

**MODUL PRAKTIKUM  
KEPERAWATAN DASAR 1**



**DIPLOMA KEPERAWATAN STIKES  
KUSUMA HUSADA SURAKARTA  
TAHUN 2018**

Modul Praktikum Keperawatan dasar ini merupakan Modul Praktikum Keperawatan yang memuat naskah konsep praktikum di bidang Ilmu Keperawatan, yang disusun oleh dosen Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Pelindung : Ketua STIKes  
Wahyu Rima Agustin, S.Kep.,Ns,M.Kep

Penanggung Jawab : Ketua Lembaga Penjamin Mutu  
Tresia Umarianti, SST.,M.Kes

Pemimpin Umum : Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep

Pemimpin Redaksi : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Sekretaris Redaksi : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH

Sidang Redaksi : Maula Mar'atus, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nur Rahmawati, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Fakhrudin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Febriana Sartika Sari, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penyusun : Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta, Telp.  
0271-857724

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan berkah, pertolongan dan karuniaNya modul praktikum ini dapat diselesaikan dan diterbitkan.

Modul praktikum keperawatan dasar ini menjelaskan tentang proses pembelajaran dari praktikum Keperawatan Dasar yang ada pada Kurikulum Pendidikan D III Keperawatan tahun 2014, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran di laboratorium sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan, sehingga diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar terstandar untuk semua dosen pada pendidikan D III Keperawatan.

Pembelajaran praktikum ini telah disesuaikan dengan kurikulum dari segi kedalaman dan keluasan materi pembelajaran, serta menggunakan strategi pembelajaran menggunakan pendekatan *Student Center Learning* (SCL).

Dengan diterbitkannya modul ini diharapkan agar pembelajaran praktikum keperawatan dasar menjadi terarah, mudah, berorientasi pada pendekatan SCL dan terutama mempunyai kesamaan dalam keluasan dan kedalaman materi pembelajaran, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan menghantar mahasiswa untuk berhasil dengan baik pada ujian akhir ataupun Uji Kompetensi.

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada kaprodi D III Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta dan segenap dosen serta semua pihak yang telah berkontribusi sampai terbitnya modul praktikum ini. Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen maupun mahasiswa program DIII Keperawatan.

Surakarta, Oktober 2018  
Penulis,

## DAFTAR ISI

COVER .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI .....	iv
PENJELASAN MATA KULIAH .....	vi
MODUL 1:	
PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI, CAIRAN, NUTRISI, ELIMINASI, DAN AKTIVITAS LATIHAN .....	1
KEGIATAN PRAKTIKUM 1	
PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN	
OKSIGENASI .....	3
TUJUAN .....	3
POKOK MATERI .....	3
LATIHAN .....	8
RANGKUMAN .....	12
TEST FORMATIF .....	12
UJI KETERAMPILAN .....	13
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	13
KEGIATAN PRAKTIKUM 2	
PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN	
CAIRAN .....	15
TUJUAN .....	15
POKOK MATERI .....	15
LATIHAN .....	34
RANGKUMAN .....	43
TEST FORMATIF .....	43
UJI KETERAMPILAN .....	44
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	44

KEGIATAN PRAKTIKUM 3

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN

NUTRISI .....	46
TUJUAN .....	46
POKOK MATERI .....	46
LATIHAN .....	51
RANGKUMAN .....	55
TEST FORMATIF .....	56
UJI KETERAMPILAN .....	57
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	57

KEGIATAN PRAKTIKUM 4

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN

ELIMINASI.....	58
TUJUAN .....	58
POKOK MATERI .....	58
LATIHAN .....	67
RANGKUMAN .....	50
TEST FORMATIF.....	50
UJI KETERAMPILAN .....	52
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	52

KEGIATAN PRAKTIKUM 5

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN

AKTIVITAS LATIHAN.....	75
TUJUAN .....	75
POKOK MATERI .....	76
LATIHAN .....	76
RANGKUMAN .....	106
TEST FORMATIF.....	106
UJI KETERAMPILAN .....	106
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	107

KUNCI JAWABAN .....	108
---------------------	-----

DAFTAR PUSTAKA .....	109
----------------------	-----

## PENJELASAN MATA KULIAH

Saat ini Anda sedang mempelajari Modul Praktikum Keperawatan Dasar. Mata Kuliah Keperawatan Dasar ini mempunyai bobot kredit 3 sks yang dikemas dalam 4 modul meliputi Modul Ajar Keperawatan Dasar 1, Modul Ajar Keperawatan Dasar 2, Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1 dan Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2. Mata Kuliah ini menjelaskan tentang konsep dan praktikum laboratorium keperawatan dasar kepada klien dalam pemenuhan kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat tidur, keseimbangan suhu tubuh, rasa aman dan nyaman, memiliki dan dimiliki, harga diri, seksual, serta aktualisasi diri.

Secara terperinci mata kuliah ini membahas tentang konsep dan praktikum kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan bio, psiko, sosio, spiritual termasuk kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, rasa aman dan nyaman, memiliki dan dimiliki, harga diri, seksual, serta aktualisasi diri. Penerapan proses keperawatan dilaksanakan berdasarkan kebutuhan dasar tersebut.

Modul mata kuliah Keperawatan Dasar ini terdiri dari empat modul, yaitu:

1. Modul Ajar Keperawatan Dasar 1
2. Modul Ajar Keperawatan Dasar 2
3. Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1, membahas praktikum keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi dan aktivitas latihan.
4. Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2, membahas praktikum keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi, pengukuran *vital sign*, manajemen nyeri, dan *personal hygiene*.

Setelah mempelajari modul pada mata kuliah keperawatan dasar, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang konsep pemenuhan kebutuhan dasar pada klien dan menerapkan prosedur keperawatan dasar pada panthom atau probandus (klien model) dengan menggunakan proses keperawatan.

Untuk memudahkan Anda mengikuti proses pembelajaran dalam modul ini, maka silahkan Anda mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Pelajari secara berurutan Modul Ajar Keperawatan Dasar 1 dan 2
2. Selanjutnya pelajari dengan seksama Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1 dan Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2, dan demonstrasikan dengan bermain peran bersama teman Anda di laboratorium keperawatan.
3. Bacalah dengan teliti setiap materi yang disampaikan dalam setiap kegiatan belajar.
4. Kerjakan latihan-latihan pada materi yang dibahas dan diskusikan dengan teman Anda atau fasilitator I tutor pada saat kegiatan tatap muka.
5. Buatlah ringkasan dari materi yang dibahas untuk memudahkan Anda mengingat.
6. Kerjakan test formatif sebagai evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan cocokkan jawaban Anda dengan kunci yang disediakan pada halaman terakhir modul.
7. Apabila Anda mengalami kesulitan maka diskusikan dengan teman Anda dan konsultasikan kepada fasilitator.
8. Keberhasilan proses belajar Anda dalam mempelajari materi dalam modul ini tergantung dari ketelitian dan kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan.
9. Rutinlah belajar dan berlatih baik secara mandiri maupun berkelompok dengan teman sejawat Anda.

Penulis berharap Anda dapat mengikuti keseluruhan modul dan kegiatan belajar dalam modul ini dengan baik.

**MODUL 1**

**PRAKTIKUM KEPERAWATAN PADA PEMENUHAN KEBUTUHAN  
OKSIGENASI, CAIRAN, NUTRISI, ELIMINASI DAN AKTIVITAS  
LATIHAN**

Saat ini Anda sedang mempelajari Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1 pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi, cairan, nutrisi, eliminasi dan aktivitas latihan. Modul ini akan membahas tentang bagaimana mempraktekkan tindakan keperawatan pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi, yaitu: pemasangan oksigen secara kanul maupun masker dan batuk efektif; pemenuhan kebutuhan cairan, yaitu: pemasangan infus, menghitung tetesan infus, mengganti infus, perawatan luka infus, dan menghitung keseimbangan cairan; pemenuhan kebutuhan nutrisi yaitu: memberikan makan dan minum per oral dan pemberian makanan via NGT; pemenuhan kebutuhan eliminasi, yaitu: membantu eliminasi BAB/BAK klien diatas tempat tidur, memasang diapers, perawatan kateter pria dan wanita; serta pemenuhan kebutuhan aktivitas latihan, yaitu: posisifowler, semi fowler, sim, *trendelenberg*, *dorsal recumbent*, *lithotomi*, *genu pectoral*, *orthopeneic*, supinasi, pronasi, dan lateral; membantu klien berjalan menggunakan kruk, walker, tongkat, tripod, dankursi roda; serta memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar dan ke kursi roda.

Praktikum ini didesain dalam laboratorium keperawatan dengan menggunakan studi kasus dan peralatan yang mendukung antara lain: phantom dan probandus (klien model). Mahasiswa didorong untuk mendemonstrasikan tindakan sesuai dengan prosedur.

Setelah mempelajari modul ini diharapkan Anda mampu melaksanakan tindakan/keterampilan keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi, cairan, nutrisi, eliminasi dan aktivitas latihan.

Fokus pembahasan pada Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1 ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktekkan tindakan keperawatan yang sering dilakukan pada keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi, cairan, nutrisi, eliminasi, dan aktivitas latihan. Kegiatan Praktik pada modul ini dibagi sebagai berikut:

- A. Kegiatan Praktikum 1: Praktikum Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi.
- B. Kegiatan Praktikum 2: Praktikum Pemenuhan kebutuhan Cairan.
- C. Kegiatan Praktikum 3: Praktikum Pemenuhan kebutuhan Nutrisi.
- D. Kegiatan Praktikum 4: Praktikum Pemenuhan kebutuhan Eliminasi.
- E. Kegiatan Praktikum 5: Praktikum Pemenuhan kebutuhan Aktivitas Latihan.

Modul ini merupakan pedoman praktikum yang penting digunakan saat Anda mencobamempraktekkan tindakan-tindakan keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi, cairan, nutrisi, eliminasi dan aktivitas latihan. Modul ini berisi petunjuk praktek yang akan disajikan berdasarkan langkah-langkah dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan sehingga akan memberikan pengalaman kepada Anda dalam melakukan intervensi keperawatan sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi, cairan, nutrisi, eliminasi dan aktivitas latihan.

Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktek adalah:

1. Baca petunjuk praktikum dengan teliti
2. Baca setiap langkah yang tercantum dalam SOP.
3. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/keterampilan yang akan dipraktekkan.
4. Perhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
5. Praktekkan/demonstrasikan setiap tindakan sesuai dengan prosedur.
6. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Kami berharap Anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktek dalam modul ini dengan baik.

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 1**

### **PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan kebutuhan oksigenasi dan memahami teknik pengkajian dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana memberikan tindakan keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada klien.

#### **TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM**

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 ini, diharapkan Anda dapat melakukan:

1. Pemasangan oksigen menggunakan kanul nasal
2. Pemasangan oksigen menggunakan masker
3. Batuk efektif

#### **POKOK MATERI**

Oksigen merupakan kebutuhan fisiologis utama bagi manusia. Tubuh memerlukan oksigen untuk mempertahankan kehidupan. Pada seseorang yang sehat oksigen 21% (dalam udara bebas) cukup untuk mendukung fungsi normal. Terdapat tiga langkah dalam proses oksigenasi, yaitu: ventilasi, perfusi dan difusi. Agar pertukaran gas dapat terjadi maka organ, saraf dan otot pernapasan harus utuh dan sistem saraf pusat harus mampu mengatur siklus pernapasan (Lynn, 2011).

