

Modul Praktikum Keperawatan Anak

STIKEP PPNI JAWA BARAT



PENYUSUN :
TIM KEPERAWATAN ANAK

Cetakan Revisi Ketiga
Tahun 2023



**Modul Praktikum Keperawatan Anak
Tahun 2023**

Cetakan pertama, September 2018
Cetakan revisi kedua, November 2020
Cetakan revisi ketiga, April 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
No. Pencatatan Hak Cipta:

Dilarang memperbanyak isi buku panduan ini, baik sebagian maupun seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis:

Buku ini dipublikasikan oleh:

STIKep PPNI Jawa Barat

Jalan Ahmad IV No. 32
Cicendo, Kota Bandung 40173
Indonesia
Telepon : +62 22 6121914
Website: <http://stikep-ppnijabar.ac.id/>

Tim Penyusun:

Dewi Srinatania, S.Kp., M.Kep
Agus Hendra, S.Kp., M.Kep
Agni Laili Perdani, Ners., MSN

Editor:

Gina Nurdina, Ners., M.Kep
Novya Ashlahatul Mar'ah, S.Kep., Ners
Agus Hendra, S.Kp., M.Kep

ISBN:

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa dalam pembahasan Modul Praktikum Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan Anak berikut ini.

Modul ini membahas tentang Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan Anak yang terangkai dalam mata ajaran "Keperawatan Anak".

Saudara, Pelayanan keperawatan diberikan kepada klien secara komprehensif dan manusiawi untuk memenuhi kebutuhan dasar individual yang berbeda antara satu klien dan klien lainnya. Pelayanan ini diberikan oleh tenaga keperawatan yang kompeten dan memiliki dasar ilmu pengetahuan keperawatan serta keterampilan dan sikap berdasarkan etik keperawatan.

Bentuk pelayanan keperawatan merupakan serangkaian tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan standar praktik, standar asuhan dan standar prosedur keperawatan. Setiap tindakan keperawatan diberikan kepada klien seyogyanya dapat diukur melalui standar prosedur keperawatan yang menjadi acuan dari setiap tenaga keperawatan. Modul ini berisikan uraian yang akan membantu anda memahami berbagai aspek yang berhubungan dengan standar operasional prosedur keperawatan medikal bedah.

Tujuan belajar setelah menyelesaikan Modul Praktikum Tindakan Keperawatan Medikal Anak ini adalah anda dapat memahami standar operasional prosedur keperawatan medikal bedah untuk memberikan pelayanan keperawatan baik di tatanan kesehatan, di rumah sakit, klinik atau komunitas. Selain itu, modul ini dapat pula menjadi pegangan setiap peserta didik keperawatan dan para pengajar/pendidik dalam keperawatan yang terlibat dalam proses belajar mengajar.

Saudara,

Disetiap kegiatan belajar dilengkapi dengan tujuan pembelajaran, definisi, tujuan tindakan/indikasi dan uraian standar operasional prosedur. Juga disertai tugas dan latihan yang perlu anda kerjakan untuk memudahkan ingatan serta anda dapat mengevaluasi sendiri kemajuan belajar yang sudah dicapai.

KATA PENGATAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT berkat ridho dan karunia-Nya modul praktikum ini dapat disusun. Adapun tujuan dari penyusunan modul praktikum ini adalah untuk pedoman dalam melakukan praktikum bagi seluruh mahasiswa Keperawatan STIKep PPNI Jawa Barat.

Buku pedoman ini merupakan buku rujukan yang dapat digunakan oleh mahasiswa dan dosen STIKep PPNI Jawa Barat dalam proses pembelajaran. Kami menyadari bahwa pedoman ini masih memiliki banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran untuk penyempurnaan pedoman ini sangat kami harapkan. Akhir kata, semoga modul praktikum ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Bandung, April 2022

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
PENDAHULUAN	iv
Kegiatan Belajar-I	
PEMERIKSAAN FISIK	1
A. Pemeriksaan Fisik Pada Anak.....	1
B. Pemeriksaan Fisik Pada Bayi.....	5
Kegiatan Belajar-II	
NUTRISI	13
A. Membantu Makan Pasien	13
B. Memasang Naso Gastric Tube (NGT).....	14
C. Memberi makan melalui nasogastric tube (NGT).....	18
Kegiatan Belajar-III	
OKSIGENASI	19
A. Pemberian Oksigen Melalui Nasal Kanul.....	19
B. Pemberian Oksigen Melalui Masker	21
C. Menghisap Lendir Pada Pasien Bayi/Anak	24
Kegiatan Belajar-IV	
ELIMINASI	26
A. Perawatan Stoma Pada Anak	26
B. Wash Out	30
Kegiatan Belajar-V	
HYGIENE	33
A. Memandikan bayi Baru Lahir Dengan Di Lap.....	33
B. Memandikan bayi Baru Lahir Dengan Di Rendam.....	35
C. Memandikan Bayi BBLR/Prematur	37
D. Perawatan Tali Pusat	39
E. Mengganti Pakaian Bayi.....	42
Kegiatan Belajar-VI	
CAIRAN	44
A. Memasang IV Cateter (Infus)	44
B. Memasang Transfusi Darah.....	47

Kegiatan Belajar-VII

PEMBERIAN OBAT50

A. Pemberian Obat Oral50

B. Pemberian Obat Secara Sublingual52

C. Pemberian Obat Topikal54

D. Pemberian Obat Suppositoria (Melalui Rektal)57

E. Pemberian Obat Suppositoria (Melalui Vagina)59

F. Pemberian Obat Secara Intracutan (IC).....61

G. Pemberian Obat Secara Sub Cutan (SC)64

H. Pemberian Obat Secara Intramuscular (IM)67

I. Pemberian Obat Secara Intravena (IV).....70

Kegiatan Belajar-VIII

FOTOTHERAY74

A. Pemasangan Fototherapy74

Kegiatan Belajar-IX

DESFERAL77

A. Pemasangan Desferal.....77

KEGIATAN PRAKTIKUM - 1

PEMERIKSAAN FISIK

A. PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemeriksaan fisik pada anak, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemeriksaan fisik pada anak dengan benar dan tepat

2. Deskripsi

Suatu tindakan mengumpulkan, menganalisa, dan mensintesa data bayi melalui sejumlah teknik pemeriksaan untuk mengambil keputusan tentang status kesehatan bayi dan merupakan bagian dari kegiatan pengkajian dalam proses keperawatan

3. Tujuan

- a) Mengumpulkan data status kesehatan umum klien
- b) Mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan
- c) Penegakkan data/dasar untuk intervensi keperawatan

4. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

- 1) Alat
 - (a) Thermometer
 - (b) Tongue spatel
 - (c) Mateline
 - (d) Penlight
 - (e) Botol berisi larutan air sabun
 - (f) Botol berisi larutan desinfektan dialasi kain kassa
 - (g) Botol Berisi air bersih
 - (h) Potongan tisue bersih pada tempatnya
 - (i) Bengkok
 - (j) Alat penunjuk waktu
 - (k) Stetoscope anak
 - (l) Manset dan spigmomanometer
 - (m) Timbangan bayi / anak
 - (n) Alas timbangan bayi
 - (o) Alat tulis dan buku catatan

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan

- 2) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur tindakan yang akan dilaksanakan, sesuai dengan tingkat tumbuh kembang anak dan pengetahuan keluarga
- 3) Pemeriksaan status kesadaran
 - a) Penilaian kesadaran kualitatif
 - b) Penilaian kesadaran kuantitatif
- 4) Pemeriksaan Antropometri :
 - a) BB
 - b) TB
 - c) Lingkar Lengan Atas
 - d) Lingkar Kepala
 - e) Lingkar Dada
- 5) Pemeriksaan tanda vital :
 - a) Pemeriksaan Suhu
 - b) Pemeriksaan Nadi
 - c) Pemeriksaan respirasi
 - d) Pemeriksaan Tekanan Darah
- 6) Pemeriksaan kulit
Amati warna, kelembaban, suhu, tekstur, turgor, edema dan lesi
- 7) Pemeriksaan kuku
Amati warna, tekstur dan hygiene
- 8) Pemeriksaan rambut
Amati warna, tekstur, kualitas, distribusi, elastisitas dan hygiene
- 9) Pemeriksaan Kelenjar Getah Bening
Lakukan palpasi dengan menggunakan bagian distal jari, kemudian tekan perlahan tapi tegas menggunakan gerakan melingkar pada :
 - a) Daerah submaksilaris
 - b) Servikal
 - c) Aksila
 - d) Inguinalis
- 10) Pemeriksaan Kepala
Lakukan inspeksi dan pengukuran lingkar kepala, keadaan ubun-ubun atau fontanel
- 11) Pemeriksaan wajah

Inspeksi daerah wajah untuk menilai kesimetrisan, apakah ada paralise fasialis serta apakah ada pembengkakkan wajah

12) Pemeriksaan Mata

Inspeksi :

- a) Palpebra
- b) Lipatan epikantus
- c) Kelopak mata : posisi, gerakan dan warna
- d) Konjungtiva palpebra : warna
- e) Bulu dan alis mata : pertumbuhan dan distribusi
- f) Sclera : warna
- g) Kornea
- h) Pupil : ukuran, bentuk dan gerakan
- i) Iris : bentuk, warna, ukuran dan kejelasan
- j) Lensa
- k) Tes cover
- l) Uji reflex kornea
- m) Tes ischiara (tes buta warna)

13) Pemeriksaan Telinga

- a) Inspeksi telinga bagian luar : daun telinga
- b) Inspeksi liang telinga dengan menggunakan otoskop untuk melihat membrane timpani
- c) Uji pendengaran antara lain : uji Rinne, uji weber

14) Pemeriksaan Hidung

15) Pemeriksaan Mulut dan Tenggorok

- a) Inspeksi
- b) JVP
- c) Adanya massa pada leher

16) Pemeriksaan Dada

- a) Inspeksi bentuk dada, besar dada, kesimetrisan, gerakan dada, adanya deformitas atau tidak, adanya penonjolan dan pembengkakkan
- b) Palpasi adanya kesimetrisan, fremitus suara dan krepitasi
- c) Perkusi
- d) Auskultasi untuk menilai bunyi nafas normal dan bunyi nafas tambahan

17) Pemeriksaan Jantung

- a) Inspeksi dan palpasi di daerah apeks
- b) Perkusi untuk menilai pembesaran jantung
- c) Auskultasi

18) Pemeriksaan Abdomen

- a) Inspeksi untuk menilai ukuran dan bentuk abdomen
- b) Auskultasi untuk mendengarkan bising usus
- c) Perkusi
- d) Palpasi daerah organ abdomen

19) Pemeriksaan Genitalia

Alat Kelamin Laki-laki :

- a) Inspeksi ukuran penis
- b) Inspeksi adanya pembengkakan, lesi kulit, inflamasi pada glands dan batang
- c) Inspeksi lokasi meatus uretra
- d) Inspeksi ukuran, lokasi, kulit dan distribusi rambut pada skrotum
- e) Palpasi kantong skrotum dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk menilai testis

20) Alat Kelamin Perempuan

- a) Inspeksi struktur genitalia eksterna
- b) Palpasi adanya massa di labia
- c) Inspeksi dan palpasi kelenjar bartholini

21) Pemeriksaan Tulang Belakang dan Ekstremitas

- a) Inspeksi adanya skoliosis
- b) Periksa kekuatan otot
- c) Periksa ROM

22) Pemeriksaan Neurologi

- a) Inspeksi kelainan umum neurologis seperti kejang, tremor, korea, paresis, paralisis, hemiparesis, disparemia, paraplegia, tetraplegia
- b) Lakukan pemeriksaan reflex antara lain reflex superficial, tendon dan patologis
- c) Lakukan pemeriksaan tanda meningeal seperti kaku kuduk dan brudzinko

B. PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemeriksaan fisik pada bayi, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemeriksaan fisik pada bayi dengan benar dan tepat

2. Deskripsi

Suatu tindakan mengumpulkan, menganalisa, dan mensintesa data bayi melalui sejumlah teknik pemeriksaan untuk mengambil keputusan tentang status kesehatan bayi dan merupakan bagian dari kegiatan pengkajian dalam proses keperawatan

3. Tujuan

- a) Mengumpulkan data status kesehatan umum klien
- b) Mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan
- c) Penegakkan data/dasar untuk intervensi keperawatan

4. Standar Operasional Prosedur

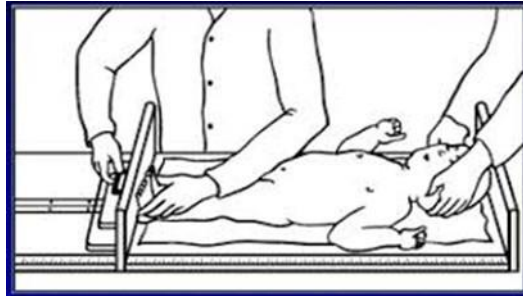
a) Persiapan

- 1) Alat
 - (a) Thermometer
 - (b) Tongue spatel
 - (c) Mateline
 - (d) Penlight
 - (e) Botol berisi larutan air sabun
 - (f) Botol berisi larutan desinfektan dialasi kain kassa
 - (g) Botol Berisi air bersih
 - (h) Potongan tisue bersih pada tempatnya
 - (i) Bengkok
 - (j) Alat penunjuk waktu
 - (k) Stetoscope anak
 - (l) Manset dan spigmomanometer
 - (m) Timbangan bayi / anak
 - (n) Alas timbangan bayi
 - (o) Alat tulis dan buku catatan

