about/Buku_Modul_Standar_Operasional_Prosedur.html?id=HJ1wEAAAQBAJ&printsec=frontcover&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_entry&hl=id&gl=ID&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

https://books.google.co.id/books?id=DX3dEAAAQBAJ&pg=PA255&dq=inhalasi+nebulizer&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&ved=2ahUKEwiltMTYqYKFAxV4a2wGHQVlCMcQ6wF6BAGLEAU#v=onepage&q=inhalasi%20nebulizer&f=false

https://books.google.co.id/books?id=QJ_sEAAAQBAJ&pg=PA137&dq=sop+inhalasi+nebulizer&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&ved=2ahUKEwiU2ve3qoKFAxXUT2wGHSVZB-wQ6wF6BAGMEAU#v=onepage&q=sop%20inhalasi%20nebulizer&f=false

<https://books.google.com/books?op=library&hl=id&gl=id>

<https://www.aarc.org/resources/clinical-resources-postural-drainage-therapy/>

<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/cystic-fibrosis>

Infusion Nurses Society. 2021. Infusion therapy standards of practice. Journal of Infusion Nursing, 44(1S), S1-S224.

Intravenous Infusion Therapy for Nurses : Principles and Practice. Infusion Nurses Society, 2019.

Jain, S., & Iverson, LM. 2018. Skala koma Glasgow.

- Kusnanto., Ira, Suarilah., Candra, Panji,A., Andri, Setiya.W. 2016. *Buku Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan Dasar*. Universitas Airlangga: Fakultas Keperawatan
- Kyle & Carman. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2*. Diterjemahkan Oleh Devi Yulianti dan Dwi Widiarti. Jakarta: EGC
- National Institute For Health And Care Excellence (NICE). 2015. Major Trauma : Assessment and Initial Management.NICE Guideline [NG39]
- Potter and Perry. 2016. *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta. EGC
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., & Hall, A.M. 2020. *Fundamental of Nursing (10th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier.
- PPNI (2020), *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 2. Jakarta. PPNI
- PPNI, 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta. DPP PPNI
- PT Pro Emergency. 2017. *Advanced Cardiavascular Life Support For Nurse*. Bogor. PT Pro Emergency.
- Rochfika, *Percutanius Coronary Intervention* : Uwais
- Rosyidi, K. 2021. *Buku Prosedur Praktik Keperawatan*, Jilid 2 (E-Book). Jakarta. Trans Info Media.
- Rosyidi, K. 2021. *Prosedur Praktik Keperawatan [E-Book]*. (MN,S.Kep,Ns., Ed.).
- Silaban, J., Berutu, H., & Manik, H. E. Y. (2021). *Modul Praktikum Keperawatan Medikal Bedah 1*. Prodi D-III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Medan.
- Sumara, Retno. Winata Septian. Sumarliah Eny, 2021, *Modul Praktikum Keperawatan Medikal Bedah 1*, Surabaya. Prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah.

Sumber: Hidayat, A., & Uliyah, M. 2015. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Thaler, M.S. 2014. Satu-satunya Buku EKG yang Anda Perlukan, Ed. 8. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran.

Whitney, E., & Raymond, J.L. 2015. *Understanding Nutrition*. Cengage Learning.

WHO Guidelines on Drawing Blood: Best Practices in Phlebotomy, n.d

World Health Organization. 2016. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care : First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. WHO Press.

BIODATA PENULIS



**Jojor Silaban, SST, M. Kes
Dosen Prodi D-III Keperawatan Dairi
Kemenkes Poltekkes Medan**

Penulis lahir di Tornaganjang sebuah dusun di Desa Nagasaribu Kecamatan Lintong Ni Huta Kabupaten Humbang Hasundutan Sumatera Utara pada tanggal 18 April 1973 dari pasangan Bapak Vicktor Silaban (alm) dan Ibu Sinur br Nababan (almh). Menikah dengan Pdt. Mangiring Jingleh Pasaribu pada tahun 1999 dan dikaruniai satu orang Putri (Natshya) dan dua orang putra (Samuel dan Josafat). Menyelesaikan Pendidikan di Akademi Keperawatan Depkes RI Medan tahun 1994, D-IV Keperawatan Universitas Sumatera Utara pada tahun 2001 dan S-2 Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di STIKES Helvetia Medan pada tahun 2015. Penulis menjadi dosen sejak tahun 2001, saat ini diberi tugas tambahan sebagai Ketua Program Studi di Prodi D-III Keperawatan Dairi Poltekkes Kemenkes Medan. Berdomisili di Jl Multi Panji Bako Desa Sitinjo 2 Kecamatan Sitinjo Kabupaten Dairi Propinsi Sumatera Utara.