Pada saat kondisi oksigenasi dalam jaringan tidak adekuat, antara lain kondisi *dyspnea*, *sianosis*, *takipnea*, aritmia, dan koma maka diperlukan pemberian oksigen tambahan dari luar dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi. Terapi oksigen dibutuhkan untuk mempertahankan tingkat oksigenasi jaringan.

Terapi oksigen adalah tindakan memberikan aliran gas oksigen lebih dari 20% pada tekanan 1 atmosfer sehingga konsentrasi oksigen meningkat di dalam darah.

Sebelum pemberian terapi oksigen harus diteliti dulu terkait dengan enam benar

pemberian terapi oksigen (benar oksigen, benar dosis, benar klien, benar rute, benar waktu, dan benar dokumentasi).

Pemberian oksigen merupakan suatu tindakan memberikan oksigen ke dalam paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Pemberian oksigen yang lazim dilakukan pada klien yaitu dengan nasal kanul dan masker.

### **Tujuan terapi oksigen:**

1. Mengatasi keadaan hipoksemia
2. Menurunkan kerja pernapasan
3. Menurunkan beban kerja otot jantung (miokard)

Tindakan pemenuhan oksigenasi.

#### **1. Pemasangan oksigen kanul binasal**

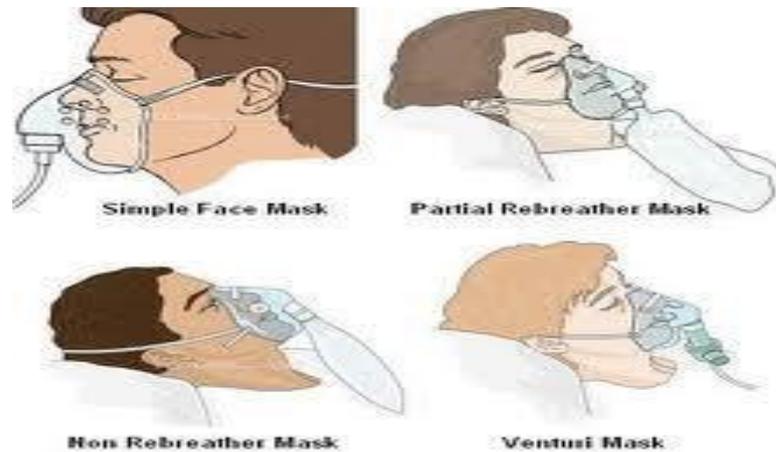
Pemberian oksigen dengan nasal kanul biasanya dilakukan pada klien yang mengalami kekurangan oksigen bukan karena kekurangan karbondioksida. Oksigen yang diberikan kepada klien berkisar 2-3 liter/menit.



Gb. 1. Oksigen kanul binasal

#### **2. Pemasangan oksigen masker**

Pemberian oksigen menggunakan masker biasanya dilakukan pada klien yang mengalami kekurangan oksigen sekaligus kekurangan karbondioksida atau  $PO_2$  dan  $PCO_2$  rendah. Konsentrasi oksigen yang diberikan dengan menggunakan masker lebih tinggi daripada nasal kanul, yaitu berkisar 5-10 liter/menit.



Gb. 2. Pemberian oksigen masker

Prosedur pemasangan oksigen menggunakan nasal kanul dan masker mempunyai prosedur yang sama, yang membedakan adalah alat (kanul nasal atau masker) dan dosis oksigen yang diberikan.

**Alat dan bahan:**

- a. Tabung oksigen lengkap dengan humidifier dan flowmeter
- b. Selang oksigen: nasal kanul/masker
- c. Arloji
- d. Oksimetri (bila perlu)
- e. Tissue
- f. Water steril
- g. Sarung tangan
- h. Tanda: "Dilarang merokok"

**Prosedur:**

- a. Cuci tangan
- b. Cek sumber oksigen (pastikan berisi oksigen), humidifier (pastikan berisi air sesuai dengan water level), sambungkan kanul oksigen dengan tabung oksigen, aktifkan tabung oksigen (pastikan ada aliran oksigen sampai ujung kanul)
- c. Pakai sarung tangan

- d. Salam, identifikasi identitas klien
- e. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- f. Atur posisi semi fowler atau fowler
- g. Buka baju bagian atas, kaji: pergerakan dada (simetris/tidak, adanya retraksi dinding dada), hitung RR, kaji bibir dan ujung jari (adakah sianosis), kaji adakah pernapasan cuping hidung, cek saturasi oksigen (bila perlu)
- h. Bersihkan lubang hidung dari sekret
- i. Hidupkan flow meter sesuai dosis oksigen yang dibutuhkan
- j. Pasang kanul/masker pada hidung klien dengan benar
- k. Lakukan fiksasi selang kanul dengan benar yaitu melingkar ke kepala atau ditarik ke bawah dagu
- l. Lakukan evaluasi: rasa nyaman klien, RR, retraksi dinding dada, sianosis
- m. Sampaikan hasil evaluasi
- n. Lepaskan sarung tangan
- o. Rapikan alat dan terminasi
- p. Cuci tangan
- q. Pasang tanda: “Dilarang merokok” di dekat klien

### **3. Batuk efektif**

Pada keadaan klien mengalami problem terjadi penumpukan sekret/sputum dan tidak bisa dikeluarkan secara optimal maka diperlukan tindakan untuk mengeluarkan sputum tersebut. Penumpukan sputum bisa mengakibatkan obstruksi jalan napas sehingga dapat terjadi gangguan bersihan jalan napas, klien mengalami berat saat bernapas dan *dyspnea*.

Tindakan batuk efektif dapat digunakan sebagai upaya pengeluaran sputum pada klien dengan kesadaran kompos mentis. Tindakan batuk efektif dapat berhasil maksimal dengan pemberian hidrasi minum air hangat.

#### **Alat dan bahan**

- a. Stetoskop

- b. Sputum potberisi larutan desinfektan
- c. Segelas minum air putih hangat beserta sedotan
- d. Pengalas
- e. Bengkok
- f. Tissue
- g. Sarung tangan bersih
- h. Masker

**Prosedur:**

- a. Cuci tangan, pakai sarung tangan dan masker
- b. Lakukan komunikasi terapeutik kepada klien: salam, perkenalkan diri, cek identitas klien, sampaikan tujuan dan prosedur tindakan
- c. Atur posisi klien duduk (bila mampu) atau tiduran
- d. Lakukan pengkajian, mintalah ijin kepada klien untuk membuka baju bagian atas klien dan lakukan auskultasi thorak secara tepat bagian anterior dan posterior (apakah ditemukan suara napas abnormal: whezing/ronchi/creackles)
- e. Berikan minum air hangat
- f. Berikan contoh prosedur batuk efektif:
  - 1) Letakkan 1 tangan di dada dan 1 tangan diatas perut
  - 2) Lakukan napas perut (tarik napas melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup), rasakan mengembangnya abdomen, cegah lengkung pada punggung
  - 3) Tahan napas dalam 3 hitungan
  - 4) Hembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan melalui mulut, bibir seperti meniup
  - 5) Lakukan napas dalam 2 kali, dan yang ke-3: tarik napas dalam 3 hitungan, tahan dalam 3 hitungan kemudian batukkan dengan keras
- g. Bimbing klien melakukan batuk efektif seperti contoh
- h. Pasang pengalas diatas paha bila klien duduk atau dekat mulut bila klien berbaring

- i. Tampung lendir dalam sputum pot
- j. Bersihkan mulut dengan tissue dibuang di bengkok
- k. Lakukan evaluasi tindakan
  - 1) Tanyakan apakah klien merasa lebih longgar dan nyaman
  - 2) Observasi produk sputum: jumlah, warna, konsistensi, bau sputum yang dikeluarkan
  - 3) Auskultasi ulang di daerah dada secara tepat
- t. Sampaikan hasil evaluasi kepada klien

## **LATIHAN**

### **Latihan 1: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi**

#### **Ilustrasi kasus:**

Ny. Sambi, 40 th, dirawat di RS dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: klienmengeluh berat saat bernapas, frekuensi pernapasan 32 kali /menit, tidak ada pernapasan cuping hidung, sianosis pada bibir dan kuku tidak ditemukan, terlihat adanya retraksi dinding dada. Kolaborasi dengan tim medis, klien mendapatkan terapi oksigen nasal kanul 3 liter/menit.

#### **Tugas:**

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai klien, perawat dan observer secara bergantian. Peran sebagai klien berada disamping phantom dan akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat melakukan prosedur, dan peran sebagai observer melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan pemasangan oksigen nasal kanul dengan menggunakan phantom, dimulai dari persiapan alat, persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP pemasangan oksigen nasal kanul/masker

### SOP Pemasangan Oksigen Nasal Kanul/Masker

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	NILAI	
			YA	TDK
	Persiapan alat: tabung oksigen lengkap dengan humidifier dan flow meter, selang oksigen: nasal kanul/masker, arloji, oksimetri (bila perlu), water sterile, tissue, sarung tangan	3		
<b>A.</b>	<b>FASE PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Mengecek identitas klien, menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menyiapkan tabung oksigen lengkap dengan manometernya dan memastikan tabung masih terisi oksigen	5		
	3. Mengisi tabung humidifier dengan water steril sesuai batas water line	5		
	4. Menyambungkan selang binasal oksigen dengan humidifier	5		
	5. Memastikan ada aliran udara dengan punggung tangan dengan membuka flowmeter	5		
	6. Memakai sarung tangan	5		
	7. Mengatur posisi semifowler/fowler	5		
	8. Membuka baju bagian atas, kaji: pergerakan dada (simetris/tidak, adanya retraksi dinding dada), hitung RR, kaji bibir dan ujung jari (adakah sianosis), kaji adakah pernapasan cuping hidung, cek saturasi oksigen (bila perlu)	5		
	9. Membersihkan lubang hidung dari sekret dengan menggunakan tissue	4		
	10. Memberikan oksigen sesuai dengan program terapi dengan cara membuka flowmeter oksigen	5		
	11. Memasang kanul pada hidung klien dengan benar	5		
	12. Melakukan fiksasi selang kanul dengan benar yaitu melingkar ke kepala atau ditarik ke bawah dagu ( bila menggunakan masker: memasang masker dengan posisi secara tepat dan fiksasi di belakang kepala)	5		
	13. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan: rasa nyaman klien, RR, retraksi dinding dada, sianosis	3		
	2. Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama melakukan tindakan	3		

	3. Ketelitian dan keamanan selama melakukan tindakan: pasang tanda: "Dilarang merokok"	3		
Total		100		

## Latihan 2: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

### Ilustrasi kasus:

Tn. Kardi, 45 tahun, kesadaran kompos mentis, mengeluh batuk sudah dua minggu dan dahak sulit keluar. Hasil pengkajian: ditemukan suara ronchi pada apek paru sinistra anterior, RR 22 x/menit, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

### Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien akan melakukan kegiatan yang diinstruksikan oleh perawat dan akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur batuk efektif dengan menggunakan pantom, dimulai dari persiapan alat, persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP batuk efektif

### SOP Batuk Efektif

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> stetoskop, sputum pot berisi larutan desinfektan, segelas minum air putih hangat beserta sedotan, pengalas, bengkok, tissue, sarung tangan bersih, masker	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	1. Melakukan verifikasi: indikasi batuk efektif	3		
	2. Menyiapkan alat-alat dan dekatkan ke klien	3		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	3		

	2. Memperkenalkan diri perawat dan mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		
<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan, memakai sarung tangan dan masker	4		
	2. Mengatur posisi klien (duduk apabila klien mampu, jika tidak dibantu) atau tiduran	4		
	3. Mengkaji klien: buka baju bagian atas klien, lakukan auskultasi thorak secara tepat pada bagian anterior dan posterior	4		
	4. Memberikan minum air hangat	4		
	5. Memberikan contoh prosedur batuk efektif	4		
	Membimbing klien melakukan batuk efektif			
	6. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen	4		
	7. Melatih klien melakukan nafas perut (menarik nafas melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)	4		
	8. Meminta klien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)	4		
	9. Meminta klien untuk menahan nafas hingga 3 hitungan	4		
	10. Minta klien untuk menghembuskan nafas dengan membuka mulut dalam 3 hitungan	4		
	11. Meminta klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot	4		
	12. Memasang pengalas diatas paha bila duduk atau dekat mulut bila tidur miring	4		
	13. Meminta klien untuk melakukan nafas dalam 2 kali, yang ketiga inspirasi, tahan nafas dan batukkan dengan kuat	4		
	14. Menampung lendir dalam pot sputum	4		
	15. Merapikan klien dan alat	4		
	16. Mencuci tangan	4		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan: rasa nyaman, produk sputum, auskultasi thorax	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

### Petunjuk Evaluasi Latihan

- a. Lakukan evaluasi praktikum pemasangan oksigen nasal kanul/masker dan batuk efektif dengan menggunakan format penilaian yang telah disediakan.

- b. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

### **RANGKUMAN**

Pemasangan oksigen nasal kanul/ masker merupakan terapi oksigen dengan cara memasukkan oksigen ke dalam paru-paru menggunakan nasal kanul atau masker. Pemasangan oksigen ini bertujuan agar klien memperoleh tambahan oksigen dari luar sesuai dengan kebutuhan tubuh. Sedangkan batuk efektif merupakan tindakan untuk mengeluarkan sputum yang masih tertahan di dalam tenggorokan atau apek paru-paru. Sputum yang tertahan menyebabkan obstruksi jalan napas sehingga membahayakan keselamatan klien.

### **TEST FORMATIF 1**

Ny. Sambi, 40 th, dirawat di RS dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: klien mengeluh perasaan berat saat bernapas, frekuensi pernapasan 32 kali /menit, tidak ada pernapasan cuping hidung, sianosis pada bibir dan kuku tidak ditemukan, terlihat adanya retraksi dinding dada. Kolaborasi dengan tim medis, klien mendapatkan terapi oksigen 2 liter/menit.

1. Kondisi abnormal yang ditemukan dari hasil pengkajian pada Ny. Sambi adalah:
  - A. Usia klien 40 tahun
  - B. Tidak ada pernapasan cuping hidung
  - C. Sianosis pada bibir dan kuku tidak ditemukan
  - D. Terlihat adanya retraksi dinding dada
  - E. Terapi oksigen nasal kanul 3 liter/menit
2. Terapi oksigen yang diadvikan sebanyak 2 liter/menit. Berdasarkan jumlah oksigen, maka selang oksigen yang harus disiapkan adalah:
  - A. Nasal kanul
  - B. Masker
  - C. Ventilator
  - D. Headbox

E. Resusitator

3. Apakah data yang mendukung tindakan pemasangan oksigen pada Ny. Sambu?

1. Frekuensi pernapasan 32 x/menit
2. Klien mengeluh berat saat bernapas
3. Terlihat adanya retraksi dinding dada
4. Sianosis pada bibir dan kuku tidak ditemukan

Jawablah A: bila pernyataan 1,2,3 benar; B: bila pernyataan 1 dan 3 benar; C: bila pernyataan 2 dan 4 benar; D: bila pernyataan 4 saja benar; E: bila pernyataan 1,2,3 dan 4 benar

4. Masalah yang terjadi pada klien adalah:

- A. Bersihan jalan napas tidak efektif
- B. Gangguan pertukaran gas
- C. Dyspnea
- D. Ortopnea
- E. Pola napas tidak efektif

## **UJI KETRAMPILAN**

### **Soal kasus:**

Tn. Kasno, usia 60 tahun, dirawat di RS, keluhan napas terengah-engah. Hasil pengkajian: frekuensi pernapasan 28 kali/menit, terdapat retraksi dinding dada. Kolaborasi dengan tim medis, klien mendapatkan terapi oksigen 2 liter/menit.

### **Tugas:**

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada klien tersebut
2. Gunakan SOP yang tepat.

## **UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT**

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia. Penilaian tes

formatif dengan cara mencocokkan jawaban Anda dengan kunci jawaban test formatif 1 yang terletak pada bagian akhir modul ini.

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 2**

### **PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan kebutuhan cairan dan memahami kegiatan praktikum 1.

Kegiatan praktikum 2 akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan cairan pada klien, yaitu meliputi: pemasangan infus, menghitung tetesan infus, merawat luka infus, melepas infus dan menghitung *balance* cairan.

#### **TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM**

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 2 ini, diharapkan Anda dapat melakukan:

1. Pemasangan infus
2. Menghitung tetesan infus
3. Mengganti cairan infus
4. Perawatan luka infus
5. Penghitungan *balance* cairan

#### **POKOK MATERI**

##### **1. Pemasangan infus**

Pemasangan infus adalah pemberian cairan ke dalam tubuh melalui kateter intra vena (iv) ke dalam pembuluh darah vena untuk menggantikan cairan yang hilang atau memenuhi zat-zat makanan (Potter & Perry, 2013). Pemasangan infus merupakan tindakan yang dilakukan dengan cara memasukkan cairan, elektrolit, obat intravena dan nutrisi parenteral ke dalam tubuh (Tollefson, 2010).

Pemasangan infus sering merupakan tindakan *life saving* misalnya pada keadaan kehilangan cairan yang banyak, dehidrasi dan syok, merupakan metode efektif dan efisien dalam memberikan suplai cairan ke dalam

kompartemen intravaskuler. Diperlukan pengetahuan dasar tentang keseimbangan cairan dan elektrolit serta asam basa untuk memperoleh keberhasilan terapi dan cara pemberian infus secara aman.

### **Indikasi pemasangan infus**

Indikasi pemasangan infus, adalah:

- a. Keadaan *emergency* (misalnya pada tindakan RJP), yang memungkinkan pemberian obat langsung ke dalam intra vena
- b. Memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat (seperti furosemid, digoxin)
- c. Klien yang mendapat terapi obat dalam dosis besar secara terus-menerus melalui intra vena
- d. Klien yang membutuhkan pencegahan gangguan cairan dan elektrolit
- e. Klien yang mendapatkan tranfusi darah
- f. Profilaksis sebelum prosedur (misalnya pada operasi besar dengan risiko perdarahan, dipasang jalur infus intravena untuk persiapan jika terjadi syok, juga untuk memudahkan pemberian obat)
- g. Profilaksis pada klien yang tidak stabil, misalnya resiko dehidrasi dan syok, sebelum pembuluh darah kolaps, sehingga tidak dapat dipasang jalur infus.
- h. Menurunkan ketidaknyamanan klien dengan mengurangi kebutuhan injeksi intramuskuler.

### **Tujuan pemasangan infus**

Tujuan prosedur pemasangan infus adalah:

- a. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang hilang yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekwat melalui oral
- b. Memperbaiki keseimbangan asam basa
- c. Memperbaiki volume komponen-komponen darah
- d. Memberikan jalan masuk untuk obat-obatan ke dalam tubuh

- e. Memonitor tekanan vena central (CVP)
- f. Memberikan nutrisi pada saat sistem pencernaan diistirahatkan

### **Kontraindikasi**

Kontradiksi pemasangan infus, yaitu:

- a. Inflamasi (bengkak, nyeri, demam) dan infeksi di lokasi pemasangan infus.
- b. Daerah lengan bawah pada klien dengan gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (A-V shunt) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).
- c. Obat-obatan yang berpotensi iritan terhadap pembuluh vena kecil yang aliran darahnya lambat (misalnya pembuluh vena di tungkai dan kaki).

### **Jenis cairan infus**

Jenis cairan infus yang sering digunakan dalam pemberian terapi intravena berdasarkan kelompoknya adalah sebagai berikut:

- a. Cairan Kristaloid

Cairan dengan berat molekul rendah (< 8000 Dalton) dengan atau tanpa glukosa, mempunyai tekanan onkotik rendah, sehingga cepat terdistribusi ke seluruh ruang ekstraseluler, ada yang mengandung elektrolit (misalnya Ringer Lactate, Ringer's solution, NaCl 0,9%) atau tidak mengandung elektrolit (misalnya Dekstrosa 5%). Cairan ini rata-rata memiliki tingkat osmolaritas yang lebih rendah dengan osmolaritas plasma. Contoh cairan tersebut adalah: Normal Saline, Ringer Laktat (RL), Dekstrosa, Ringer Asetat (RA).

- b. Cairan Koloid

Cairan dengan berat molekul tinggi (> 8000 Dalton), terdiri dari molekul-molekul besar yang sulit menembus membran kapiler, digunakan untuk mengganti cairan intravaskuler.