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur tindakan yang akan dilaksanakan, sesuai dengan tingkat tumbuh kembang anak dan pengetahuan keluarga

- 3) Menyiapkan posisi pasien
- 4) Panjang / tinggi badan
 - a) Dilakukan dengan posisi berdiri atau berbaring
 - b) Dari ujung kaki sampai ke ubun-ubun
 - c) Neonatus : 48 – 53 cm



Gambar 1.1

- c) Berat Badan
 - a) Buka baju bayi, timbang bayi
 - b) Neontus : 2500 gr – 4000gr



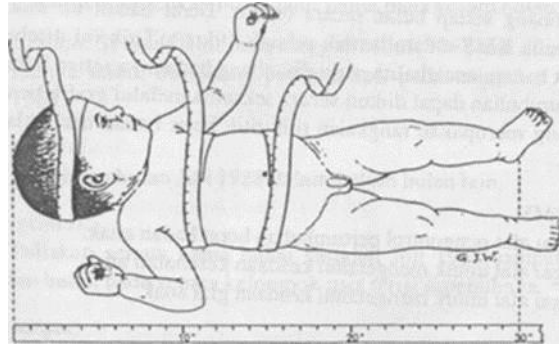
Gambar 1.2

- d) Lingkar kepala
 - a) Diukur dengan pita meteran/ mate line, dari atas alis dan pinna kemudian ke occipital
 - b) Neonatus 33 – 35 cm. Lingkar kepala lebih besar 2 – 3 cm dibanding lingkar dada



Gambar 1.3

- e) Lingkar dada
 - a) Diukur dengan mate line melingkari dada melalui nipple
 - b) Neonatus : 30,5 – 33 cm

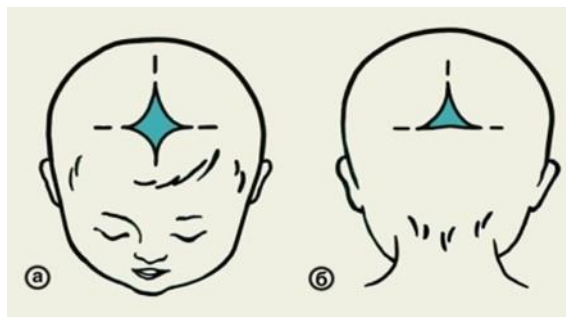


Gambar 1.4

- f) Temperatur
 - a) Area : axilla, oral, rectal, membran timpani
 - b) Normal : 36,5 – 37° C
- g) Pulse
 - a) Diukur di apical ada anak 2 – 3 tahun, ukur 1 menit penuh, dengan menggunakan stetoskop
 - b) Neonatus 120x/mnt – 140x/mnt, selama periode pertama, pada periode reaktifitas (6 – 8 jam): 180x/mnt
- h) Respirasi
 - a) Observasi 1 menit penuh. Pada infant lebih dominan pernafasan abdomen
 - b) Neonatus : 30 – 60 x/mnt
- i) Pemeriksaan Kepala

Lakukan inspeksi dan pengukuran lingkar kepala, keadaan ubun-ubun atau fontanel
- j) Kulit :
 - a) Saat lahir berwarna merah cerah, lembut, 2 – 3 hari berwarna pink, kering. Terdapat vernix caseosa, lanugo, edema sekitar mata, wajah, tangan, scrotum atau labia
 - b) Perubahan warna normal : acrocyanosis yaitu sianosis pada tangan dan kaki, cutis marmorata (transient mottling) terjadi karena penurunan suhu
 - c) Neonatal jaundice : 2 – 3 hari
 - d) Ekimosis atau petekie karena trauma lahir

- e) Milia : distensi kelenjar minyak : papula putih pada pipi, dagu dan hidung
- f) Miliaria : distensi kelenjar keringat : vesicle terutama di muka
- g) Birth mark (tanda lahir) :
- h) Mongolian spot : warna kebiruan pada punggung dan bokong
- i) Telangiectatic nevi : merah / pink di belakang leher
- j) Turgor diperiksa pada abdomen
- k) Tekstur : kasar atau halus
- k) Struktur Asesoris
 - a) Rambut : warna, tekstur, distribusi, elastisitas dan hygiene
 - b) Kuku : warna, bentuk dan hygiene
 - c) Dermatoglyphics (garis tangan) : 3 fleksi creases. Simian line 1 – 2 creases : indikasi Down Syndrome
- l) Kelenjar Limfe
 - a) Catat ukuran, mobilitas
 - b) Pembesaran : merupakan indikasi adanya inflamasi atau infeksi dari bagian proksimal lokasi tersebut
- m) Kepala
 - a) Fontanel anterior : berbentuk diamond, ukuran 2,5 – 4 cm, menutup usia 18 bulan
 - b) Fontanel posterior : berbentuk segitiga, ukuran 0,5 – 1 cm, menutup 2 – 3 bulan



Gambar 1.5

- c) Caput succedaneum : edema jaringan lunak scalp
- d) Cephal hematoma : hematoma antara periosteum dan tulang tengkorak (skull bone)
- n) Mata
 - a) Neonatus : kelopak mata edema, tertutup / terbuka, airmata ada atau tidak ada

- b) Kemungkinan adanya nystagmus atau strabismus
- c) Refleks mengedip atau refleks cornea
- d) Bayi langsung mengedip saat dikenai cahaya atau didekatkan dengan suatu obyek ke cornea. Berlangsung seumur hidup. Bila tidak ada respon : gangguan nerves II, IV dan V
- e) Refleks pupil
Pupil berkonstriksi ketika diberi cahaya. Refleks ini berlangsung seumur hidup
- f) Doll's eye refleks
Bila kepala digerakkan perlahan-lahan ke kiri atau ke kanan mata tidak bergerak
- o) Telinga
 - a) Posisi : bagian atas pinna sejajar dengan outer canthus eye (kelopak mata bagian luar)
 - b) Pinna fleksibel, cartilago sudah terbentuk
- p) Hidung
 - a) Secret /Nasal discharge : mucus putih, bening
 - b) Septum : ada atau tidak deviasi
 - c) Passage udara lancar atau ada hambatan
 - d) Refleks glabellar
 - e) Glabella (cuping hidung) diketuk dengan cepat maka mata bayi akan menutup rapat
 - f) Bersin
Merupakan respon spontan terhadap iritasi atau obstruksi. Berlangsung seumur hidup
- q) Mulut dan Kerongkongan
 - a) Intact / keutuhan :
 - b) Salivasi
 - c) Uvula di midline
 - d) Natal teeth : benigna, dapat diaspirasi
 - e) Epstein pearls : cysta epithelial, kecil sepanjang palatum keras
 - f) Bibir : warna, tekstur, lesi
 - g) Gigi : perkiraan jumlah pada anak dibawah 2 tahun = Usia (bulan) – 6

h) Refleks sucking (menghisap)

Respon terhadap stimulasi (menyentuh bibir bayi) : menghisap kuat.

Berlangsung selama masa infancy



Gambar 1.6

i) Refleks gag

Stimulasi pada posterior pharynx oleh makanan, tube atau suction, reaksi bayi muntah. Berlangsung seumur hidup. Bila reaksi tidak ada kemungkinan terjadi kerusakan saraf glosofaringeal

j) Refleks rooting

Menyentuh pipi hingga ke sepanjang sisi mulut, respon bayi : kepala mengikuti arah stimulasi yang diteruskan dengan menghisap. Hilang usia 3 – 4 bulan, ditoleransi sampai 12 bulan



Gambar 1.7

k) Extrusion

Bila lidah disentuh atau ditekan, respon bayi : mendorong lidahnya keluar, hilang usia bulan

l) Yawn / menguap

Merupakan respon spontan terhadap penurunan O₂ dengan meningkatkan udara terinspirasi

m) Batuk

Reaksi terhadap adanya iritasi membran mukosa larynx atau tracheobronchial. Muncul mulai hari ke 2 – 3 setelah lahir

- r) Leher
 - a) Neonatus : pendek, tebal, dipenuhi skinfold
 - b) Gerakan menelan
- s) Dada
 - a) Perbandingan (rasio) AP : Lateral = 1 : 1, diameter sama
 - b) Retraksi sternal : sedikit dan tampak jelas
 - c) Processus xiphoideus : jelas
 - d) Pembesaran mammae, sekresi mammae
 - e) Pigeon chest kadang tampak pada bayi normal
- t) Paru-paru

Tipe respirasi :

 - a) Kecepatan dan kedalaman : irreguler
 - b) Irama : irreguler
 - c) Bunyi nafas : vesikuler, bronchovesikuler, bilateral
 - d) Refleks batuk ada 1 – 2 hari setelah lahir
- u) Jantung
 - a) Apex :S1, S2 : intercosta 4 – 5 : perbatasan sternal kiri dengan lateral
 - b) Cyanosis Persisten : Cyanosis sementara pada saat menangis atau penurunan suhu
- v) Abdomen
 - a) Inspeksi – auskultasi – perkusi – palpasi
 - b) Bentuk silindris
 - c) Hepar : teraba 2 – 3 cm di bawah margin costa kanan
 - d) Limpa : pada ujungnya teraba pada minggu pertama
 - e) Ginjal : teraba 1 – 2 cm diatas umbilicus
 - f) Umbilical cord : putih kebiruan, 2 arteri 1 vena
- w) Genital

Genitalia female :

 - a) Labia, clitoris biasanya edematus
 - b) Labia minora lebih besar dari mayora
 - c) Vernix caseosa antara labia
 - d) Urinasi dalam 24 jam

Genitalia Male :

 - a) Meatus Uretra terbuka di ujung penis
 - b) Testis dapat teraba pada scrotum

- c) Scrotum : besar, edema, ditutupi rugae
- d) Prepuccium
- e) Urinasi dalam 24 jam
- x) Punggung dan Rektum
 - a) Spina intact
 - b) Anus terbuka
 - c) Meconium dalam 24 – 36 jam
 - d) Trunk incurvation (Galant)

Jika bagian sisi punggung sepanjang spina disentuh (stroking) maka pinggul bayi bergerak ke arah sisi yang distimulasi tersebut. Hilang usia 4 minggu



Gambar 1.8

- e) Refleks Perez

Bayi ditengkurapkan, kemudian sentuh dengan ibu jari dari arah sakrum ke arah leher sepanjang tulang belakang, reaksi bayi akan menangis keras, karena merupakan refleks menyakitkan. Dilakukan terakhir
- f) Refleks Anal

Bayi dipegang kedua kakinya, kemudian disentuh daerah anusnya, reaksi anus akan kontriksi (mengkerut)
- y) Extremitas
 - a) Jumlah jari : jika lebih (polidaktili)
 - b) Creases pada tangan dan kaki
 - c) ROM
 - d) Simetrisitas
 - e) Kuku berwarna pink, panjang atau pendek

f) Refleks Moro

Mengejutkan dengan tiba-tiba, respon ekstrimitas ekstensi dan abduksi dengan cepat, telunjuk dan ibu jari membentuk huruf “C”, diikuti oleh fleksi dan abduksi ekstrimitas, kadang disertai menangis. Hilang usia 3 – 4 bulan, paling kuat usia 2 bulan, bila lebih dari 6 bulan masih ada, kemungkinan terjadi kerusakan otak. Bila respon asimetris : terjadi injury plexus brachial, clavícula atau humerus



Gambar 1.9

g) Refleks startle

Jika bayi diberi bunyi yang keras secara tiba-tiba, respon abduksi lengan dan fleksi siku, tangan tetap menggenggam. Hilang usia 4 bulan. Bila tidak ada respon berarti terjadi gangguan pendengaran

h) Refleks tonic neck

Ketika kepala bayi menengok ke satu sisi maka tangan dan kaki ekstensi ke sisi tersebut sedangkan tangan dan kaki sisi lainnya fleksi. Hilang usia 3 – 4 bulan. Bila respon tidak ada atau menetap kemungkinan terjadi gangguan CNS



Gambar 1.10

i) Dance or step refleks

Jika bayi dipegang sehingga telapak kaki menyentuh permukaan yang keras maka kaki akan fleksi dan ekstensi secara reciprocal, menyerupai berjalan. Hilang usia 3 – 4 minggu, kemudian diganti dengan gerakan yang disengaja



Gambar 1.11

j) Refleks crawling (merangkak)

Jika bayi ditengkurapkan, bayi akan maju secara perlahan seperti merangkak. Hilang usia 6 minggu

KEGIATAN PRAKTIKUM - II

NUTRISI

A. MEMBANTU MAKAN PASIEN

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang membantu makan pasien, mahasiswa mampu melakukan prosedur membantu makan pasien dengan benar dan tepat

2. Deskripsi

Menolong member makan untuk pasien

3. Tujuan

Memberikan nutrisi makanan dan minuman

4. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

1) Alat

(a) Makanan dan minuman disiapkan dibawa ke tempat pasien

(b) Serbet makan

(c) Gelas yang berisi air minum

2) Pasien

Pasien diberitahu dan disiapkan dalam keadaan posisi kepala lebih tinggi dari badan

b) Pelaksanaan

1) Perawat cuci tangan

2) Periksa makanan sesuai dengan dietnya

3) Bentangkan serbet di bawah dagu pasien kemudian perawat duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan dan mengingatkan pasien untuk berdoa menurut agamanya, kemudian menyuapkan makan sedikit demi sedikit sambil berkomunikasi serta member air minum pasien

4) Bila makanan telah habis atau makan telah selesai, bersihkan mulut pasien dan sekitarnya kemudian merapihkan pasien dan alat-alat

5) Perawat cuci tangan

6) Catat jumlah porsi yang dimakan

B. MEMASANG NASO GASTRIC TUBE (NGT)

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi, mahasiswa mampu melakukan prosedur memasang NGT dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Nasogastric Tube (NGT) adalah selang yang dimasukkan melalui nasopharynx menuju lambung

3. Tujuan

- a) Mengeluarkan cairan/isi lambung (lavage) dan gas yang ada dalam gaster (decompression)
- b) Mencegah atau mengurangi mual (nausea) dan muntah (vomiting) setelah pembedahan atau trauma
- c) Irigasi karena perdarahan atau keracunan dalam lambung
- d) Untuk memberikan obat dan makanan secara langsung pada saluran pencernaan
- e) Mengambil specimen dari lambung untuk pemeriksaan laboratorium

4. Indikasi

- a) Pasien tidak sadar (koma)
- b) Pasien dengan masalah saluran pencernaan atas (stenosis esophagus, tumor mulut/faring/esophagus, dll)
- c) Pasien yang tidak mampu menelan
- d) Pasien pascaoperasi pada mulut/faring/esophagus

5. Standar Operasional prosedur

a) Pengkajian

- 1) Cek perencanaan keperawatan klien
- 2) Cek kemampuan klien untuk bekerjasama

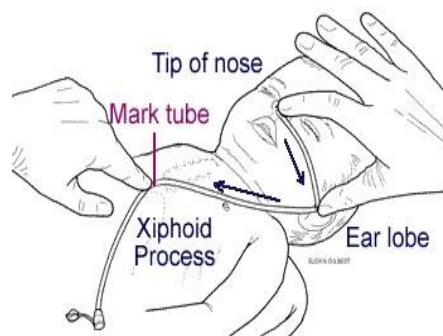
b) Perencanaan

- 1) Persiapan Pasien
 - (a) Menyampaikan salam
 - (b) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami
 - (c) Mengatur posisi pasien dalam semi flower (bila klien sadar) atau supine kepala fleksi (klien tidak sadar)
 - (d) Memperhatikan privacy

- 2) Persiapan Alat
 - (a) Nasogastric tube dengan ukuran yang sesuai dengan kebutuhan
 - (b) Sarung tangan bersih
 - (c) Tissue
 - (d) Plester
 - (e) Gunting plester
 - (f) Jelly yang larut dalam air
 - (g) Stetoskop
 - (h) Handuk mandi atau alas
 - (i) Spuit 50 cc
 - (j) Bengkok
 - (k) Makanan cair yang akan diberikan
 - (l) Kassa bersih
 - (m) Spidol
 - (n) Senter/pen light

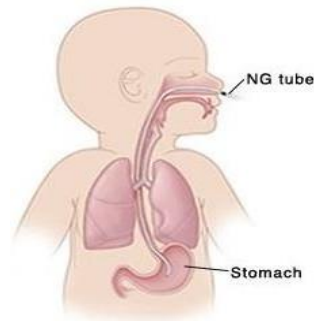
c) Implementasi

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Pasang sampiran
- 3) Dekatkan alat ke dekat pasien dan siapkan
- 4) Posisikan klien
- 5) Cek lubang hidung dengan cara menutup lubang hidung satu per satu (bila klien sadar)
- 6) Pasang handuk atau alas di dada klien
- 7) Tuangkan jelly ke dalam kassa
- 8) Pakai sarung tangan bersih
- 9) Ukur panjang selang yang akan dimasukkan (dari telinga sampai ke ujung hidung dan ujung hidung sampai Prosesus Xyphoideus atau dari ujung dahi sampai Prosesus Xyphoideus)



Gambar 2. 1

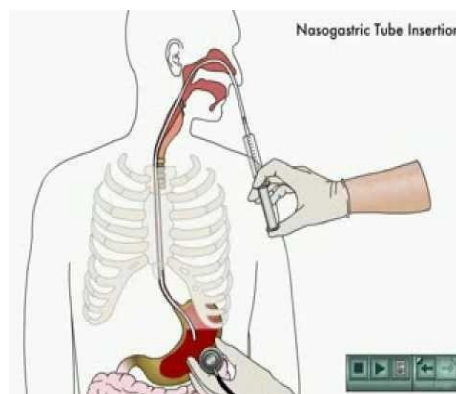
- 10) Tandai ukuran NGT sesuai ukuran klien
- 11) Lumuri ujung selang dengan jelly secukupnya
- 12) Ingatkan pasien bahwa insersi akan dimulai
- 13) Masukkan selang dengan perlahan-lahan ke lubang hidung yang paling lapang sambil menganjurkan klien untuk menelan. Masukkan selang saat klien menelan.



The NG tube is placed through your child's nose and down into the stomach.

Gambar 2.2

- 14) Jangan memaksakan mendorong selang, perhatikan respon klien bila terjadi tahanan atau klien tersedak, batuk, muntah atau menjadi sianotik (kebiruan), hentikan memasukkan selang dan selang ditarik kembali
- 15) Cek dengan menggunakan pen light apakah selang masuk atau menggulung
- 16) Masukkan selang sampai batas yang telah ditandai
- 17) Tentukan apakah pipa tersebut benar-benar sudah masuk ke lambung, dengan cara:
 - Masukkan spuit pada ujung NGT, letakkan diafragma stetoskop di kiri atas abdomen klien tepat dibawah garis kostae. Suntikkan 10-20cc udara sambil auskultasi abdomen



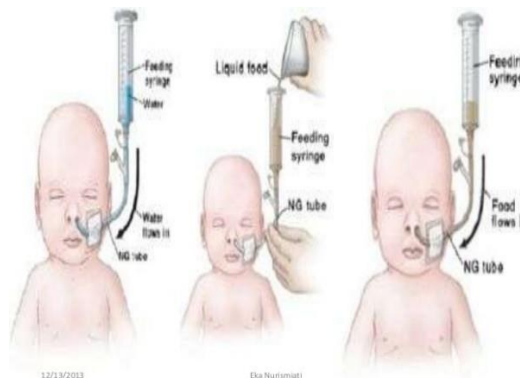
Gambar 2.3

- Masukkan ujung selang NGT yang diklem ke dalam gelas yang berisi air (klem dibuka), perhatikan bila ada gelembung maka pipa masuk ke paru-paru, dan jika tidak ada gelembung maka pipa masuk ke lambung

18) Fiksasi dengan plester dengan teknik yang benar

19) Masukkan air bening terlebih dahulu untuk membilas

20) Masukkan makanan cair sesuai perencanaan dengan benar (tidak didorong)



Gambar 3.3

21) Masukkan air bening untuk membilas

22) Bersihkan sekitar hidung dan mulut klien dengan tissue

23) Tutup ujung selang

24) Atur kembali posisi yang nyaman untuk klien

25) Rapikan alat

26) Buka sarung tangan dan cuci tangan.

d) Evaluasi

- 1) Kenyamanan
- 2) Keamanan NGT
- 3) Pola nafas klien

e) Dokumentasi

- 1) Waktu pemasangan
- 2) Jenis dan ukuran selang
- 3) Makanan yang diberikan dan jumlahnya
- 4) Cairan yang keluar dari lambung : jumlah dan warna
- 5) Respon klien saat dipasang

C. MEMBERI MAKAN MELALUI NASOGASTRIC TUBE (NGT)

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu memberi makan melalui NGT pada anak dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memberi makan melalui naso gastric tube

3. Tujuan

Memberikan nutrisi makanan dan minuman

4. Standar Operasional prosedur

a) Persiapan Alat

- 1) Spuit 100cc atau 50cc
- 2) Makanan cair sesuai kebutuhan dan diet pasien
- 3) Air minum
- 4) Serbet/kertas tissue
- 5) Bengkok

b) Persiapan Pasien

Berikan penjelasan tentang hal yang akan dilakukan

c) Pelaksanaan

- 1) Atur posisi pasien, letakkan serbet/tissue di dada pasien
- 2) Lipat pangkal NGT dan tutupnya dibuka, lakukan dulu aspirasi lambung, bila masih banyak tidak usah diberikan, masukkan kembali makanan yang tadi diaspirasi, catat keadaan dan jumlah retensi
- 3) Bila kosong/hanya sedikit retensinya berikan makanan sesuai dengan porsi yang diterima pasien
- 4) Memberikan makanan tidak boleh didorong
- 5) Bila sudah selesai bilas NGT dengan air/dextrose 5% sekitar 0,5-1 cc
- 6) Catat jumlah makanan dan air yang masuk
- 7) Observasi KU pasien pada saat pemberian
- 8) Cegah aspirasi pasien
- 9) Rapihkan pasien dan bereskan alat

KEGIATAN PRAKTIKUM - III

OKSIGENASI

A. PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemenuhan kebutuhan oksigen, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemberian oksigen melalui nasal kanul dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memberikan tambahan oksigen pada klien yang membutuhkan melalui nasal kanul.

3. Tujuan

- a) Memberikan oksigen dengan konsentrasi relative rendah saat kebutuhan oksigen minimal
- b) Memberikan oksigen yang tidak terputus saat klien makan atau minum

4. Indikasi

Pada klien yang membutuhkan oksigen dengan konsentrasi 24%-44% dan kecepatan aliran 1-6 liter/menit

5. Standar Operasional prosedur

a) Persiapan

- 1) Pasien
 - (a) Mengkaji kondisi klien
 - (b) Mengkaji kebutuhan terhadap oksigen
 - (c) Mengkaji RR, Nadi dan kesadaran
 - (d) Mengkaji hasil Analisa Gas Darah
 - (e) Mengkaji ulang instruksi dokter untuk pemberian oksigen
- 2) Alat
 - (a) Nasal kanul
 - (b) Selang oksigen
 - (c) Alat pelembab (humidifier)
 - (d) Air steril
 - (e) Tabung oksigen yang dilengkapi dengan flowmeter
 - (f) Tanda “Dilarang Merokok”

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan.

- 2) Menginformasikan tindakan yang akan dilakukan dengan jelas dan singkat
- 3) Mengatur posisi pasien untuk memberikan rasa nyaman
- 4) Pasangkan kanula ke selang oksigen dan hubungkan ke sumber oksigen
- 5) Atur aliran oksigen sampai kecepatan yang diresepkan, biasanya antara 1 – 6 L/ mnt. Observasi bahwa air di humidifier bergelembung.
- 6) Pasang prong kanula pada hidung klien dan atur pengikat untuk kenyamanan klien.
- 7) Mengobservasi keadaan klien selama pemberian oksigen (RR, HR, Kesadaran, Sianosis)
- 8) Membantu aktivitas makan/minum selama pemberian oksigen
- 9) Inspeksi klien untuk melihat apakah gejala yang berhubungan dengan hipoksia telah hilang
- 10) Mencegah komplikasi :
 - Mengecek kecepatan aliran oksigen
 - Mengisi humidifier bila kurang
- 11) klien dirapihkan
- 12) perawat cuci tangan

c) Evaluasi

- 1) Respon klien
- 2) RR, HR, Kesadaran dan Sianosis

d) Dokumentasi

- 1) Metode pemberian oksigen
- 2) Kecepatan aliran oksigen
- 3) Kepatenan nasal kanul
- 4) Respons klien
- 5) Pengkajian pernafasan

B. PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI MASKER

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemenuhan kebutuhan oksigen, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemberian oksigen melalui masker dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memberikan tambahan oksigen pada klien yang membutuhkan melalui masker.