Mekanisme cairan koloid secara umum memiliki sifat seperti protein plasma sehingga cenderung tidak keluar dari membran kapiler dan tetap

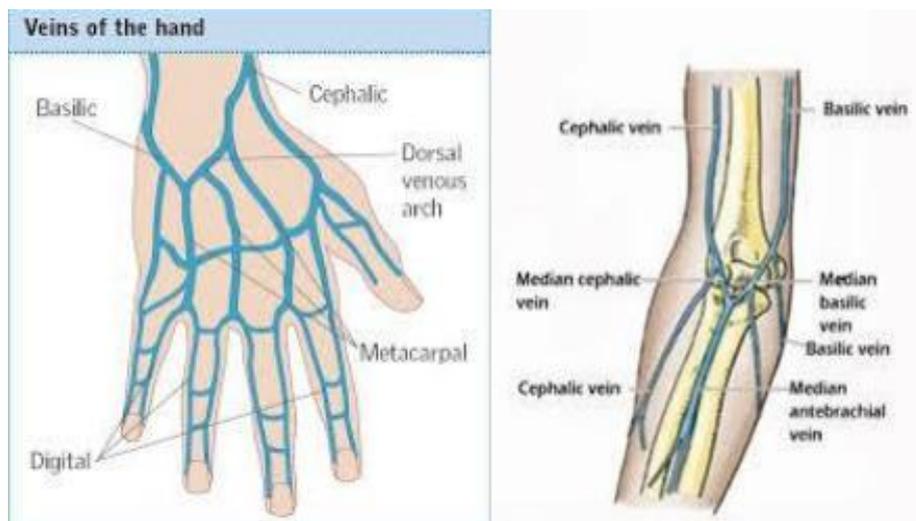
berada dalam pembuluh darah, bersifat hipertonik dan dapat menarik cairan dari pembuluh darah. Oleh karena itu penggunaannya membutuhkan volume yang sama dengan jumlah volume plasma yang hilang. Digunakan untuk menjaga dan meningkatkan tekanan osmosis plasma. Contohnya adalah: Albumin, HES (Hydroxyetyl Starches), Dextran, Gelatin

c. Cairan Khusus

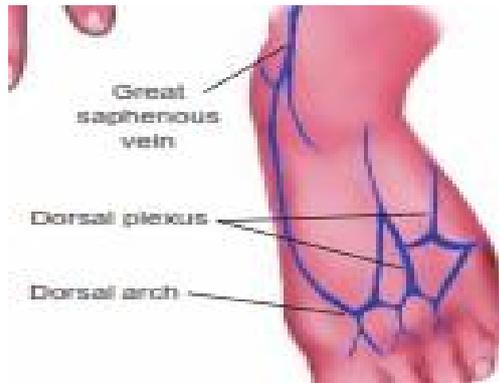
Cairan ini dipergunakan untuk indikasi khusus atau koreksi. Jenis cairan ini adalah: Manitol, Asering, Ka-En 1B, Ka-En 3A, Ka-En 3B, Ka-En Mg3, Ka-En 4A, Ka-En 4B, Otsu NS, Martos-10, Aminovel-600, Pan-Amin G, Tutofusin OPS.

**Lokasi pemasangan infus**

Lokasi vena perifer yang sering digunakan pada pemasangan infus adalah vena supervisial atau perifer kutan terletak di dalam *fasia subcutan* dan merupakan akses paling mudah untuk terapi intravena. Daerah tempat infus yang memungkinkan adalah permukaan dorsal tangan (*vena supervisial dorsalis, vena basalika, vena sefalika*), lengan bagian dalam (*vena basalika, vena sefalika, vena cubital median, vena median lengan bawah, dan vena radialis*), permukaan dorsal (*vena safena magna, ramus dorsalis*).



Gb.3. Pembuluh darah vena di tanganGb.4. Pembuluh darah vena di lengan



Gb.5. Pembuluh darah vena pada kaki

### **Pemilihan lokasi pemasangan infus**

Pemilihan lokasi pemasangan infus mempertimbangkan beberapa faktor, yaitu:

- a. Umur klien: pada anak kecil, pemilihan sisi adalah sangat penting dan mempengaruhi berapa lama pemberian intravena terakhir
- b. Prosedur yang diantisipasi: jika klien harus menerima jenis terapi tertentu atau mengalami beberapa prosedur seperti pembedahan, pilih sisi yang tidak terpengaruh oleh apapun
- c. Aktivitas klien: mempertimbangkan klien apakah kondisinya gelisah, bergerak, tak bergerak, perubahan tingkat kesadaran
- d. Jenis intravena: jenis larutan dan obat-obatan yang akan diberikan sering memerlukan tempat-tempat yang optimum (misalnya hiperalimentasi sangat mengiritasi vena-vena perifer)
- e. Durasi terapi intravena: terapi jangka panjang memerlukan pengukuran untuk memelihara vena; pilih vena yang akurat dan baik, rotasi sisi dengan hati-hati, rotasi sisi pungsi dari distal ke proksimal (misalnya mulai di tangan dan pindah ke lengan)
- f. Ketersediaan vena perifer: bila sangat sedikit vena yang ada, pemilihan sisi dan rotasi yang berhati-hati menjadi sangat penting
- g. Terapi intravena sebelumnya: flebitis sebelumnya membuat vena menjadi tidak baik untuk digunakan, kemoterapi sering membuat vena menjadi buruk (mudah pecah atau sklerosis)

- h. Pembedahan sebelumnya: jangan gunakan ekstremitas yang terkena pada klien dengan kelenjar limfe yang telah diangkat (misalnya pada klien dengan mastektomi)
- i. Sakit sebelumnya: jangan gunakan ekstremitas yang sakit pada klien dengan stroke
- j. Kesukaan klien: jika mungkin, pertimbangkan kesukaan alami klien untuk pemasangan infus di sebelah kiri atau kanan

### **Prosedur pemasangan infus.**

#### **Alat dan bahan**

- a. Cairan infus yang diperlukan
- b. Infus set (mikrodrip atau makrodrip)
- c. Standar/tiang infus
- d. Cateter intravena (ukuran 26 biasa digunakan untuk neonatus, ukuran 24 untuk anak, dan ukuran 18-20 untuk dewasa)
- e. Plester/hipavix
- f. Torniquet
- g. Arloji yang ada detiknya
- h. Alkohol swab
- i. Kassa steril 2x2 inchi atau *transparent dressing*
- j. Sarung tangan bersih
- k. *Three way stopcock* (bila diperlukan)
- l. Gunting perban
- m. Bengkok
- n. Pulpen/spidol
- o. *Safety box*

#### **Prosedur**

- a. Kaji indikasi, klien membutuhkan: penggantian cairan dan elektrolit, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, pemberian nutrisi parenteral, pemberian obat

- b. Lakukan pengkajian awal: kaji adanya alergi (terhadap obat, iodine, latex dan plester), kaji area pemasangan infus (adanya edema, selulitis, dermatitis atau injury di tempat tusukan), kaji ukuran dan kondisi vena (akses infus pertama adalah tempat yang paling perifer/bagian distal).
- c. Persiapkan alat
- d. Demonstrasikan komunikasi terapeutik: salam, perkenalkan diri, cek identitas klien, jelaskan tujuan dan prosedur
- e. Atur posisi klien yang nyaman
- f. Jelaskan beberapa ketidaknyamanan selama pemasangan dan efek umum pemasangan infus
- g. Cuci tangan
- h. Cek kembali program infus dan tetesan, pastikan jenis cairan tepat
- i. Cek tanggal kadaluwarsa dan kejernihan cairan
- j. Buka penutup cairan dan lakukan desinfeksi bila tutup telah terkontaminasi
- k. Persiapkan infus set:
  - 1) Buka kemasan dan keluarkan selang infus(mempertahankan kesterilan pada kedua ujung selang)
  - 2) Pindahkan roller clamp berada pada 5 cm dibawah *chamber* (ruang tetes)
  - 3) Posisikan roller clamp ke posisi “off”
  - 4) Pindahkan penutup ujung selang IV bagian atas
  - 5) Buka penutup selang infus bagian atas dan tusukkan ujung selang infus pada botol cairan



Gb.6. Membuka tutup selang infus & menusukkan pada botol

- 6) Gantungkan kantong infus dan pastikan selang lurus

- 7) Tekan dengan lembut *chamber* dan isi sampai batas atau  $\frac{1}{2}$  nya



Gb.7. Mengisi chamber

- 8) Siapkan bengkok dekat dengan perawat, pegang bagian distal selang infus diatas bengkok (jangan sampai menyentuh bengkok)
- 9) Buka roller clamp perlahan, dan biarkan cairan mengisi seluruh selang
- 10) Tutup roller clamp ke posisi “off”
- 11) Pastikan selang bebas dari udara, jika ada udara ketuk udara ke atas
- l. Tutup kembali ujung selang infus
- m. Bila diperlukan *three way stopcock* maka pasang *stopcock* dan alirkan air sehingga tidak ada udara, tutup ujungnya dan gantungkan dengan aman pada standar infus
- n. Pakai sarung tangan bersih
- o. Identifikasi tempat pemasangan infus:
- 1) Posisikan ekstremitas secara bebas
  - 2) Pasang tourniquet 10-15 cm diatas area yang akan diinsersi
  - 3) Pilih pembuluh darah vena: pilih vena yang cukup besar (dibagian depan dan belakang permukaan ekstremitas atas: *vena sefalika*, *basilika* dan *metakarpal*), pilih pembuluh darah vena yang paling distal, lurus, tidak bercabang, tidak ada keluhan nyeri, bukan area fleksi, dan tidak mengganggu aktivitas klien.
  - 4) Palpasi vena dengan jari telunjuk dengan menekan kebawah (kenyal, lunak, lenting saat tekanan dilepaskan)
  - 5) Lepaskan tourniquet sementara
  - 6) Tempatkan infus set dekat dengan area yang akan diinsersi

p. Siapkan tempat insersi:

- 1) Bersihkan area insersi dengan menggunakan alkohol swab, usap area yang akan diinsersi secara horisontal, vertikal, dan sirkuler dari dalam keluar, biarkan mengering
- 2) Pasang kembali tourniquet 10-12 cm diatas tempat yang akan di insersi

q. Lakukan Insersi

- 1) Stabilkan vena dibawah area insersi dengan menempatkan ibu jari diatas tempat insersi, dan rapatkan kulit
- 2) Memasukkan iv kateter dengan ujung jarum keatas dengan sudut 30derajatsesuai arah vena
- 3) Observasi adanya darah pada jarum (adanya darah menunjukkan jarum telah masuk pembuluh darah vena)
- 4) Turunkan ivkateter sampai hampir rata dengan kulit (masukkan iv kateter sekitar 0.5 cm kedalam vena, kemudian tarik sedikit stylet/mandrin).

Perhatian:Jika tidak ada darah berarti kateter infus tidak masuk kedalam pembuluh darah vena, berarti penusukan telah gagal, tarik iv kateter, tekan daerah insersi sampai tidak ada perdarahan, lakukan insersi ulang di tempat lain (area yang lebih proksimal) dengan iv kateter baru

- 5) Masukkan kateter, tarik sedikit stylet/mandrin, kemudian masukkan kateter sampai semua kateter masuk kedalam vena

r. Hubungkan kateter dengan selang infus

- 1) Tekan dengan lembut 3 cm diatas tempat insersi dengan ibu jari/jari telunjuk tangan non dominan dan lepaskan stylet/mandrin
- 2) Segera sambungkan dengan ujung selang infus, rekatkan sambungan dengan aman.
- 3) Pegang kanul dengan tangan non dominan dan lepaskan torniquet dengan tangan dominan
- 4) Perlahan buka roller clamp, biarkan cairan mengalir

- s. Fiksasi kanuldengan *transparan dressing*
- 1) Pegang kanul dengan tangan nondominan saat mempersiapkan dressing
  - 2) Membuka separo transparan dressing, tempelkan satu ujung diatas tempat insersi vena, buka penutup berikutnya dan tekan dengan lembut diatas tempat insersi
  - 3) Ambil plester 1-inchi dan tempatkan diatas ujung selang diatas sambungan kanul namun tidak diatas transparan dressing
- t. Fiksasi kanuldengankasasteril
- 1) Dengan tangan dominan, letakkan kasa 2x2 inchi diatas tempat insersi, rekatkan dengan plester diatasnya dengan tepat  
Perhatian: hindarkan plester merekat pada sarung tangan
  - 2) Bila posisi telah stabil, lepaskan sarung tangan dan tempatkan plester selebar 1/2 inchi dibawah sambungan kanul dengan perekat menghadap keatas.
  - 3) Silangkan plester diatas kanul membentuk huruf V (kupu-kupu).
  - 4) Plester semua bagian lateral ujung kasa
  - 5) Jangan menutup sambungan selang infus dan kanul.
- u. Tekuk selang infus sepanjang lengan, fiksasi dengan plester kedua diatas transparan *dressing* atau kasa 2x2 inchi.
- v. Cek kembali aliran infus sesuai tetesan per menit, atur kecepatan aliran secara manual dengan ulangi hitung tetesan infus dalam *chamber* selama 1 menit menggunakan arloji