3. Tujuan

Memberikan tambahan oksigen dengan kadar sedang dengan konsentrasi dan kelembapan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kanul

4. Indikasi

a) Masker sederhana/ simple mask

Pada klien yang membutuhkan oksigen dengan konsentrasi 24% -60% dan kecepatan aliran 5-8 liter/menit



Gambar 3.1

b) Masker rebreathing

Pada klien yang membutuhkan oksigen dengan konsentrasi 60% -80% dan kecepatan aliran 8-12 liter/menit



Gambar 3.2

c) Masker non rebreathing

Pada klien yang membutuhkan oksigen dengan konsentrasi sampai 99% dan kecepatan aliran 8-12 liter/menit



Gambar 3.3

5. Standar Operasional prosedur

a) Persiapan

- 1) Pasien
 - (a) Mengkaji kondisi klien
 - (b) Mengkaji kebutuhan terhadap oksigen
 - (c) Mengkaji RR, Nadi dan kesadaran
 - (d) Mengkaji hasil Analisa Gas Darah
 - (e) Mengkaji ulang instruksi dokter untuk pemberian oksigen
- 2) Alat
 - (a) Masker sederhana, masker rebreathing atau masker non rebreathing
 - (b) Selang oksigen
 - (c) Alat pelembab (humidifier)
 - (d) Air steril
 - (e) Tabung oksigen yang dilengkapi dengan flowmeter
 - (f) Tanda “Dilarang Merokok”

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan.
- 2) Menginformasikan tindakan yang akan dilakukan dengan jelas dan singkat
- 3) Mengatur posisi pasien untuk memberikan rasa nyaman
- 4) Pasangkan masker ke selang oksigen dan hubungkan ke sumber oksigen
- 5) Atur aliran oksigen sampai kecepatan yang diresepkan, masker sederhana: 5-8 L/ mnt, masker reabreathing: 8-12 liter/menit, masker

non reabrething 8-12 liter/menit . Observasi bahwa air di humidifier bergelembung.

- 6) Pasang masker oksigen di atas mulut dan hidung klien dan atur pengikat untuk kenyamanan klien
- 7) Mengobservasi keadaan klien selama pemberian oksigen (RR, HR, Kesadaran, Sianosis)
- 8) Membantu aktivitas makan/minum selama pemberian oksigen
- 9) Inspeksi klien untuk melihat apakah gejala yang berhubungan dengan hipoksia telah hilang
- 10) Mencegah komplikasi :
 - Menghapus uap air dan memperbaiki posisi masker
 - Mengecek kecepatan aliran oksigen
 - Mengisi humidifier bila kurang
- 11) klien dirapihkan
- 12) perawat cuci tangan

c) Evaluasi

- 1) Respon klien
- 2) RR, HR, Kesadaran dan Sianosis

d) Dokumentasi

- 1) Metode pemberian oksigen
- 2) Kecepatan aliran oksigen
- 3) Kepatenaan nasal kanul
- 4) Respons klien
- 5) Pengkajian pernafasan

C. MENGHISAP LENDIR PADA PASIEN BAYI/ANAK

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang menghisap lendir pada pasien anak/bayi mahasiswa mampu melakukan prosedur menghisap lendir pada pasien anak/bayi dengan benar dan tepat

2. Deskripsi

Melaksanakan pembersihan saluran pernafasan lebih kedalam dengan menggunakan alat penghisap lendir, baik melalui hidung, mulut maupun trachea (pada pasien tracheostomi)

3. Tujuan

Saluran pernafasan bebas dari sumbatan semuakotoran/lendir sehingga pasien dapat bernafas secara normal

4. Indikasi

- a) Pasien dengan gangguan saluran pernafasan karena adanya lendir/sekresi
- b) Pasien dengan tiba-tiba mengalami depresi pernafasan/apneu

5. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

- 1) Alat
 - (a) Mesin penghisap lendir
 - (b) Selang penghisap lendir sesuai kebutuhan
 - (c) Air matang/aquabidest untuk membilas dalam tempatnya (kom)
 - (d) Cairan desinfektan (savlon) dalam tempatnya untuk merendam selang
 - (e) Pinset anatomis untuk memegang selang
 - (f) Tongge spatel yang terbungkus kain kassa
- 2) Pasien
 - (a) Bila pasien sadar, siapkan dalam posisi setengah duduk
 - (b) Bila pasien tidak sadar, posisi miring, kepala ekstensi agar jalan nafaas terbuka

b) Pelaksanaan

- 1) Alat-alat didekatkan pada pasien
- 2) Pasien disiapkan sesuai dengan kondisi
- 3) Selang suction dipasang pada mesin penghisap lendir
- 4) Mesin penghisap lendir dihidupkan
- 5) Sebelum menghisap lendir pada pasien, cobalah terlebih dahulu untuk menghisap air

- 6) Setiap kali sesudah menghisap lendir, selang dibilas dengan air bersih yang tersedia
- 7) Bila penghisapan lendir selesai, mesin dimatikan
- 8) Selang direndam dalam cairan desinfektan yang tersedia

KEGIATAN PRAKTIKUM - IV

ELIMINASI

A. PERAWATAN STOMA PADA ANAK

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan perawatan stoma pada anak dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Wash out adalah irigasi rectal/kolon dengan cara memasukkan cairan fisiologis

3. Tujuan

- a) Mengurangi distensi abdomen
- b) Mengurangi peristaltic
- c) Membersihkan usus/kolon dari feses (untuk persiapan operasi)

4. Indikasi

- a) Pada klien dengan hiscprung pra colostomy mengurangi distensi abdomen
- b) Pada klien hiscprung post coloctomy sebelum operasi full through
- c) Pada klien dengan obstipasi

5. Komplikasi

- a) Iritasi lubang anus
- b) Perporasi colon
- c) Keracunan air
- d) Hypotermi

6. Standar Operasional prosedur

a) Pengkajian

- 1) Cek perencanaan keperawatan klien
- 2) Identifikasi tipe dan lokasi stoma

b) Perencanaan

- 1) Persiapan alat :
 - (a) Baki Instrumen sedang
 - (b) Sarung tangan bersih
 - (c) Cairan NaCl
 - (d) Kom sedang berisi kapas
 - (e) Kom sedang berisi kassa
 - (f) Minyak kayu putih/telon (untuk bayi menggunakan wash bensin)
 - (g) Lidi watten

- (h) Pinset anatomi
- (i) Pasta/Vaseline untuk skin barrier
- (j) Kantung kolostomi (stoma bag) atau kantung plastic dengan fiksasi double tip



Gambar 4. 1



Gambar 4.2

- (k) Cetakan ukuran stoma/plastic transparan
 - (l) Gunting lurus
 - (m) Spidol
 - (n) Bengkok 2 buah/plastic kresek warna hitam
 - (o) Spuit 10 cc tanpa needle
 - (p) Karet untuk menutup/klem
 - (q) Perlak /pengalas
- 2) Persiapan pasien :
- (a) Identifikasi kebutuhan mengganti kantung stoma
 - (b) Pilih waktu yang baik
 - (c) Jelaskan prosedur pad klien dan keluarga, termasuk kemungkinan timbulnya rasa tidak nyaman
 - (d) Berkomunikasi dengan baik, menerima dan mendukung klien
 - (e) Jaga privasi klien sehingga klien dapat sambil belajar merawat stoma sendiri

(f) Bantu klien dalam posisi duduk atau berbaring yang nyaman

c) Implementasi

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Dekatkan alat-alat ke klien
- 3) Pasang selimut mandi di bawah kantung untuk melindungi pakaian klien dan tempat tidur dari feses
- 4) Dekatkan bengkok klien
- 5) Pasang sarung tangan
- 6) Buka kantung lama dan buang ke tempat sampah
- 7) Basahi kassa dengan air hangat, lalu angkat bagian tepi dalam pelindung kulit sambil menekan kulit sekitarnya secara perlahan
- 8) Bersihkan stoma dan kulit sekitar stoma dengan sabun lembut dan air hangat
- 9) Kaji warna stoma, normalnya seperti warna mukosa pipi, laporkan jika ditemukan warna gelap, bercak ungu atau stoma pucat karena menandakan gangguan sirkulasi darah ke area stoma



Gambar 4.3 , warna stoma gelap
kaena adanya gangguan sirkulasi



Gambar 4.4

- 10) Kaji jika ada perubahan integritas kulit sekitar stoma karena kebocoran feces, raksi alergi terhadap perekat/pelindung kulit atau infeksi folikel rambut (folikutis)
- 11) Lindungi stoma dengan tissue atau kassa agar feces tidak mengotori kulit yang sudah dibersihkan
- 12) Keringkan kulit sekitar stoma dengan tissue atau kassa
- 13) Buka kassa atau tissue pelindung stoma
- 14) Persiapkan kantung stoma sesuai ukuran dan jenis stoma
- 15) Ukur stoma dengan pol pengukuran yang tersedia. Cetak ukuran dibelakang plastic, gunting sesuai ukuran
- 16) Pasang kantung stoma
- 17) Beri vaselin atau salep sekitar luka jika stoma terlalu besar
- 18) Buka sarung tangan
- 19) Bereskan alat-alat
- 20) Cuci tangan dengan antiseptic di air mengalir

d) Evaluasi

- a) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit
- b) Monitor perubahan warna stoma dan kulit peristomal
- c) Catat jumlah, warna dan konsistensi feces setiap hari
- d) Bersihkan area
- e) Keamanan kantung
- f) Bau
- g) Kenyamanan klien

B. WASH OUT

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan wash out pada anak dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Wash out adalah irigasi rectal/kolon dengan cara memasukkan cairan fisiologis

3. Tujuan

- a) Mengurangi distensi abdomen
- b) Mengurangi peristaltic
- c) Membersihkan usus/kolon dari feses (untuk persiapan operasi)

4. Indikasi

- a) Pada klien dengan hiscprung pra colostomy mengurangi distensi abdomen
- b) Pada klien hiscprung post coloctomy sebelum operasi full through
- c) Pada klien dengan obstipasi

5. Komplikasi

- a) Iritasi lubang anus
- b) Perporasi colon
- c) Keracunan air
- d) Hypotermi

6. Standar Operasional prosedur

a) Persiapan

1) Klien

- (a) Usia anak
- (b) Kondisi anak

2) Alat

- (a) NaCl 0,9% dalam keadaan hangat disesuaikan dengan suhu tubuh klien dengan jumlah :

- Infant : 120-240 ml
- Bayi : 240-360 ml
- Anak : 360-480 ml
- Adolescence : 480-780 ml

- (b) Irigator lengkap dengan selang kanul recti ukuran :

- Infant dan toddler : 6-10 fr
- Adolescence : 10-12 fr

- (c) Perlak

- (d) Kain pengalas
- (e) Vaseline/jelly
- (f) Spuit 50 cc
- (g) Klem
- (h) Sarung tangan
- (i) Barak short
- (j) Bengkok
- (k) Waskom atau sejenisnya
- (l) Pispot
- (m) Air untuk cebok
- (n) Tissue atau handuk
- (o) Selimut atau kain penutup
- (p) Thermometer

b) Pelaksanaan

- 1) Informasikan tindakan yang akan dilakukan dan libatkan keluarga
- 2) Jaga privasi klien dengan tirai atau di kamar khusus tindakan
- 3) Mencuci tangan di air mengalir
- 4) Dekatkan alat-alat ke klien
- 5) Memakai barak short
- 6) Memasang perlak dan kain pengalas
- 7) Memakai sarung tangan
- 8) Atur posisi klien (terlentang bila klien dipasang kolostomy) pada infant, bayi dan anak posisi dorsal recumbent (supine dengan lutut fleksi) pada anak yang sudah besar dengan posisi siku kiri dengan lutut kanan fleksi
- 9) Membuka celana klien
- 10) Memasang selimut
- 11) Memasang pispot/penampung feses
- 12) Menuangkan NaCl 0,9% hangat sesuai suhu tubuh ke dalam waskom/yang sejenisnya
- 13) Menghisap dengan spuit 50 cc
- 14) Memasukkan rectal/tube yang sudah diolesi vaselin/jelly dengan kedalaman :
 - Bayi-anak : 2,5-7,5 cm
 - Sesuai aganglionosis

- 15) NaCl 0,9% dipompakan dengan spuit 50cc melalui rectal/anal tube
- 16) Tahan selama 5-10 menit/diklem
- 17) Membiarkan cairan keluar kembali melalui rectal/anal tube dan tidak direkomendasikan disedot kembali dengan spuit
- 18) Pemasukan cairan dihentikan saat bilasan sudah jernih/distensi berkurang
- 19) Klien dibersihkan dan dirapikan kembali
- 20) Alat-alat dibereskan
- 21) Mencuci tangan kembali

c) Evaluasi

- a) Kenyamanan klien
- b) Hasil dan respon klien selama proses
- c) Pemeriksaan TTV
- d) Jumlah intake output
- e) Warna cairan yang keluar
- f) Apakah sekitar lubang anus lecet/iritasi
- g) Keadaan abdomen

KEGIATAN PRAKTIKUM - V

HYGIENE

A. MEMANDIKAN BAYI BARU LAHIR DENGAN DI LAP

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan prosedur memandikan bayi baru lahir dengan di lap dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Membersihkan kulit tubuh bayi dengan menggunakan air bersih

3. Tujuan

- a) Membersihkan kulit tubuh bayi dari sisa-sisa lemak tubuh serta keringat
- b) Menghilangkan bau badan
- c) Merangsang peredaran darah
- d) Mencegah infeksi kulit
- e) Memberikan rasa segar dan nyaman

4. Indikasi

Dilakukan kepada :

- a) Bayi baru lahir
- b) Setiap bayi yang dirawat
- c) Bayi tertentu sesuai kondisi/kebutuhan

5. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

- 1) Alat :
 - (a) Meja mandi khusus (bila ada)
 - (b) Handuk mandi
 - (c) Washlap 2 buah
 - (d) Sabun mandi
 - (e) Kapas lemak/ kapas cebok dalam tempatnya
 - (f) Kapas kering dalam tempatnya
 - (g) Minyak bayi/baby oil
 - (h) Ember tertutup untuk pakaian kotor
 - (i) Tempat sampah tertutup/plastic
 - (j) Perlengkapan pakaian bayi
 - (k) Baskom 2 buah berisi air hangat

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Pasang sampiran
- 3) Menjelaskan kepada keluarga tentang prosedur tindakan yang akan dilaksanakan, sesuai dengan pengetahuan keluarga
- 4) Lakukan pendekatan pada bayi atau anak
- 5) Menyiapkan posisi pasien
- 6) Bersihkan mulut bayi dengan tissue atau kasa kering bila kotor
- 7) Periksa apakah bayi BAB atau tidak
- 8) Pindahkan bayi ke meja mandi lalu pakaian bayi dibuka, bersihkan BAB bayi dengan kapas cebok, kemudian bungkus bayi dengan kain planel
- 9) Periksa berat badan dan suhu badan
- 10) Mata bayi dibersihkan dengan memakai kapas lembab dengan cara mengusap mulai dari bagian dalam dan selanjutnya ke arah luar, setiap kali usapan kapas harus diganti
- 11) Muka dilap dengan waslap, setelah bersih dikeringkan dengan handuk, pada saat membersihkan muka, pemakaian sabun tidak dianjurkan
- 12) Kemudian kepala bayi ditaruh diatas tangan kiri perawat secara hati-hati, lalu sabuni atau beri shampo dan bersihkan memakai waslap atau dibawa ke dekat baskom air lalu dicuci dengan perlahan. Pada saat menyabuni kepala bayi dijaga agar air sabun tidak mengenai mata, setelah bersih kepala bayi dikeringkan dengan handuk
- 13) Flanel dibuka, lalu tangan, badan dan kaki dibasahi dengan waslap basah kemudian disabuni, lalu bayi dipindahkan ke dalam jolang, kemudian bayi didudukkan dan diguyur dengan air menggunakan tangan
- 14) Punggung disabuni dengan menelungkupkan / memiringkan bayi, selama menyabuni punggung, dada dan leher bayi harus selalu berada di atas lengan kiri perawat. Perawat memegang lengan kanan bayi dengan erat, setelah bersih, lalu bayi dikeringkan dengan handuk
- 15) Lakukan perawatan tali pusat
- 16) Kenakan pakaian bayi
- 17) Perawat cuci tangan

B. MEMANDIKAN BAYI BARU LAHIR DENGAN DI RENDAM

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan prosedur memandikan bayi baru lahir dengan di rendam dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Membersihkan kulit tubuh bayi dari sisa-sisa lemak, kotoran, keringat dengan air hangat dan sabun dengan cara memasukkan tubuh bayi kedalam air

3. Tujuan

- a) Membersihkan kulit tubuh bayi dari sisa-sisa lemak tubuh serta keringat
- b) Merangsang peredaran darah
- c) Memberikan rasa segar dan nyaman

4. Indikasi

Kepada semua bayi yang tali pusatnya terlepas sesuai kebutuhan dan kondisinya

5. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

- 1) Alat
 - (a) Meja mandi khusus (bila tersedia)
 - (b) Handuk mandi
 - (c) Waslap 2 buah
 - (d) Sabun mandi
 - (e) Kertas lembut
 - (f) Minyak bayi (baby oil)
 - (g) Perlengkapan bayi (baju, popok, pernel)
 - (h) Baskom berisi air hangat
 - (i) Ember tertutup
 - (j) Tempat sampah
- 2) Persiapan perawat
 - (a) Masker bila perlu
 - (b) Barak short

c) Pelaksanaan

- 1) Perawat memakai masker dan barak short
- 2) Mencuci tangan

- 3) Pakaian bayi dibuka, sebelumnya muka, telinga, leher dan kepala dibersihkan terlebih dahulu dengan waslap
- 4) Jika menggunakan sabun, bayi disabuni diatas meja mandi
- 5) Bayi dimasukkan ke dalam bak mandi dengan posisi punggung atas bayi terletak diatas lengan perawat. Sedangkan tangan perawat memegang erat pangkal lengan tangan kiri bayi
- 6) Badan bayi dibersihkan menggunakan waslap terutam daerah lipatan
- 7) Setelah bersih bayi diangkat dan dikeringkan dengan handuk
- 8) Daerah umbilical dibersihkan dan dirawat
- 9) Bila kulit bayi kering, olesi dengan baby oil
- 10) Kemudian kenakan pakaian bayi
- 11) Alat-alat dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula

C. MEMANDIKAN BAYI BBLR/PREMATUR

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan prosedur memandikan bayi BBLR/Prematur dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Membersihkan kulit tubuh bayi BBLR/Prematur dengan minyak (baby oil)

3. Tujuan

- a. Merawat kulit bayi agar tidak terjadi iritasi
- b. Mencegah terjadinya evaporasi
- c. Mempertahankan suhu tubuh bayi (36,5°C-37,5°C)

4. Indikasi

Dilakukan kepada bayi :

- a. BBLR (berat badan kurang dari 2,5 kg)
- b. Prematur
- c. Hipotermi

5. Kontraindikasi

Pada bayi yang dipasang fototerapi

6. Standar Operasional prosedur

a. Persiapan

- 1) Alat
 - a) Meja mandi khusus (bila tersedia)
 - b) Bak instrument
 - c) Minyak bayi
 - d) Air hangat pada tempatnya (untuk membersihkan muka, bibir, genetalia dan anus)
 - e) Kapas gulung secukupnya
 - f) Cotton bud secukupnya
 - g) Bengkok
 - h) Perlak
 - i) Handscone
 - j) Perlengkapan pakaian bayi
- 2) Pasien
 - a) Lakukan pengecekan suhu bayi
 - b) Cek perencanaan keperawatan pasien
 - c) Hindari terjadinya hipotermi pada bayi/ metode lestain

b. Pelaksanaan

- 1) Pasang perlak
- 2) Angkat bayi dan simpan diatas perlak
- 3) Dekatkan bengkok
- 4) Perawat cuci tangan
- 5) Pasang hanscone
- 6) Buka pakaian bayi
- 7) Bersihkan mata bayi memakai kapas yang dibasahi air hangat, dimulai dari bagian dalam ke luar. Setiap kali usapan harus diganti
- 8) Bersihkan mulut bayi memakai kapas yang basahi dengan air hangat
- 9) Bersihkan hidung bayi dengan menggunakan cotton bud
- 10) Bersihkan telinga bayi dengan memakai cotton bud
- 11) Muka dilap dengan kapas yang sudah dibasahi air hangat
- 12) Badan bagian depan dilap dengan kapas yang sudah dibasahi baby oil
- 13) Ekstermitas atas di lap dengan kapas yang sudah dibasahi baby oil sampai ke jari-jari tangan
- 14) Punggung dilap dengan kapas yang sudah dibasahi baby oil dengan memiringkan bayi. Selama membersihkan punggung, dada dan leher harus selalu berada diatas lengan kiri perawat
- 15) Ekstermitas bagian bawah dilap dengan kain kassa yang sudah dibasahi baby oil sampai ke bagian jari-jari kaki
- 16) Bokong dan daerah perineum dilap paling akhir dengan kapas yang sudah dibasahi dengan air hangat. Genitalia dilap dari bagian depan menuju bagian belakang.
- 17) Angkat bengkok
- 18) Buka handscone
- 19) Kemudian kenakan pakaian bayi
- 20) Bayi ditidurkan kembali ke tempatnya
- 21) Alat-alat dibereskan
- 22) Cuci tangan

Hal-hal yang harus diperhatikan :

- ✓ Pasang lampu sorot
- ✓ Pertahankan K3 (Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan)

D. PERAWATAN TALI PUSAT

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan prosedur perawatan tali pusat dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memberikan perawatan tali pusat pada bayi

3. Tujuan

- a. Mencegah terjadinya infeksi
- b. Mempercepat proses pengeringan tali pusat
- c. Mempercepat terlepasnya tali pusat

4. Indikasi

Dilakukan kepada bayi yang tali pusatnya belum terlepas

5. Standar Operasional prosedur

a) Persiapan

1) Alat :

- Steril :
 - (a) Bak instrumen
 - (b) Com kecil 2 buah
 - (c) Pinset Anatomis dan Chyrugis
 - (d) Betadin 5%
 - (e) Alkohol 76%
 - (f) Cairan NaCl
 - (g) Kassa segitiga
 - (h) Lidi woten secukupnya
 - (i) Handscone
- On Steril :
 - (a) Baki untuk alat
 - (b) Bengkok
 - (c) Perlak
 - (d) Perlengkapan pakaian bayi (popok, baju dll) jika diperlukan
 - (e) Plester
 - (f) Gunting plester

2) Pasien :

Setelah dimandikan dan dikeringkan, bayi dibaringkan diatas meja khusus/tempat tidur

b) Pelaksanaan

- 1) Simpan perlak diatas tempat tidur/meja khusus
- 2) Angkat bayi, tidurkan diatas perlak
- 3) Bengkok didekatkan
- 4) Buka pernel dan baju atas bayi
- 5) Perawat cuci tangan
- 6) Buka balutan tali pusat lama dan buang ke bengkok
- 7) Lakukan inspeksi dan palpasi pada lokasi sekitar tali pusat
- 8) Perawat cuci tangan
- 9) Buka bak instrument, simpan tutup bak dengan posisi area steril berada diatas
- 10) Pasang handscone steril dengan teknik yang benar
- 11) Ambil 2 buah lidi woten masukkan ke cairan NaCl
- 12) Putar dan oles dari dasar tali pusat sampai ke ujung tali pusat bagian atas secara 4 arah
- 13) Buang lidi woten ke bengkok
- 14) Ambil 2 buah lidi woten masukkan ke betadin 5% / alcohol 76%
- 15) Putar dan oles dari perut sampai ke ujung tali pusat secara 4 arah
- 16) Buang lidi woten ke bengkok
- 17) Ambil kassa segitiga dengan pinset anatomis lalu pindahkan ke tangan kiri perawat
- 18) Tutup tali pusat dengan kassa segita, ujung tali pusat disilangkan ke atas lau diputar kebawah dan diikatkan
- 19) Simpan bengkok
- 20) Buka sarung tangan, buang ke bengkok
- 21) Pakaikan baju dan pernel bayi
- 22) Angkat bayi, simpan ditempat tidurnya
- 23) Angkat perlak
- 24) Bereskan alat
- 25) Cuci tangan

Hal-hal yang harus diperhatikan :

- ✓ Bila tali pusat terdapat tanda-tanda infeksi (merah atau terdapat pus) kompres dengan bethadin 5%

- ✓ Bila tali pusat tidak terdapat tanda-tanda infeksi kompres dengan menggunakan alcohol 76%
- ✓ Bila terdapat pus maka ujung bawah tali pusat di cuci dengan NaCl 0,9%

E. MENGGANTI PAKAIAN BAYI

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melakukan prosedur mengganti pakaian bayi dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Mengganti pakaian bayi adalah mengganti pakaian yang basah atau kotor agar kebersihan bayi terjaga

3. Tujuan

- a) Memberikan rasa nyaman kepada bayi
- b) Menjaga kebersihan badan bayi

4. Indikasi

Dilakukan kepada bayi yang bajunya kotor atau basah dan bayi yang selesai mandi

5. Standar Operasional prosedur

a) Persiapan alat

- 1) Pakaian bayi yang bersih
- 2) Kapas cebok
- 3) Bedak bayi
- 4) Minyak telon/ kayu putih
- 5) Bengkok
- 6) Tempat pakaian kotor
- 7) Handuk

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Buka seluruh pakaian bayi yang kotor atau basah
- 3) Bersihkan bagian yang kotor (kelamin dan anus) dengan kapas cebok
- 4) Keringkan bagian yang basah dengan handuk
- 5) Berikan minyak telon/kayu putih kemudian bedak bayi setipis mungkin
- 6) Pasang pakaian yang bersih
- 7) Masukkan pakaian kotor kedalam tempatnya
- 8) Bereskan alat
- 9) Cuci tangan

KEGIATAN PRAKTIKUM - VI

CAIRAN

A. MEMASANG IV CATETER (INFUS)

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemasangan IV Cateter (Infus) dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memasukkan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan dalam waktu yang lama dengan menggunakan infuse set

3. Tujuan

- a) Sebagai tindakan pengobatan
- b) Mencukupi kebutuhan tubuh akan cairan dan elektrolit

4. Indikasi

Dilakukan pada :

- a) Pasien dengan dehidrasi
- b) Pasien sebelum transfusi darah
- c) Pasien pra dan pasca bedah, sesuai dengan program pengobatan
- d) Pasien yang tidak bisa makan dan minum melalui mulut
- e) Pasien yang memerlukan pengobatan yang pemberiannya harus dengan cara infus

5. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

1) Klien

- (a) Menyampaikan salam
- (b) Mengecek :
 - Vital sign : temperature, HR, RR, BP
 - Hasil laboratorium
 - Integritas kulit
 - Faktor predisposisi
- (c) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami
- (d) Posisi diatur nyaman mungkin

- (e) Memperhatikan privacy
- 2) Alat
 - (a) IV catheter
 - (b) Jenis cairan : kristaloid, koloid, nutrisi
 - (c) Set infuse (transfuse set, parenteral set, mikrodip set)
 - (d) Kapas alcohol
 - (e) Plester
 - (f) Kassa steril pada tempatnya/penutup transparan
 - (g) Bethadine/zalf providion iodine
 - (h) Perlak kecil/pengalas
 - (i) Tourniquet
 - (j) Sarung tangan
 - (k) Bengkok
 - (l) Gunting

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan.
- 2) Pasang sampiran
- 3) Alat-alat dibawa ke dekat pasien
- 4) Lepaskan penutup cairan infuse dengan memperhatikan sterilitas
- 5) Buka set infuse kemudian atur rol klem 2-4 cm dibawah drip dengan posisi off
- 6) Pasang set infuse dengan cairan yang diperlukan
- 7) Lakukan pengisian cairan pada set infuse dan pastikan tidak ada udara di sekitar set infuse
- 8) Atur posisi tidur pasien sesuai dengan kondisi pasien
- 9) Pilih pembuluh darah vena yang akan dipasang sesuai kebutuhan
- 10) Pasang perlak kecil
- 11) Lakukan pembendungan 10-12 cm diatas tempat yang akan dilakukan penusukan dengan menggunakan tourniquet
- 12) Pasang sarung tangan
- 13) Lakukan desinfektan pada area penusukan dengan kapas alcohol secara sirkuler
- 14) Lakukan fungsi vena dengan jarum menghadap ke atas
- 15) Perhatikan keluaranya darah melalui catheter
- 16) Tarik wire sedikit dan masukkan kateter secara perlahan

- 17) Lepaskan tourniquet
- 18) Cabut wire dan hubungkan cairan infuse dengan IV catheter
- 19) Test apakah cairan infuse mengalir dengan lancer atau tidak
- 20) Lakukan fiksasi
- 21) Tutup tempat tusukan dengan penutup transparan atau kassa steril yang diberi bethadine
- 22) Atur jumlah cairan infuse yang masuk dengan system tetes atau menggunakan pump sesuai kebutuhan
- 23) Pada set infuse dan kateter diberi tanggal pemasangan
- 24) Bereskan alat-alat
- 25) Lepaskan sarung tangan
- 26) Perawat cuci tangan

c) Dokumentasi

- 1) Tanggal pemasangan
- 2) Jenis cairan yang dipasang
- 3) Jumlah kebutuhan cairan
- 4) Inisial tanda tangan perawat
- 5) Respon klien

B. MEMASANG TRANSFUSI DARAH

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, mahasiswa mampu memasang transfuse darah dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memindahkan atau memasukkan darah yang berasal dari donor ke dalam tubuh pasien melalui vena

3. Tujuan

Melaksanakan tindakan pengobatan dan memenuhi kebutuhan pasien akan darah sesuai dengan program pengobatan

4. Indikasi

Dilakukan pada :

- a) Pasien yang banyak kehilangan darah (misalnya pendarahan waktu operasi besar atau akibat kecelakaan)
- b) Pasien dengan penyakit kelainan darah tertentu (misalnya anemia, leukemia dan sejenisnya)

5. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

1) Alat

- Untuk mengambil contoh darah (blood cross) :
 - (a) Botol kecil yang bersih
 - (b) S spuit dan jarum steril
 - (c) Formulir permintaan darah
- Untuk pelaksanaan pemberian darah kepada pasien :
 - (a) Peralatan untuk memasang infuse atau transfusi set steril
 - (b) Cairan sesuai dengan kebutuhan (cairan NaCl)
 - (c) Persediaan darah yang cocok dengan golongan darah pasien sesuai dengan kebutuhan

2) Pasien

Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan

b) Pelaksanaan

- 1) Untuk pengambilan contoh darah dalam menentukan golongan darah pasien diambil darah vena sekurang-kurangnya 3 cc lalu dimasukkan

ke dalam botol yang tersedia dan diberi etiket yang dengan jelas mencantumkan :

- a) Nama pasien
 - b) Umur
 - c) Nomor Med. Rec
 - d) Ruang rawat
 - e) Tanggal dan jam pengambilan darah
- 2) Formulir permintaan darah diisi secara tepat dan benar, kemudian segera dikirim bersama contoh darah ke Bank Darah Rumah Sakit atau sesuai dengan peraturan yang berlaku
 - 3) Segera setelah darah yang diperlukan tersedia, lakukan hal-hal berikut :
 - a) Periksa apakah suhu darah dalam botol sesuai dengan suhu tubuh normal (suhu kamar) dengan cara meraba bagian luar botolnya. Bila suhu belum sesuai maka pemasangan infuse ditangguhkan (dibiarkan di luar lemari es sekurang-kurangnya 30 menit)
 - b) Pemasangan infuse dilakukan dengan cairan NaCl yang tersedia
 - c) Bila aliran/tetes sudah lancar, slang infuse dipindahkan ke botol darah dengan cara: dahulukan memindahkan slang infusnya ke botol darah kemudian baru slang udaranya
 - 4) Atur jumlah tetesan darah permenit sesuai dengan yang telah ditentukan
 - 5) Bila pada transfuse darah ini tidak ada kesulitan, maka pemberian dilanjutkan sampai jumlah yang ditentukan. Bila yang diberikan telah mencapai jumlah yang ditentukan, slang udara dipindahkan kebotol cairan NaCl dan slang darah diklem, kemudian dipindahkan. Klem dibuka dan tetesan diatur kembali.
 - 6) Pemberian transfusi diteruskan atau dihentikan harus disesuaikan dengan program pengobatan yang telah ditentukan
 - 7) Setelah transfuse selesai, jarum dicabut, bekas tusukan ditekan dengan kapas alcohol, kemudian ditutup dengan kain kassa steril dan diplester

KEGIATAN PRAKTIKUM -VII

PEMBERIAN OBAT

A. PEMBERIAN OBAT ORAL

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat oral dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Menyiapkan dan memberikan obat untuk pasien melalui mulut dan selanjutnya ditelan

3. Tujuan

Memberikan obat kepada pasien melalui mulut secara tepat dan benar sesuai dengan program pengobatan

4. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

1) Pasien

- (a) Pasien dikaji terhadap : Riwayat alergi, diet, kesulitan menelan, mual, muntah, penurunan kesadaran
- (b) Pasien diberi penjelasan
- (c) Identifikasi klien dan tanyakan nama klien
- (d) Bedakan dua klien dengan nama yang sama

2) Alat

- (a) Baki kecil
- (b) Kartu obat/buku catatan obat
- (c) Cangkir obat
- (d) Segelas air
- (e) Sedotan untuk minum
- (f) Obat yang akan diberikan (tablet, kapsul, pil)

b) Pelaksanaan

1) Perawat cuci tangan

2) Siapkan obat sesuai dengan prinsip 6 benar

- Untuk memberikan kapsul/tablet, ambil jumlah obat yang dibutuhkan → letakkan pada cangkir obat, jangan dilepas pembungkusnya

- Jika pasien kesulitan menelan, halusakan tablet sampai bubuk → campur air minum
- Untuk obat cair :
 - a. Pegang botol dengan label di telapak tangan ketika dituangkan
 - b. Pegang cangkir obat setinggi mata dan isi sampai batas yang diinginkan
- 3) Beritahu pasien dan jelaskan tujuan obat dan reaksinya
- 4) Bantu pasien untuk duduk/ posisi miring
- 5) Berikan obat dengan tepat dan berikan air minumnya
- 6) Jika obat jatuh ke lantai → buang → ambil yang baru
- 7) Yakinkan obat sudah diminum
- 8) Bereskan alat-alat
- 9) Perawat cuci tangan
- c) Dokumentasi**
 - a) Mencatat obat yang telah diberikan :
 - 1) Nama obat
 - 2) Nama pasien
 - 3) Dosis obat
 - 4) Rute
 - 5) Waktu dan tanggal
- d) Evaluasi**

Respon klien setelah pemberian obat

Hal-hal yang harus diperhatikan :

- ✓ Jika pasien batuk saat pemberian obat, hentikan segera!!
- ✓ Pada anak-anak pemberian obat dapat dicampur sedikit dengan gula, madu atau sirup
- ✓ Pada bayi paling mudah diberikan dengan sendok atau spuit

B. PEMBERIAN OBAT SECARA SUBLINGUAL

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat secara sublingual dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara meletakkannya dibawah lidah sampai habis diabsorbsi ke dalam pembuluh darah

3. Tujuan

1. Memperoleh efek local dan sistemik
2. Memperoleh aksi kerja obat yang lebih cepat dibandingkan secara oral
3. Menghindari kerusakan obat oleh hepar

4. Indikasi

Obat yang biasa diberikan dengan cara sublingual adalah nitrogliserin, suatu obat vasodilator yang digunakan pada penyakit jantung angina pectoris

5. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

- 1) Pasien
 - (a) Pasien dikaji terhadap : Riwayat alergi, diet, kesulitan menelan, mual, muntah, penurunan kesadaran
 - (b) Pasien diberi penjelasan
 - (c) Identifikasi klien dan tanyakan nama klien
 - (d) Bedakan dua klien dengan nama yang sama
- 2) Alat
 - (a) Baki kecil
 - (b) Kartu obat/buku catatan obat
 - (c) Cangkir obat
 - (d) Obat yang akan diberikan

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Siapkan obat sesuai dengan prinsip 6 benar
- 3) Beritahu pasien dan jelaskan tujuan obat dan reaksinya
- 4) Bantu pasien untuk duduk/ posisi miring
- 5) Berikan obat dengan tepat :

Letakkan obat di bawah lidah, obat tidak boleh ditelan dan dibiarkan berada dibawah lidah sampai habis diabsorbsi seluruhnya

- 6) Jika obat jatuh ke lantai → buang → ambil yang baru
- 7) Yakinkan obat sudah diminum
- 8) Bereskan alat-alat
- 9) Perawat cuci tangan

c) Dokumentasi

a) Mencatat obat yang telah diberikan :

- 1) Nama obat
- 2) Nama pasien
- 3) Dosis obat
- 4) Rute
- 5) Waktu dan tanggal

d) Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

C. PEMBERIAN OBAT TOPIKAL

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat topikal dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Mengoleskan obat ke kulit untuk mendapatkan efek local atau sistemik-

3. Tujuan

Untuk mendapatkan efek local atau sistemik, seperti pemberian pelumas pada kulit dan mengurangi inflamasi

4. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

1) Klien

- (a) Menyampaikan salam
- (b) Identifikasi Klien
- (c) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami
- (d) Posisi diatur nyaman mungkin
- (e) Memperhatikan privacy

2) Alat

- (a) Obat topical sesuai yang diresepkan : krim, lotion, bubuk
- (b) Buku obat
- (c) Kassa steril (sesuai kebutuhan)
- (d) Sarung tangan steril atau sekali pakai
- (e) Lidai kapas atau sudip lidah
- (f) Baskom dengan air hangat, waslap, handuk, dan sabun
- (g) Kassa balutan, penutup plastic atau plester (sesuai kebutuhan)

b) Pelaksanaan

- 1) Cek instruksi dokter untuk memastikan nama obatnya, daya kerja, tempat pemberian obat
- 2) Perawat cuci tangan
- 3) Atur peralatan disamping tempat tidur pasien
- 4) Pasang sampiran
- 5) Posisikan klien dengan tepat dan nyaman, hanya membuka area yang akan diberikan obat

- 6) Inspeksi kondisi klien, bersihkan luka jika area luka kotor dan lepaskan jaringan nekrosis
 - 7) Keringkan atau biarkan area kering oleh udara
 - 8) Bila kulit terlalu kering dan mengeras, gunakan agen topical saat kulit masih lembab
 - 9) Gunakan sarung tangan jika terdapat indikasi
 - 10) Oleskan agen topical :
 - a) Krim, salep dan lotion yang mengandung minyak :
 - Letakkan 1 sampai 2 sendok teh obat di telapak tangan kemudian lunakkan dengan menggosokkan obat secara lembut diantara kedua tangan
 - Usapkan merata diatas permukaan kulit, lakukan gerakan memanjang searah pertumbuhan bulu
 - Jelaskan pada klien bahwa kulit dapat terasa berminyak setelah pemberian obat
 - b) Lotion yang mengandung suspense
 - Kocok wadah dengan kuat
 - Oleskan sejumlah kecil lotion pada kassa balutan atau bantalan kecil dan oleskan pada kulit serta tekan secara merata searah pertumbuhan bulu
 - Jelaskan pada klien bahwa area akan teras dingin dan kering
 - c) Bubuk
 - Pastikan bahwa permukaan kulit kering secara menyeluruh
 - Regangkan dengan baik lipatan kulit, seperti diantara ibu jari atau bagian kulit, seperti diantara ibu jari atau bagian bawah lengan
 - Bubuhkan secara tipis pada area yang bersangkutan
 - 11) Tutup area kulit dengan balutan bila ada instruksi dokter
 - 12) Bantu klien pada posisi nyaman, kenakan kembali pakaian dan tutup dengan linen tempat tidur sesuai keinginan
 - 13) Bereskan alat-alat
 - 14) Perawat cuci tangan
- c) Dokumentasi**
- (a) Mencatat obat yang telah diberikan :
 - 1) Nama obat

- 2) Nama pasien
- 3) Dosis obat
- 4) Rute
- 5) Waktu dan tanggal

d) Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

D. PEMBERIAN OBAT SUPPOSITORIA (MELALUI REKTAL)

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat suppositoria melalui rektal dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam rektal

3. Tujuan

- a) Memperoleh efek pengobatan secara local maupun sistemik
- b) Melunakkan feses sehingga mudah untuk dikeluarkan

4. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

- 1) Alat
 - (a) Kartu obat
 - (b) Obat Suppositoria rectal yang diperlukan (krim, jelly, foam)
 - (c) Jelly pelumas yang dilarutkan dalam air
 - (d) Sarung tangan sekali pakai
 - (e) Tissue
 - (f) Sampiran
- 2) Pasien
 - (a) Jelaskan prosedur pada klien
 - (b) Identifikasi klien dan tanyakan namanya

b) Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Cek kembali instruksi dokter mengenai jenis obat, waktu, jumlah dan dosis obat
- 3) Atur posisi klien dalam posisi miring (sims) dengan tungkai bagian atas fleksi ke depan
- 4) Pasang sampiran dan pajankan area perineal saja
- 5) Pakai sarung tangan
- 6) Bersihkan daerah yang akan diberikan pengobatan
- 7) Buka suppositoria dari kemasannya dan beri pelumas pada ujung bulatnya dengan jelly, beri pelumas sarung tangan pada jari telunjuk dari tangan dominan anda
- 8) Minta klien untuk menarik nafas dalam melalui mulut untuk merilekskan sfingter ani

- 9) Regangkan bokong klien dengan tangan non dominan masukkan suppositoria ke dalam anus melalui sfingter ani dan mengenai dinding rectal 10 cm pada orang dewasa dan 5 cm pada anak dan bayi
- 10) Tarik jari anda dan bersihkan area anal klien
- 11) Anjurkan klien untuk tetap berbaring terlentang atau miring selama 5 menit
- 12) Jika suppositoria mengandung laksatif atau pelunak feses, letakkan tombol pemanggil dalam jangkauan klien
- 13) Buang sarung tangan pada tempatnya dengan benar
- 14) Alat dirapihkan
- 15) Perawat cuci tangan

c) Dokumentasi

(a) Mencatat obat yang telah diberikan :

- 1) Nama obat
- 2) Nama pasien
- 3) Dosis obat
- 4) Rute
- 5) Waktu dan tanggal

d) Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

E. PEMBERIAN OBAT SUPPOSITORIA (MELALUI VAGINA)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat suppositoria melalui vagina dengan benar dan tepat.

B. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam vagina

C. Tujuan

1. Mengobati infeksi pada vagina
2. Menghilangkan rasa nyeri, rasa terbakar dan ketidaknyamanan pada vagina
3. Mengurangi peradangan

D. Standar Operasional Prosedur

1. Persiapan

- a) Alat
 - 1) Kartu obat
 - 2) Obat sesuai yang diperlukan (krim, jelly, foam atau suppositoria)
 - 3) Aplikator untuk krim vagina
 - 4) Jelly pelumas
 - 5) Sarung tangan sekali pakai
 - 6) Pembalut
 - 7) Handuk bersih
 - 8) Gorden/ sampiran
- b) Pasien
 - 1) Jelaskan prosedur pada klien
 - 2) Identifikasi klien dan tanyakan namanya

2. Pelaksanaan

- 1) Cek kembali instruksi dokter mengenai jenis pengobatan, waktu, jumlah dan dosis obat
- 2) Klien dianjurkan untuk berkemih dulu
- 3) Perawat cuci tangan
- 4) Pasang sampiran
- 5) Atur posisi klien berbaring dalam posisi dorsal rekumben
- 6) Tutup dengan selimut mandi dan pajankan area perineal saja
- 7) Pakai sarung tangan

- 8) Inspeksi orifisium vagina, catat adanya pengeluaran, bau atau rasa tidak nyaman
- 9) Lakukan perawatan pervagina
- 10) Buka bungkus aluminium foil suppositoria dan oleskan sejumlah pelumas yang larut dalam air pada ujung suppositoria yang bulat dan halus, lumaskan jari telunjuk yang telah dipasangkan sarung tangan dari tangan dominan
- 11) Dengan tangan nondominan yang sudah terpasang sarung tangan, regangkan lipatan paha
- 12) Masukkan suppositoria sekitar 8-10 cm sepanjang dinding vagina posterior
- 13) Tarik jari tangan dan bersihkan pelumas yang tersisa di sekitar orifisium dan labia
- 14) Minta klien untuk tetap berada pada posisi tersebut selama 5-10 menit setelah insersi
- 15) Tawarkan pembalut pervagina sebelum klien melakukan ambulasi
- 16) Lepaskan sarung tangan dan buang ke dalam tempat yang sesuai
- 17) Alat dirapihkan
- 18) Perawat cuci tangan

3. Dokumentasi

- a) Mencatat obat yang telah diberikan :
 - 1) Nama obat
 - 2) Nama pasien
 - 3) Dosis obat
 - 4) Rute
 - 5) Waktu dan tanggal

4. Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

F. PEMBERIAN OBAT SECARA INTRACUTAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat secara intracutan dengan benar dan tepat.

B. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan cutis/dermis dibawah epidermis kulit dengan menggunakan spuit

C. Tujuan

1. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan dibawah kulit untuk diabsorbsi
2. Metode untuk tes diagnostic terhadap alergi atau adanya penyakit tertentu

D. Tempat Injeksi

1. Lengan bawah bagian dalam
2. Dada bagian atas
3. Punggung dibawah scapula

E. Standar Operasional Prosedur

1. Persiapan

a) Pasien

- 1) Pasien dikaji terhadap : Riwayat alergi, diet, kesulitan menelan, mual, muntah, penurunan kesadaran
- 2) Pasien diberi penjelasan
- 3) Identifikasi klien dan tanyakan nama klien

b) Alat

- 1) Kartu obat/buku catatan obat
- 2) Kapas alkohol
- 3) Sarung tangan sekali pakai
- 4) Obat yang sesuai
- 5) Spuit 1 ml dengan ukuran 25, 26, atau 27 panjang jarum $\frac{1}{4}$ - $\frac{5}{8}$ inci
- 6) Pulpen/spidol
- 7) Bak spuit
- 8) Baki obat
- 9) Bengkok
- 10) Pengalas dan perlak

2. Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Siapkan obat sesuai dengan prinsip 6 benar
- 3) Atur klien pada posisi yang nyaman
- 4) Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekauan, peradangan, atau rasa gatal (menghindar gangguan absorpsi atau cedera dan nyeri yang berlebihan)
- 5) Pasang perlak dan pengalas dibawah area penusukan
- 6) Pakai sarung tangan
- 7) Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter 5 cm, tunggu sampai kering
- 8) Buang kapas alkohol ke bengkok
- 9) Buka tutup jarum
- 10) Tempatkan ibu jari tangan non dominan sekitar 2,5 cm dibawah area penusukan kemudian tarik kulit
- 11) Dengan sudut jarum menghadap ke atas masukkan jarum dengan sudut 15°
- 12) Tusuk area yang telah dibersihkan dengan kapas alkohol
- 13) Masukkan obat perlahan-lahan, jika sudah terlihat seperti bentol hentikan pemasukan obat
- 14) Cabut jarum
- 15) Jangan mengoles dengan kapas alkohol
- 16) Buat lingkaran pada daerah sekitar area pemberian obat, lebihkan beberapa millimeter dengan menggunakan pulpen (instruksikan klien untuk tidak menggosok area tersebut)
- 17) Kembalikan posisi klien
- 18) Bereskan alat-alat
- 19) Buka sarung tangan
- 20) Perawat cuci tangan

3. Dokumentasi

- a) Mencatat obat yang telah diberikan :
 - 1) Nama obat
 - 2) Nama pasien
 - 3) Dosis obat

4) Rute

5) Waktu dan tanggal

4. Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

Hal-hal yang harus diperhatikan :

- ✓ Observasi kulit: adanya kemerahan/bengkak
- ✓ Untuk tes alergi observasi adanya reaksi sistemik (suhu meningkat, berkeringat dingin, pingsan, mual dan muntah)
- ✓ Kaji kembali klien dan tempat injeksi setelah 15-30 menit

G. PEMBERIAN OBAT SECARA SUB CUTAN (SC)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat secara subcutan dengan benar dan tepat.

B. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan subcutan dibawah kulit dengan menggunakan spuit

C. Tujuan

Memasukkan sejumlah toksin atau obat pada jaringan subcutan dibawah kulit untuk diabsorpsi

D. Tempat Injeksi

1. Lengan atas bagian luar
2. Paha anterior
3. Daerah abdomen
4. Area scapula pada punggung atas
5. Daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas

E. Standar Operasional Prosedur

1. Persiapan

a) Pasien

- 1) Pasien dikaji terhadap : Riwayat alergi, diet, kesulitan menelan, mual, muntah, penurunan kesadaran
- 2) Pasien diberi penjelasan
- 3) Identifikasi klien dan tanyakan nama klien

b) Alat

- 1) Kartu obat/buku catatan obat
- 2) Kapas alkohol
- 3) Sarung tangan sekali pakai
- 4) Obat yang sesuai
- 5) Spuit 2 ml dengan ukuran 25, panjang jarum 5/8-1/2 inci
- 6) Bak spuit
- 7) Plester
- 8) Kassa steril (bila perlu)
- 9) Bengkok
- 10) Pengalas dan perlak

2. Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Siapkan obat sesuai dengan prinsip 6 benar
- 3) Atur klien pada posisi yang nyaman
- 4) Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekauan, peradangan, atau rasa gatal (menghindar gangguan absorpsi atau cedera dan nyeri yang berlebihan)
- 5) Pasang perlak dan pengalas di bawah area penusukan
- 6) Pakai sarung tangan
- 7) Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter 5 cm, tunggu sampai kering
- 8) Pegang kapas alkohol dengan jari-jari tengah pada yang tangan non dominan
- 9) Buka tutup jarum
- 10) Tarik kuit dan jaringan lemak dengan ibu jari dan jari tangan non dominan
- 11) Dengan sudut jarum menghadap ke atas masukkan jarum dengan sudut 45°/90°
- 12) Tusuk area yang telah diberikan kapas alkohol
- 13) Lepaskan tarikkan tangan non dominan
- 14) Tarik plunger dan observasi adanya darah pada spuit
- 15) Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan-lahan (jika ada darah, cabut jarum sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alkohol pada area penusukan jika perlu berikan plester dan siapkan obat yang baru juga area penusukan baru)
- 16) Tarik spuit setelah obat masuk sesuai kebutuhan
- 17) Kembalikan posisi klien
- 18) Bereskan alat-alat
- 19) Buka sarung tangan
- 20) Perawat cuci tangan

3. Dokumentasi

- a) Mencatat obat yang telah diberikan :
 - 1) Nama obat
 - 2) Nama pasien

- 3) Dosis obat
- 4) Rute
- 5) Waktu dan tanggal

4. Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

H. PEMBERIAN OBAT SECARA INTRAMUSCULAR (IM)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat secara intramuskular dengan benar dan tepat.

B. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan otot dengan menggunakan spuit

C. Tujuan

Memasukkan sejumlah obat pada jaringan otot untuk diabsorpsi

D. Tempat Injeksi

1. Area ventrogluteal
2. Area dorsogluteal
3. Area vastus lateralis
4. Area deltoid
5. Area rektus femoralis

E. Standar Operasional Prosedur

1. Persiapan

a) Klien

- 1) Menyampaikan salam
- 2) Identifikasi Klien
- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami
- 4) Posisi diatur nyaman mungkin
- 5) Memperhatikan privacy

b) Alat

- 1) Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- 2) Kapas alcohol
- 3) Sarung tangan sekali pakai (bersih)
- 4) Obat yang sesuai kebutuhan
- 5) Spuit 2-5 ml dengan ukuran 21-25, panjang jarum 1-2 inci (tergantung pada kebutuhan dan ketebalan otot, jenis obat dan usia klien)
- 6) Bak spuit
- 7) Baki obat
- 8) Plester

9) Kassa steril (bila perlu)

10) Bengkok

11) Pengalas dan perlak

2. Pelaksanaan

1) Perawat cuci tangan

2) Pasang sampiran

3) Siapkan obat sesuai dengan prinsip “6 benar”

4) Atur klien pada posisi yang nyaman dan sesuai dengan kebutuhan

5) Pilih area penusukan yang bebas dari tanda lesi, kekakuan, peradangan, atau rasa gatal

6) Pasang perlak dan pengalas di bawah area penusukan

7) Pakai sarung tangan

8) Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alcohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm, tunggu sampai kering

9) Buang kapas alcohol ke bengkok

10) Buka tutup jarum

11) Tarik kulit ke bawah kurang lebih 2,5 cm dibawah area penusukkan dengan tangan non dominan

12) Dengan cepat masukkan jarum dengan sudut 90° dengan tangan dominan, masukkan sampai pada jaringan otot

13) Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger

14) Observasi adanya darah pada spuit

➤ Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan-lahan

➤ Jika ada darah :

a. Tarik kembali jarum dari kulit

b. Tekan tempat penusukan selama 2 menit

c. Observasi adanya hematoma atau memar

d. Jika perlu berikan plester

e. Siapkan obat yang baru, pilih area penusukan yang baru

15) Cabut jarum perlahan-lahan sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alcohol pada area penusukan

16) Jangan memasase area injeksi

- 17) Jika terdapat perdarahan, tekan area tersebut dengan menggunakan kassa steril sampai perdarahan berhenti
- 18) Kembalikan posisi klien
- 19) Bereskan alat-alat
- 20) Buka sarung tangan
- 21) Perawat cuci tangan

3. Dokumentasi

- a) Mencatat obat yang telah diberikan :
 - 1) Nama obat
 - 2) Nama pasien
 - 3) Dosis obat
 - 4) Rute
 - 5) Waktu dan tanggal

4. Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

I. PEMBERIAN OBAT SECARA INTRAVENA (IV)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu melaksanakan pemberian obat secara intravena dengan benar dan tepat.

B. Deskripsi

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah dengan menggunakan spuit yang dilakukan pada vena anggota gerak

C. Tujuan

1. Memperoleh reaksi obat yang lebih cepat dibandingkan dengan injeksi parenteral yang lain
2. Menghindari kerusakan jaringan
3. Memasukkan obat dalam volume yang lebih besar

D. Tempat Injeksi

1. Pada lengan (vena basilica dan vena sefalika)
2. Pada tungkai (vena safena)
3. Pada leher (vena jugularis)
4. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)

E. Standar Operasional Prosedur

1. Persiapan

a) Klien

- 1) Menyampaikan salam
- 2) Identifikasi Klien
- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami
- 4) Posisi diatur nyaman mungkin
- 5) Memperhatikan privacy

b) Alat

- 1) Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- 2) Kapas alcohol
- 3) Sarung tangan sekali pakai (bersih)
- 4) Obat yang sesuai
- 5) Spuit 2-5 ml dengan ukuran 21-25, panjang jarum 1-2 inchi
- 6) Bak spuit
- 7) Baki obat
- 8) Perlak pengalas

- 9) Pembendung vena (tourniquet)
- 10) Kassa steril
- 11) Bengkok
- 12) Plester jika diperlukan

2. Pelaksanaan

- 1) Perawat cuci tangan
- 2) Pasang sampiran
- 3) Siapkan obat sesuai dengan prinsip “6 benar”
- 4) Atur klien dengan posisi yang nyaman dan sesuai dengan kebutuhan
- 5) Bebaskan lengan klien dari baju atau kemeja
- 6) Pilih area penusukan yang bebas dari tanda lesi, kekakuan, peradangan atau rasa gatal
- 7) Pasang perlak pengalas
- 8) Letakkan pembendung 15 cm di atas area penusukan
- 9) Pakai sarung tangan
- 10) Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alcohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm, tunggu sampai kering
- 11) Pegang kapas alcohol dengan jari-jari tengah pada tangan non dominan
- 12) Buka tutup jarum
- 13) Tarik kulit kebawah kurang lebih 2,5 cm d bawah area penusukan dengan tangan non dominan
- 14) Pegang jarum pada posisi 30⁰ sejajar vena yang akan ditusuk, lalu tusuk perlahan dan pasti
- 15) Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dengan teruskan jarum ke dalam vena
- 16) Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger
- 17) Observasi adanya darah dalam spuit
- 18) Jika ada darah, lepaskan tourniquet dan masukkan obat perlahan
- 19) Keluarkan jarum dari pembuluh vena sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alcohol pada area penusukan
- 20) Tutup area penusukan dengan menggunakan kassa steril yang diberi betadine

21) Kembalikan posisi klien

22) Bereskan alat-alat

23) Buka sarung tangan

24) Perawat cuci tangan

3. Dokumentasi

a) Mencatat obat yang telah diberikan :

1) Nama obat

2) Nama pasien

3) Dosis obat

4) Rute

5) Waktu dan tanggal

4. Evaluasi

Respon klien setelah pemberian obat

KEGIATAN PRAKTIKUM - VIII

FOTOTHERAPY

A. PEMASANGAN FOTOTHERAPY

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemeriksaan antenatal, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemeriksaan antenatal dengan benar dan tepat

2. Deskripsi

Fototerapi merupakan modalitas terapi dengan menggunakan sinar biru yang digunakan untuk pengobatan hiperbilirubinemia (*unconjugated*) atau ikterus pada bayi baru lahir.

3. Tujuan

Tujuan dari fototerapi adalah untuk mengendalikan kadar bilirubin serum agar tidak mencapai nilai yang dapat menimbulkan ensefalopati bilirubin atau kernikterus.

4. Standar Operasional Prosedur

a) Persiapan

1) Alat

- (a) Alat foto terapi / blue light
- (b) Karbon atau kain yang tidak tembus cahaya
- (c) Kassa
- (d) Plester
- (e) Gunting
- (f) Plastik

2) Pasien

- (a) Kaji ulang
- (b) Menjelaskan kepada keluarga tentang prosedur tindakan yang akan dilaksanakan, sesuai dengan pengetahuan keluarga

b) Pelaksanaan

- 1) Alat disiapkan dan pasien diatur posisinya, awasi tanda-tanda vital
- 2) Atur jarak lampu dengan pasien 45-60 cm
- 3) Selalu perhatikan apakah alat tersebut dipasang groudnya atau tidak
- 4) Hubungkan alat dengan stp kontak yang sesuai dengan voltasenya
- 5) Catat mulai pemasangan fototerapi jam berapa, tanggal berapa

- 6) Penutup mata dipasang jangan sampai menghalangi hidung yang sedang bernafas
- 7) Perhatikan suhu bayi dan suhu incubator, kalau perlu suhu incubator diturunkan setengah sampai satu derajat, untuk mencegah hipertemi
- 8) Posisi bayi diatur seyiap 2-3 jam agar penyinarannya merata. Temperatur dimonitor seyiap 2 jam, berat badan bayi ditimbang setiap hari
- 9) Siapkan tambahan extra minuman atau cairan bila diperlukan sebanyak 10-20% kebutuhan untuk melengkapi pemberian dan pencegahan terhadap resiko dehidrasi
- 10) Awasi kulit terhadap komplikasi selama fototherapy, fototherapy sewaktu-waktu distop atau istirahat pada waktu minum, atau untuk dibersihkan terutama di daerah matanya, dilihat keadaan sekitarnya
- 11) Fototherapy dihentikan apabila hasil bilirubin menurun mencapai normal. Apabila ada peningkatan suhu, suhu incubator diturunkan. Bila diare hebat, pertimbangkan pemberian cairan infuse tambahan, bila fototherapy selesai, catat jumlah jalan pemberian, masukan dalam buku perhitungan jam untuk masing-masing fototherapy
- 12) Setelah yakin fototherapy tidak diperlukan lagi, alat fototherapy dibereskan. Bila jumlah jam sudah menunjukkan 2000 jam, maka pemakaian lampunya harus diganti. Persiapkan penutup mata dan penutup genitalia diangkat. Awasi tanda vital dan cek bilirubin setelah 24 jam.

KEGIATAN PRAKTIKUM - IX

DESFERAL

A. PEMASANGAN DESFERAL

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran tentang pemasangan desferal, mahasiswa mampu melakukan prosedur pemasangan desferal dengan benar dan tepat.

2. Deskripsi

Memberikan obat desferal secara sub cutan yang diberikan melalui alat infuse pump dalam waktu 8-12 jam

3. Tujuan

Menurunkan/mencegah penumpukan Fe dalam tubuh baik itu hemocromatisis (penumpukan Fe di bawah kulit) atau pun hemosiderosis (penumpukan Fe dalam organ)

4. Indikasi

- a) Dilakukan pada klien dengan thalasemia yang mendapatkan transfuse darah secara rutin (berulang)
- b) Kadar Fe \geq 1000 ng/ml
- c) Dilakukan 4 – 7 kali dalam seminggu post transfuse

5. Kontraindikasi

Tidak dilakukan pada klien dengan gagal ginjal

6. Standar Operasional prosedur

a) Pengkajian

1. Menyampaikan salam kepada klien/keluarganya
2. Melakukan pengkajian kondisi klien meliputi : usia, tingkat hemocromatisis dan hemosiderosis (kadar Fe)

b) Persiapan

1. Alat :
 - a) Steril :
 - 1) Syringe 10 cc
 - 2) Wing needle
 - b) Tidak steril :
 - 1) Alas
 - 2) Bengkok

- 3) Kapas alcohol pada tempat tertutup
- 4) Infuse pump
- 5) Obat yang diperlukan (desferal)
- 6) Pengencer (aquabidest steril) dalam botol
- 7) Perban gulung/kantong infuse pump
- 8) Plester
- 9) Gunting plester

c) Pelaksanaan

- Mempersiapkan obat desferal sesuai kebutuhan
 - 1) Melakukan cek ulang obat yang akan diberikan sesuai perencanaan
 - 2) Mengkalkulasi dosis sesuai kebutuhan klien
 - Usia > 5 tahun = 1 gram (2 vial)
 - Usia < 5 tahun = 0,5 gram (1 vial)
 - 3) Mengencerkan obat dengan tepat :

(catatan : 1 vial (0,5 gram) obat desferal dioplous dengan aquabidest 4-5 cc)

Membersihkan bagian atas botol aquadest dengan kapas alcohol dan menarik cairan aquadest dari botol secukupnya dengan menggunakan syringe/spuit 10 cc, kapas buang ke bengkok
 - 4) Membersihkan bagian atas botol vial desferal dengan kapas alcohol dan membiarkan kering sendiri, membuang kapas alcohol ke bengkok
 - 5) Memasukkan jarum syringe 10 cc yang berisi aquadest melalui karet penutup botol ke dalam botol
 - 6) Kocok vial obat sampai mencampur rata
 - 7) Memegang botol dengan tangan yang tidak dominan dan tarik obat sejumlah yang diperlukan
 - 8) Memeriksa adanya udara dalam syringe/spuit, bila ada keluarkan dengan posisi tepat
 - 9) Mengecek ulang volume obat dengan tepat
 - 10) Menyambungkan syringe/spuit dengan wing needle
 - 11) Memeriksa kembali adanya udara dalam syringe/spuit dan wing
 - 12) Needle, bila ada keluarkan dengan posisi yang tepat
 - 13) Menyiapkan infuse pump
 - 14) Membawa peralatan ke dekat klien

- Melakukan pemasangan desferal
 - 1) Mencuci tangan
 - 2) Menggunakan sarung tangan bila pada pasien yang menderita penyakit menular (AIDS, Hepatitis B)
 - 3) Menjaga privacy dan mengatur kenyamanan klien
 - 4) Mendekati dan mengidentifikasi klien
 - 5) Jelaskan prosedur kepada klien dengan bahasa yang jelas
 - 6) Memasang sampiran (bila perlu)
 - 7) Memperhatikan teknik aseptik dan antiseptic
 - 8) Mempersiapkan alat dan klien
 - 9) Menyiapkan plester untuk fiksasi
 - 10) Memasang perlak/alas
 - 11) Mendekatkan bengkak pada klien
 - 12) Menyuntikkan desferal dengan teknik steril
 - 13) Bersihkan lokasi injeksi dengan alcohol dengan teknik sirkuler atau atas ke bawah sekali hapus
 - 14) Membuang kapas alcohol ke dalam bengkak
 - 15) Membiarkan lokasi kering sendiri
 - 16) Menyuntikkan obat dengan tepat (subkutan: area m.deltoid)
 - 17) Memfiksasi wing needle dengan plester
 - 18) Mengatur obat desferal pada alat infuse pump
 - 19) Memfiksasi infuse pump dengan menggunakan perban gulung atau kantong infuse pump
 - 20) Mencuci tangan

d) Evaluasi

- 1) Melihat kondisi klien
- 2) Memperhatikan respon klien selama tindakan dilakukan
- 3) Menanyakan perasaan klien setelah tindakan dilakukan

e) Dokumentasi

- 1) Mencatat semua tindakan yang dilakukan dan respon klien selama tindakan dan kondisi setelah tindakan
- 2) Mencatat dengan jelas, mudah dibaca, ditandatangani disertai nama jelas
- 3) Tulisan yang salah tidak dihapus tetapi dicoret dengan disertai paraf
- 4) Catatan dibuat dengan menggunakan ballpoint atau ti