Gb.8. Menghitung tetesan infus

- w. Tulis tanggal, waktu pemasangan dan inisial nama perawat, rekatkan diatas balutan infus

- x. Bersihkan dan rapikan peralatan, buang sampah medis secara benar (jarum harus dimasukkan di *safety box*).
- y. Dokumentasikan tindakan: jenis cairan, jumlah tetesan/menit, tempat insersi, tanggal dan jam pemasangan

## 2. Menghitung Tetesan Infus

### Macam-macam selang infus

- a. Mikrodrip, biasanya digunakan untuk klien neonatus, 1cc = 60 tetes
- b. Makrodrip, biasanya digunakan untuk klien anak-anak & dewasa, ada dua macam :
  - 1) 1 cc = 20 tetes (faktor tetesan 20)
  - 2) 1 cc = 15 tetes (faktor tetesan 15)

### Cara menghitung jumlah cairan infus

Jumlah cairan yang masuk per jam (cc/jam) =  $\frac{\text{Program (tetes/menit)}}{\text{Mikrodrip/Makrodrip}} \times 60$

Jumlah cairan yang masuk sehari (cc/24jam) =  $\frac{\text{Program (tetes/menit)}}{\text{Mikrodrip/Makrodrip}} \times 60 \times 24$

### Prosedur menghitung tetesan infus

#### Alat dan bahan

- a. Arloji detik
- b. Alat tulis

#### Prosedur

- a. Cuci tangan
- b. Cek ketepatan pemasangan infus dengan prinsip 6 benar (benar jenis cairan, benar dosis/tetesan, benar klien, benar waktu, benar rute, benar dokumentasi)
- c. Lihat faktor tetesan pada bungkus infus:
  - 1) Mikrodrip: 60 tetes per menit
  - 2) Makrodrip: faktor tetesan 15 (15 tetes per menit)

- 3) Makrodrip: faktor tetesan 20 (20 tetes per menit)
- d. Cek apakah tetesan infus lancar atau tidak
  - e. Kaji area sekitar penusukan jarum infus, apakah ada phlebitis, bengkak dan rasa tidak nyaman
  - f. Atur tetesan sesuai dengan program tetesan secara manual dahulu, caranya yaitu: apabila misalnya program tetesan infus adalah 30 tetes/menit maka perbandingan 60 menit banding 30 tetes atau 2 banding 1, artinya aturlah dengan menghitung dua hitungan “satu, dua” baru ada satu tetesan infus. Contoh lain bila program tetesan adalah 15 tetes/menit maka perbandingan adalah 60 menit banding 15 tetes atau 4 banding 1, artinya aturlah dengan menghitung empat hitungan “satu, dua, tiga, empat” baru ada satu tetesan infus.
  - g. Selanjutnya validasi hitungan dengan menggunakan arloji, dekatkan arloji pada *chamber* dan hitunglah tetesan dalam satu menit penuh, pastikan jumlah tetesan per menit sesuai dengan program
  - h. Catat hasilnya
  - i. Cuci tangan

### **3. Mengganti cairan infus**

Bagi klien yang masih membutuhkan pemberian cairan infus sebagai rehidrasi atau untuk indikasi yang lain, maka sangat memungkinkan tindakan menggantikan cairan infus. Penggantian cairan infus harus dilakukan secara tepat, prinsip cek enam benar penggantian infus harus diterapkan, yaitu benar jenis cairan, benar tetesan infus, benar klien, benar rute, benar waktu dan benar dokumentasi.

#### **Alat dan bahan**

- a. Cairan infus yang sesuai
- b. Arloji detik
- c. Alat tulis dan penanda waktu penggantian cairan infus

### **Prosedur**

- a. Cuci tangan
- b. Ambil cairan IV yang disiapkan, kroscek dengan rekam medis, pastikan jenis cairan tepat sesuai program
- c. Periksa tanggal kadaluwarsa dan kejernihan cairan dalam botol kemasan
- d. Siapkan untuk mengganti cairan bila cairan yang akan digantikan masih di leher kantung atau botol
- e. Yakinkan bahwa ruang tetesan (*chamber*) terisi setengah penuh atau sesuai dengan batas
- f. Siapkan cairan yang baru untuk digantung:
  - 1) Kantung plastik: lepaskan penutup pelindung dari tempat entri
  - 2) Botol kaca: lepaskan penutup logam, plat logam dan plat karet
- g. Atur *roller clamp* dalam posisi *off*
- h. Lepaskan kantung atau botol cairan lama dari tiang gantungan infus
- i. Dengan cepat, lepaskan penusuk botol cairan yang lama tanpa menyentuh ujungnya kemudian masukkan ke dalam katung wadah yang baru
- j. Gantung kantung atau botol yang baru
- k. Yakinkan bahwa *chamber* terisi cairan sesuai batas atau setengahnya
- l. Pastikan tidak ada udara dalam selang dan biarkan cairan baru mengalir melalui selang
- m. Buka klem pengatur
- n. Atur tetesan IV sesuai program
- o. Cuci tangan

#### **4. Perawatan luka infus**

Pemasangan infus yang dilakukan secara terus menerus membutuhkan monitor balutan infus agar tidak terjadi masalah yang tidak diinginkan. Resiko infeksi sangat dimungkinkan pada pemasangan infus. Terjadinya phlebitis atau pembengkakan merupakan indikasi yang perlu diwaspadai pada balutan infus telah terjadi infeksi atau problem. Untuk menghindarkan terjadinya infeksi maka perlu dilakukan perawatan luka infus. Bila balutan

infus menggunakan transparan *dressing* maka kondisi area insersi dapat dimonitor dari luar, hanya ketika transparan dressing menjadi kotor saja maka perlu diganti atau tiga hari setelah pemasangan infus. Namun apabila balutan luka infus menggunakan kassa steril maka setiap hari harus dilakukan penggantian.

#### **Alat dan bahan**

- a. Pinset anatomi
- b. Kassa dan lidi kapas steril
- c. Sarung tangan bersih
- d. Gunting plester
- e. Plester/ hipavix
- f. Alkohol swab
- g. NaCl steril
- h. Bengkok

#### **Prosedur:**

- a. Cuci tangan
- b. Atur posisi klien (tempat tusukan infus terlihat jelas)
- c. Basahi plester dengan menggunakan alkohol, kemudian buka dengan menggunakan pinset
- d. Bersihkan bekas plester menggunakan alkohol
- e. Bersihkan daerah tusukan dan sekitarnya dengan menggunakan NaCl
- f. Tutup dengan kassa steril
- g. Tutup kassa dengan plester atau hipavix
- h. Atur tetesan infus kembali
- i. Cuci tangan

### **5. Menghitung balance cairan**

Keseimbangan cairan merupakan hal yang essensial bagi kesehatan. Tubuh mempertahankan keseimbangan, biasanya dengan proses-proses faal

(fisiologis) yang terintegrasi yang mengakibatkan adanya lingkungan sel yang relatif konstan tapi dinamis. Kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan cairan ini dinamakan “*homeostasis*”. Untuk mengetahui apakah cairan di dalam tubuh klien seimbang atau tidak maka dibutuhkan perhitungan balance cairan. Keseimbangan cairan tubuh adalah keseimbangan antara jumlah cairan yang masuk dan keluar. Melalui mekanisme keseimbangan, tubuh berusaha agar cairan setiap waktu berada dalam jumlah yang tetap/konstan. Ketidakseimbangan terjadi pada keadaan dehidrasi dan intoksikasi air (Perry & Potter, 2013).

### **Tujuan**

Tujuan melakukan penghitungan cairan adalah:

- a. Mengetahui status keseimbangan cairan tubuh
- b. Menentukan tingkat dehidrasi klien
- c. Memudahkan kontrol terhadap keseimbangan cairan elektrolit
- d. Memberikan data untuk menunjukkan efek pemberian diuretik atau terapan rehidrasi
- e. Menentukan kebutuhan cairan klien

### **Indikasi**

Indikasi perhitungan keseimbangan cairan, dilakukan pada klien dengan:

- a. Turgor kulit buruk
- b. Edema
- c. Tekanan darah sangat rendah/tinggi
- d. Gagal jantung kongestif
- e. *Dispnea*
- f. Penurunan haluaran urin
- g. Infus intravena

### **Komposisi Cairan Tubuh**

Cairan tubuh terdiri dari air (pelarut) dan substansi terlarut (zat terlarut)

a. Air

Air merupakan senyawa utama dari tubuh manusia, pada orang dewasa jumlah sekitar 73% dari bagian tubuh seseorang tanpa jaringan lemak (*lean body mass*).

b. Solut (substansi terlarut)

Cairan tubuh mengandung dua jenis substansi terlarut yaitu berupa elektrolit dan non-elektrolit.

Elektrolit: substansi yang berdisosiasi di dalam larutan menjadi ion positif dan negatif dan akan menghantarkan arus listrik. Ion positif dinamakan kation, sedangkan ion negatif dinamakan anion. Jumlah kation dan anion dalam larutan selalu sama. Dalam semua larutan elektrolit, ada keseimbangan antara konsentrasi anion dan kation. Kation ekstraselular utama adalah natrium ( $\text{Na}^+$ ), sedangkan kation intraselular utama adalah kalium ( $\text{K}^+$ ). Sistem pompa terdapat di dinding sel tubuh yang memompa natrium ke luar dan kalium ke dalam. Anion ekstraselular utama adalah klorida ( $\text{Cl}^-$ ), sedangkan anion intraselular utama adalah ion fosfat ( $\text{PO}_4^{3-}$ ). Tubuh menggunakan elektrolit untuk mengatur keseimbangan cairan tubuh. Sel-sel tubuh memilih elektrolit untuk ditempatkan diluar (terutama natrium dan klorida) dan didalam sel (terutama kalium, magnesium, fosfat, dan sulfat). Molekul air, karena bersifat polar, menarik elektrolit. Walaupun molekul air bermuatan nol, sisi oksigennya sedikit bermuatan negatif, sedangkan hidrogennya sedikit bermuatan positif. Oleh sebab itu, dalam suatu larutan elektrolit, baik ion positif maupun ion negatif menarik molekul air disekitarnya.

Non-elektrolit: substansi yang tidak berdisosiasi dalam larutan (seperti glukosa dan urea) dan diukur berdasarkan berat (miligram per 100 ml-mg/dl). Non-elektrolit lainnya yang secara klinis penting mencakup kreatinin dan bilirubin.

### **Keseimbangan cairan dan elektrolit**

Tubuh harus mampu memelihara konsentrasi semua elektrolit yang sesuai didalam cairan tubuh, sehingga tercapai keseimbangan cairan dan elektrolit. Pengaturan ini penting bagi kehidupan sel, karena sel harus secara terus menerus berada didalam cairan dengan komposisi yang benar, baik cairan didalam maupun diluar sel. Mineral makro terdapat dalam bentuk ikatan garam yang larut dalam cairan tubuh. Sel-sel tubuh mengatur kemana garam harus bergerak dengan demikian menetapkan kemana cairan tubuh harus mengalir, karena cairan mengikuti garam.

Keseimbangan cairan tubuh adalah keseimbangan antara jumlah cairan yang masuk dan keluar. Melalui mekanisme keseimbangan, tubuh berusaha agar cairan didalam tubuh setiap waktu berada dalam jumlah yang tetap/konstan. Ketidakseimbangan terjadi pada dehidrasi (kehilangan air secara berlebihan) dan intoksikasi air (kelebihan air). Konsumsi air terdiri atas air yang diminum dan yang diperoleh dari makanan, serta air yang diperoleh sebagai hasil metabolisme. Air dibuang dari tubuh melalui air seni, keringat, dan penguapan air melalui alat pernapasan. Aktivitas tubuh juga akan selalu mengeluarkan cairan dalam bentuk keringat, urin, feses dan nafas. Tubuh akan kehilangan cairan sekitar 2.5 liter setiap hari. Untuk menjaga agar kondisi dan fungsi cairan tubuh tidak terganggu, kehilangan tersebut harus diganti. Jika tubuh tidak cukup mendapatkan air atau kehilangan air maka akan menimbulkan dehidrasi.

### **Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan dan elektrolit**

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan dan elektrolit diantaranya adalah :

- a. Usia: variasi usia berkaitan dengan luas permukaan tubuh, metabolisme yang diperlukan dan berat badan. Cairan tubuh menurun dengan peningkatan usia.
- b. Jenis kelamin: wanita mempunyai air tubuh yang kurang secara proporsional, karena lebih banyak mengandung lemak tubuh

- c. Sel-sel lemak: lemak mengandung sedikit air, sehingga air tubuh menurun dengan peningkatan lemak tubuh
- d. Stres: stres dapat menimbulkan peningkatan metabolisme sel, konsentrasi darah dan glikolisis otot, mekanisme ini dapat menimbulkan retensi sodium dan air. Proses ini dapat meningkatkan produksi ADH dan menurunkan produksi urine
- e. Sakit: keadaan pembedahan, trauma jaringan, kelainan ginjal dan jantung, gangguan hormon akan mengganggu keseimbangan cairan
- f. Temperatur lingkungan: panas yang berlebihan menyebabkan berkeringat. Seseorang dapat kehilangan NaCl melalui keringat sebanyak 15-30 g/hari
- g. Diet: pada saat tubuh kekurangan nutrisi, tubuh akan memecah cadangan energi, proses ini akan menimbulkan pergerakan cairan dari interstisial ke intraselular.

### **Jenis cairan**

Berdasarkan masuk dan keluarnya cairan dari tubuh manusia, cairan dibagi menjadi klasifikasi sebagai berikut:

- a. Intake (cairan masuk): cairan yang dimasukkan ke dalam tubuh, antara lain minum, kandungan cairan dalam makanan, cairan yang masuk melalui parenteral (cairan infus, volume injeksi, transfusi darah, obat yang diberikan melalui drip infus), makanan cair yang dimasukkan lewat NGT (*Naso Gastric Tube*) maupun air metabolisme.
- b. Output (cairan keluar): cairan yang dikeluarkan dari tubuh baik normal maupun abnormal, antara lain urin, pengeluaran abnormal (misalnya faeces cair, muntah, perdarahan, drainase) dan pengeluaran yang tidak bisa dihitung secara langsung (*IWL/Insensible Water Loss*). Penghitungan jumlah urine harus dilakukan dengan menampung urine 24 jam bila klien tidak dilakukan pemasangan kateter, biasanya ditampung di botol air mineral dengan ukuran 1,5 liter.

## **Prosedur menghitung keseimbangan (*balance*) cairan**

### **Alat dan bahan**

- a. Gelas ukur
- b. Alat tulis
- c. Sarung tangan

### **Prosedur**

- a. Cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih
- b. Hitung intake cairan dalam 24 jam:
  - 1) Intake oral (minum) hitung secara akurat dengan menggunakan alat ukur yang tepat
  - 2) Intake oral lain (contoh: kuah sayur, makanan cair, makanan lewat NGT)
  - 3) Intake parenteral, misalnya: cairan infus, transfusi, injeksi
  - 4) Air metabolisme, dengan menggunakan rumus:  $5\text{cc/kgBB/hari}$
  - 5) Hitung total intake cairan dalam 24 jam
- c. Hitung output cairan dalam 24 jam:
  - 1) Output urine, hitung dengan akurat menggunakan alat ukur yang tepat
  - 2) Output abnormal, misalnya: feses cair (diare), muntah, perdarahan, cairan drainage luka, cairan dekompresi
  - 3) IWL  
Keterangan:  
IWL dewasa  $= 10\text{cc/kgBB/hari}$   
IWL anak  $= 30\text{cc/kgBB/hari}$   
IWL peningkatan suhu  $= \text{IWL} + 200 \times (\text{suhu tinggi} - 36,8^\circ\text{C})$
  - 4) Hitung total output cairan dalam 24 jam
- d. Hitung *balance* cairan, yaitu total input cairan dikurangi total output cairan, tuliskan hasilnya apakah positif, negatif atau seimbang (0)

## LATIHAN

### Latihan 1: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Cairan

#### Ilustrasi kasus:

Tn. Sembiring, usia 50 tahun mengalami diare 10 x dan muntah 5 x, turgor kulit 3 detik, kolaborasi dengan tim medis advis rehidrasi cairan parenteral RL 30 tpm.

Soal: Apakah tindakan keperawatan kolaboratif yang harus dilakukan oleh perawat? Bagaimana cara menghitung tetesan infus?

#### Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien akan berada disamping phantom dan akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur pemasangan infus dengan menggunakan phantom khusus untuk pemasangan infus, dimulai dari persiapan alat, persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur memasang infus atau menghitung tetesan infus

#### SOP Pemasangan Infus

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Menyiapkan peralatan: cairan infus, iv cateter, infus set, three way stopcock, transparan dressing atau kassa steril 2x2, alkohol swab, sarung tangan bersih, tourniquet, arloji, bengkok, pengalas, hipavix atau plester, gunting verban, standar infus, pulpen/spidol, safety box, standar/tiang infus	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	1. Memverifikasi data: indikasi pemasangan infus	2		
	2. Mendekatkan alat-alat pada klien	2		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	2		
	2. Memperkenalkan diri dan mengecek identitas klien	2		

	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien	2		
<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan	2		
	2. Mengecek ketepatan cairan: jenis cairan, tanggal kadaluwarsa, dan kejernihan cairan	4		
	3. Membuka penutup botol cairan dan menggantungkan pada standar/tiang infus	2		
	4. Membuka set infus: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengeluarkan set infus dari bungkus dengan mempertahankan kesterilan kedua ujung selang</li> <li>▪ Memosisikan <i>roller clamp</i> ke posisi “off”</li> <li>▪ Menusukkan ujung selang infus ke botol cairan</li> <li>▪ Menggantungkan botol cairan, menempatkan <i>roller clamp</i> pada 2-5 cm dibawah <i>chamber</i></li> <li>▪ Mengisi <i>chamber</i> dengan cairan infus sampai ½ atau sesuai batas</li> </ul>	5		
	5. Mempersiapkan selang infus: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyiapkan bengkok di dekat perawat, melepas penutup ujung selang infus, memegang bagian distal selang dan meletakkan diatas bengkok (jangan menyentuh bengkok)</li> <li>▪ Membuka <i>roller clamp</i> perlahan dan biarkan cairan mengisi selang.</li> <li>▪ Menutup <i>roller clamp</i> ke posisi “off”</li> <li>▪ Memastikan selang bebas dari udara, jika ada udara ketuk udara ke atas</li> <li>▪ Memasangkan <i>three way stop cock</i> pada ujung selang infus (posisi <i>three waystop cock</i> harus tepat), mengalirkan cairan kembali sehingga bebas udara.</li> <li>▪ Menggantungkan selang infus pada tiang infus</li> </ul>	5		
	6. Memilih pembuluh darah vena secara tepat	4		
	7. Memasang tourniquet dan menstabilkan vena	4		
	8. Melakukan desinfeksi pada area yang akan diinsersi	4		
	9. Melakukan insersi, memasukkan iv cateter ke pembuluh darah venadengan ujung jarum menghadap keatas (sudut 30 derajat sesuai arah vena)	5		
	10. Mengobservasi adanya darah pada jarum.Mahasiswa mengatakan “darah tampak pada ujung jarum”	4		
	11. Menarik sedikit mandrin keluar kemudian memasukkan seluruh cateter intra vena kedalam pembuluh darah vena	4		
	12. Melepaskan mandarin	4		
	13. Menyambungkan ujung infus set dengan cateter intravena secara aman dan cepat, kencangkan	4		
	14. Menstabilkan kateter dengan satu tangan dan tangan lain melepas tourniquet	4		
	15. Membuka <i>roller clamp</i> dan biarkan cairan mengalir	4		
	16. Memasang transparan dressing atau kassa steril secara tepat	4		
	17. Memfiksasi dengan plester/hipavix secara tepat	4		
	18. Melepas sarung tangan dan menyempurnakan fixasi	2		
	19. Menghitung tetesan infus sesuai program	4		
	20. Menempelkan tulisan nama perawat, tanggal dan jam pemasangan infus diatas balutan	4		
	21. Mencuci tangan	2		

<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	2		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	2		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	2		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	2		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	2		
Total		100		

### SOP Menghitung Tetesan Infus

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> arloji detik, alat tulis	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada	3		
	2. Menyiapkan alat-alat dan dekatkan ke klien	3		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri, mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan	3		
<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	2		
	2. Mencuci tangan	3		
	3. Melaksanakan ketentuan 6 benar pemberian obat	10		
	4. Melihat faktor tetesan pada bungkus infus set: a. Mikrodrip: 60 tetes per menit b. Makrodrip: faktor tetesan 20 (20 tetes per menit) c. Makrodrip: faktor tetesan 15 (15 tetes per menit)	5		
	5. Melihat apakah tetesan infus lancar atau tidak	10		
	6. Mengkaji area sekitar penusukan jarum infus, apakah ada flebitis, bengkak dan rasa tidak nyaman	10		
	7. Menghitung tetesan infus secara manual	8		
	8. Mengatur dan menghitung tetesan infus menggunakan arloji, dekatkan arloji pada <i>chamber</i> dan hitung dalam satu menit penuh, pastikan jumlah tetesan per menit sesuai dengan program	10		
	9. Mencuci tangan	3		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	3. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	4. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	5. Berpamitan	3		
	6. Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	4. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	5. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	6. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

## Latihan 2: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Cairan

### Ilustrasi kasus:

Ny. Sambi, 40 tahun, pada saat pengkajian ulang masih mengalami diare sebanyak 3 kali, tidak muntah, dan intake minum masih kurang. Klien masih membutuhkan cairan infus. Pada saat operan jaga cairan infus sudah berada pada leher botol dan balutan infus kotor.

### Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien akan berada disamping phantom dan akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur mengganti cairan infus dan perawatan luka infus dengan menggunakan phantom khusus, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur mengganti cairan infus atau prosedur perawatan luka infus

### SOP Mengganti Cairan Infus

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> botol atau kantong cairan IV sesuai program, plester waktu	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	1. Verifikasi data sebelumnya	3		
	2. Siapkan alat-alat dan dekatkan ke klien	3		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		

<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	4		
	2. Mencuci tangan	4		
	3. Mengambil cairan IV yang disiapkan dan melakukan kroscek dengan rekam medis, pastikan cairan tepat.	4		
	4. Mengecek kejernihan cairan dan tanggal kadaluwarsa pada label/kemasan	4		
	5. Menyiapkan untuk mengganti cairan bila masih di leher kantung atau botol	4		
	6. Memastikan bahwa ruang tetesan terisi setengah penuh	2		
	7. Menyiapkan cairan yang baru untuk digantung: a. Kantung plastik: lepaskan penutup pelindung dari tempat entri b. Botol kaca: lepaskan penutup logam, plat logam dan plat karet	4		
	8. Mengatur <i>roller clamp</i> pada posisi off.	4		
	9. Melepaskan kantung atau botol cairan lama dari tiang gantungan IV	4		
	10. Dengan cepat, melepaskan penusuk wadah yang lama tanpa menyentuh ujungnya kemudian masukkan ke dalam katung wadah yang baru	5		
	11. Menggantungkan botol/kantung cairan yang baru	5		
	12. Memastikan bahwa chamber terisi cairan	4		
	13. Memeriksa tidak ada udara dalam selang dan membiarkan cairan baru mengalir melalui selang	4		
	14. Membuka klem pengatur	4		
	15. Mengatur tetesan IV sesuai program	4		
	16. Mencuci tangan	4		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

### SOP Perawatan Luka Infus

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> pinset anatomi, kassa, lidi kapas dan sarung tangan bersih; gunting plester; plester/ hipavix; alkohol swab; NaCl steril; bengkok	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	1. Verifikasi data sebelumnya	3		
	2. Siapkan alat-alat dan dekatkan ke klien	3		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	3		

	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		
<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	3		
	2. Mencuci tangan	5		
	3. Mengatur posisi klien (tempat tusukan infus terlihat jelas)	5		
	4. Mengatur <i>roller clamp</i> pada selang infus dalam posisi <i>off</i>	5		
	5. Membasahi plester dengan menggunakan alkohol, kemudian buka dengan menggunakan pinset	5		
	6. Membersihkan bekas plester	5		
	7. Membersihkan daerah tusukan dan sekitarnya dengan menggunakan NaCl	6		
	8. Menutup dengan kassa steril	10		
	9. Memasang plester penutup	5		
	10. Mengatur tetesan infus sesuai program	10		
	11. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

### Latihan 3: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Cairan

#### Ilustrasi kasus:

Tn. C dipasang infus RL 20 tetes/menit (tpm), makrodrip, faktor tetesan 15.

Soal:

- Dalam waktu 1 jam berapa cc cairan RL yang masuk kedalam tubuh Tn.C?
- Bila 1 flabot RL = 500 cc, maka 1 flabot RL habis dalam berapa jam?
- Dalam 24 jam berapa cc cairan RL yang masuk kedalam tubuh Tn. C?

Jawab:

- Cairan RL yang masuk kedalam tubuh Tn. C adalah  $= \underline{20} \times 60 \text{ cc/jam}$

15

$$= 20 \times 4 \text{ cc/jam} = \mathbf{80 \text{ cc/jam}}$$

- 1 flabot RL (500 cc) akan habis dalam waktu  $= \underline{500} = \mathbf{6,25 \text{ jam}}$

80

c. Cairan yang masuk kedalam tubuh Tn. C dalam 24 jam adalah =

$$\frac{20}{15} \times 60 \text{ cc/jam} \times 24 \text{ jam} = 80 \times 24 = \mathbf{1920 \text{ cc}}$$

15

#### **Latihan 4: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Cairan**

##### **Ilustrasi Kasus**

Tn. K usia 75 tahun membutuhkan cairan RL sebanyak 1000cc dalam 24 jam.

Soal:

- berapa cc/jam dan berapa tts/mnt cairan yang diberikan untuk klien dengan menggunakan tetesan mikrodrip?
- berapa cc/jam dan berapa tts/mnt cairan yang diberikan untuk klien dengan menggunakan tetesan makrodrip faktor tetesan 15?
- berapa cc/jam dan berapa tts/mnt cairan yang diberikan untuk klien dengan menggunakan tetesan makrodrip faktor tetesan 20?

##### **Jawaban**

Perhitungan cairan dijadikan cc/jam terlebih dahulu:  $\frac{1000 \text{ cc}}{24 \text{ jam}} = \mathbf{41,66 \text{ cc/jam}}$

24 jam

$$\text{a. } 41,66 \text{ cc/jam} = 41,66 \times \frac{60}{60} = \mathbf{41,66 \text{ tts/mnt}}$$

$$\text{b. } 41,66 \text{ cc/jam} = 41,66 \times \frac{15}{60} = \mathbf{10,4 \text{ tts/mnt}}$$

$$\text{c. } 41,66 \text{ cc/jam} = 41,66 \times \frac{20}{60} = \mathbf{13,9 \text{ tts/mnt}}$$

#### **Latihan 5: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Cairan**

##### **Ilustrasi Kasus**

Seorang laki-laki, berusia 50 th, BB = 65kg, dirawat tanggal 21 Oktober 2018 jam 02.00 karena GE. Pengkajian data dari 20 Oktober 2018 jam 07.00 sampai dengan jam 07.00 tanggal 21 Oktober 2018, diperoleh data: frekwensi BAB cair 8x sebanyak 350 cc, muntah 100 cc, minum hanya sedikit 300 cc, bak 250 cc, suhu

39°C. Klien mendapatkan injeksi Cefotaxim 3x1gr (setiap 1gr dioplos dengan 5 cc aquabidest) diberikan secara iv dan terapi Infus RL 30 tts/mnt makrodrip (faktor tetesan 20) diberikan sejak jam 02.00 tanggal 21 Februari 2016. Hitung *balance* cairan klien dalam 24 jam!

**Tugas:**

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur menghitung *balance* cairan, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur penghitungan *balance* cairan dengan menggunakan model klien (probandus) untuk menjawab seluruh pertanyaan dari perawat, dimulai dari persiapan alat, persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Pada saat menilai prosedur gunakan SOP menghitung *balance* cairan.

**SOP Menghitung *Balance* Cairan**

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TIDAK
	Mempersiapkan alat: alat tulis, format <i>balance</i> , gelas ukur urine	3		
<b>A.</b>	<b>FASE PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mendekatkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri, mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Menanyakan kesiapan klien dan jaga privasi	5		
	2. Mencuci tangan	5		
	3. Melakukan wawancara dan menghitung input cairan secara akurat:	15		
	a. Menghitung intake oral (minum)			
	b. Menghitung intake oral lain (contoh: kuah sayur, makanan cair)			
	c. Menghitung intake parenteral dan injeksi			

	d. Menghitung cairan metabolisme			
	4. Menghitung Output dengan akurat	15		
	a. Menghitung output urine			
	b. Menghitung output abnormal (muntah, perdarahan, drain, dll)			
	c. Menghitung IWL			
	5. Menghitung balance cairan	15		
	6. Cuci tangan	5		
	<b>D. FASE TERMINASI</b>			
	1. Menyampaikan hasil perhitungan balance cairan	4		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
	4. Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi	3		
	<b>E. PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
	Total	100		

### Hasil perhitungan *balance cairan*:

*Balance* cairan dihitung dari jam 07.00 tanggal 20 Oktober 2018 s/d jam 07.00 tanggal 21 Oktober 2018.

Intake:	Minum	=	300 cc
	Makanan cair	=	-
	Infus	=	450 cc (perhitungan $30 \times \frac{60}{20} \times 5$ jam)
	Injeksi	=	15 cc (perhitungan $3 \times 5$ cc)
	Air metabolisme	=	325 cc (perhitungan $5 \text{cc} \times 65 \text{kg}$ )
	Jumlah	=	1090 cc
Output:	Urine	=	250 cc
	Muntah	=	100 cc
	BAB cair	=	350 cc
	Jumlah	=	700 cc
	IWL	=	$1090 \text{ cc} \{ \text{perhitungan } 650 \text{cc} + (200 \text{cc} \times 2,2) \}$
<i>Balance</i> cairan		=	$1090 \text{ cc} - (700 \text{cc} + 1090 \text{cc})$
		=	- <b>700cc</b> (kekurangan cairan 700 cc)

### **Petunjuk Evaluasi Latihan**

- a. Lakukan evaluasi praktikum pemasangan infus, menghitung tetesan infus, menghitung balance cairan dengan menggunakan format penilaian yang telah disediakan.
- b. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

### **RANGKUMAN**

Pemasangan infus bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidrasi (rehidrasi) pada klien yang mengalami ketidakseimbangan cairan akibat pengeluaran output yang berlebihan. Keseimbangan cairan penting dilakukan untuk mengetahui apakah hidrasi di dalam tubuh klien seimbang ataukah mengalami kelebihan atau kekurangan cairan.

### **TEST FORMATIF 2**

1. Termasuk intake cairan dibawah ini adalah:
  - A. Kuah sayur
  - B. Diare
  - C. Drainase luka
  - D. Keringat
  - E. IWL
2. Termasuk output cairan dibawah ini adalah:
  - A. Injeksi
  - B. Infus
  - C. Air metabolisme
  - D. Transfusi darah
  - E. Perdarahan
3. Pada saat memasang infus klien pertama kali, maka pilihlah pembuluh darah vena dengan kriteria:
  - A. Lurus, tidak bercabang, di persendian
  - B. Proksimal, pembuluh darah besar, tidak untuk aktivitas

- C. Daerah ekstremitas sebelah kanan, proksimal, lurus
  - D. Daerah distal, lurus dan tidak bercabang
  - E. Lurus, di persendian, mudah difiksasi
4. Jumlah air metabolisme pada klien dengan BB 50 kg adalah:
- A. 230 cc
  - B. 240 cc
  - C. 250 cc
  - D. 260 cc
  - E. 270 cc
5. Ny. Galih mengalami perdarahan dan dipasang infus NaCl 45 x/menit, apabila faktor tetesan 20 maka cairan infus NaCl yang masuk dalam 10 jam adalah ..... cc:
- A. 1350
  - B. 1450
  - C. 1600
  - D. 1700
  - E. 1800

### **UJI KETRAMPILAN**

#### **Soal kasus:**

Tn. Timbul, usia 70 tahun, dirawat di RS dengan keluhan muntah berulang-ulang lebih dari lima kali jumlah banyak, klien mengeluh lemas, mata cekung, turgor kulit 2 detik, kolaborasi tim medis, pasang infus RL 30 x/menit.

#### **Tugas:**

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada klien tersebut
2. Gunakan SOP secara tepat.

### **UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT**

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia. Penilaian tes

formatif dengan cara mencocokkan jawaban Anda dengan kunci jawaban test formatif 2 yang terletak pada bagian akhir modul ini.

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 3**

### **PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI**

Sebelum mengikuti kegiatan praktek ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan kebutuhan nutrisi pada klien dan memahami praktikum keperawatan dasar pada praktikum 1 dan 2.

Kegiatan praktikum 3 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana mempertahankan termoregulasi pada bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktikum 3 ini, diharapkan Anda dapat melakukan prosedur:

1. Pemberian makanan melalui oral
2. Pemberian minum melalui oral
3. Pemberian makanan lewat NGT

#### **POKOK MATERI**

Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada klien merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Nutrisi yang baik dapat meningkatkan stamina klien dan mempercepat kesembuhan.

#### **1. Pemberian makanan melalui oral**

Tubuh dalam melakukan metabolisme membutuhkan nutrisi seimbang. Pada kondisi klien sedang sakit, maka perawat harus memfasilitasi agar klien tetap memperoleh nutrisi dengan baik. Terkadang karena kelemahan fisik, psikologis atau karena penyakitnya, klien tidak bisa memenuhi kebutuhan nutrisinya secara mandiri. Kondisi seperti ini membutuhkan uluran tangan perawat secara tulus untuk membantu klien memenuhi kebutuhannya.

#### **Alat dan bahan:**

- a. Menu sesuai program
- b. Alat makan
- c. Pengalas

- d. Tissue
- e. Minum air putih

**Prosedur:**

- a. Cuci tangan
- b. Atur posisi klien (duduk apabila klien mampu atau sesuai dengan kondisi)
- c. Pasang pengalas
- d. Cek apakah terdapat obat oral yang harus diberikan sebelum atau setelah makan
- e. Tawarkan ke klien untuk berdoa sebelum makan
- f. Tanyakan apakah klien mau minum sebelum makan
- g. Bantu aktivitas dengan cara menyuap atau memberi makanan sedikit demi sedikit dan berikan minum sesudah makan
- h. Selesai makan, bersihkan mulut dan anjurkan klien untuk duduk sebentar
- i. Lakukan evaluasi: berapa porsi makan yang dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi dan keluhan selama dan setelah klien makan.
- j. Cuci tangan

**2. Pemberian minum oral**

Pemberian minum pada klien sebenarnya berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan cairan namun dalam aplikasinya pada saat memberikan nutrisi oral biasanya akan diikuti dengan pemberian minum oral.

**Alat dan bahan:**

- a. Gelas berisi cairan sesuai program
- b. Sendok atau sedotan
- c. Tissue
- d. Pengalas

**Prosedur:**

- a. Cuci tangan

- b. Atur posisi klien (duduk apabila klien mampu atau sesuai dengan kondisi)
- c. Pasang pengalas
- d. Tawarkan ke klien untuk berdoa sebelum minum
- e. Bantu aktivitas yaitu memberikan minum sedikit demi sedikit dengan menggunakan sendok atau sedotan sesuai dengan kondisi klien
- f. Selesai minum, bersihkan mulut dan anjurkan klien untuk duduk sebentar
- g. Lakukan evaluasi: berapa cc yang telah diminum oleh klien, apakah terdapat keluhan klien selama dan setelah minum
- h. Cuci tangan

### **3. Pemberian makanan cair lewat NGT**

Memberikan makan cair melalui selang lambung (enteral) adalah proses memberikan nutrisi melalui saluran cerna dengan menggunakan selang NGT (*Naso Gastric Tube*) ke arah lambung. Pemberian nutrisi melalui pipa penduga atau lambung merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral atau tidak mampu menelan. Pemberian makan lewat NGT adalah memasukkan makanan cair, kadang-kadang disertai obat melalui *naso gastric tube*.

#### **Tujuan**

Tujuan pemberian makan cair lewat NGT adalah:

- a. Mempertahankan status nutrisi
- b. Pemberian obat langsung ke saluran cerna
- c. Mempertahankan fungsi imunologik dan integritas saluran cerna
- d. Memberikan obat-obatan dan makanan langsung ke dalam saluran pencernaan

#### **Indikasi**

Indikasi klien dilakukan pemberian makanan cair lewat NGT, adalah:

- a. Klien yang tidak dapat makan/menelan secara langsung atau klien tidak sadar

- b. Klien yang terus-menerus tidak mau makan sehingga membahayakan kesehatan, misalnya klien dengan gangguan jiwa.
- c. Klien yang muntah terus-menerus
- d. Klien yang tidak dapat mempertahankan nutrisi oral adekuat
- e. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Premature, Dismature (dengan pemberian OGT/*Oro Gastric Tube*)
- f. Perdarahan GI (Gastrointestinal)
- g. *Trauma multiple*, pada dada dan abdomen
- h. Pencegahan aspirasi penderita dengan intubasi jangka panjang.
- i. Operasi abdomen
- j. Obstruksi saluran cerna

### **Kontraindikasi**

Klien yang tidak direkomendasikan untuk dilakukan pemasangan NGT adalah:

- a. Fraktur tulang-tulang wajah dan dasar tengkorak
- b. Klien dengan operasi esofagus dan lambung (sebaiknya NGT dipasang saat operasi)

### **Prosedur Memberikan Makanan lewat NGT**

#### **Alat dan bahan:**

- a. Sarung tangan bersih
- b. Spuit ukuran 50 cc
- c. Bengkok
- d. Corong
- e. Gelas ukur
- f. Sendok / pengaduk
- g. Spuit 5/10 cc
- h. Makanan cair sesuai program (hangat)
- i. Air matang (hangat)

- j. Bila ada obat yang harus diberikan, dihaluskan terlebih dahulu dan dicampurkan dalam makanan/air, diberikan terakhir.
- k. Perlak/pengalas

**Prosedur:**

- a. Cek program pemberian nutrisi & pemberian obat oral melalui NGT
- b. Cuci tangan
- c. Cek kehangatan makanan cair
- d. Ukur jumlah cc makanan cair dan air matang untuk pembilas
- e. Tempatkan alat di dekat klien
- f. Lakukan komunikasi terapeutik: berikan salam, perkenalkan diri, cek identitas klien, sampaikan tujuan dan prosedur
- g. Atur posisi klien dalam posisi semi fowler /fowler (jika tidak ada kontraindikasi)
- h. Pasang pengalas di atas dada
- i. Pakai sarung tangan
- j. Cek adanya residu lambung dan ukur jumlah residu



Gb.9. Mengecek residu lambung

- k. Pasang corong
- l. Masukkan air matang ke dalam corong, buka klem, tinggikan 30 cm, klem kembalisebelum air habis(pastikan tidak ada udara yang masuk)



Gb.10. Masukkan air matang pada selang NGT

- m. Masukkan makanan cair ke dalam corong, buka klem, tinggikan 30 cm, klem kembali sebelum makanan cair habis (pastikan tidak ada udara yang masuk)
- n. Masukkan air matang pembilas ke dalam corong, buka klem, tinggikan 30 cm, sebelum air habis klem kembali (pastikan tidak ada udara yang masuk)
- o. Tutup ujung NGT dengan spuit/klem
- p. Bersihkan dan keringkan selang dengan tissue
- q. Rapikan klien
- r. Lakukan evaluasi: jumlah makanan cair dan air matang yang masuk, respon klien selama dan setelah memperoleh makan cair lewat NGT

## **LATIHAN**

### **Latihan 1: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi**

#### **Ilustrasi kasus:**

Tn. Purwanto, usia 30 tahun mengalami kecelakaan lalu lintas, mengalami fraktur pada *clavicula dextra*. Untuk memenuhi kebutuhan *daily activity* klien membutuhkan bantuan orang lain. Saat ini jam makan siang dan klien tidak ada yang menunggu.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat?

**Tugas:**

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien melakukan instruksi yang disampaikan oleh perawat dan akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur pemberian makanan dan minuman melalui oral dengan model klien (probandus), dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur memberikan makanan atau minuman melalui oral

**SOP Penilaian Pemberian Makanan Melalui Oral**

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TDK
	<b>Persiapan alat:</b> menu makanan sesuai program, alat makan, tissue, pengalas	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	Meletakkan makanan dan alat ke dekat klien	3		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri dan mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		
<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan	8		
	2. Mengatur posisi klien (duduk apabila klien mampu atau sesuai dengan kondisi klien)	8		
	3. Memasang pengalas	6		
	4. Mengecek obat oral yang harus diberikan sebelum atau setelah makan	8		
	5. Menawarkan kepadaklien untuk berdoa sebelum makan	8		
	6. Menanyakan apakah klien mau minum dulu	5		
	7. Membantu aktivitas dengan cara menyuap atau memberi makanan sedikit demi sedikit dan memberikan minum sesudah makan	8		
	8. Membersihkan mulut dan menganjurkan klien untuk duduk sebentar	8		

	9. Mencuci tangan	8		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan: berapa porsi makan yang dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi dan keluhan selama dan setelah klien makan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

### SOP Penilaian Pemberian Minum Melalui Oral

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> gelas berisi cairan sesuai program, sendok atau sedotan, tissue, pengalas	3		
<b>A.</b>	<b>Tahap Preinteraksi</b>			
	1. Verifikasi data sebelumnya bila ada	3		
	2. Siapkan alat-alat dan dekatkan ke klien	3		
<b>B.</b>	<b>Tahap Orientasi</b>			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien	3		
<b>C.</b>	<b>Tahap Kerja</b>			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	8		
	2. Mencuci tangan	8		
	3. Mengatur posisi klien (duduk apabila klien mampu atau sesuai dengan kondisi klien)	8		
	4. Memasang pengalas	8		
	5. Menawarkan klien untuk berdoa sebelum minum	8		
	6. Membantu aktivitas yaitu memberikan minum sedikit demi sedikit dengan menggunakan sendok atau sedotan sesuai dengan kondisi klien	8		
	7. Membersihkan mulut dan anjurkan klien untuk duduk sebentar	8		
	8. Mencuci tangan	8		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan: berapa cc yang telah diminum oleh klien, apakah terdapat keluhan klien selama dan setelah minum	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

## Latihan 2: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

### Ilustrasi kasus:

Ny. Sarni, usia 50 tahun dirawat karena Stroke Haemorrhagik, mengalami kelemahan pada otot facial sehingga tidak bisa mengkonsumsi makanan lewat oral namun dibantu dengan pemberian makanan cair lewat NGT. Program diet: makanan cair 3 x 150 cc, tidak ada obat oral yang diberikan.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat?

### Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien melakukan instruksi yang disampaikan oleh perawat dan akan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur pemberian makanan cair lewat NGT, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP Pemberian Makanan Cair Lewat NGT

### SOP Pemberian Nutrisi Melalui NGT

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TDK
	<b>Persiapan alat:</b> corong atau spuit 50cc, klem, tissue, pengalas, gelas ukur, makanan dalam bentuk cair, sendok, air matang, obat (bila ada, haluskan), bengkok, klem, sarung tangan bersih	3		
<b>A. Fase Pra Interaksi</b>				
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B. Fase Orientasi</b>				
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri, mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C. Fase Kerja</b>				
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Mengatur posisi semi fowler, memasang pernak dan pengalas pada dada klien	6		

	3. Mengecek kehangatan makanan cair, dan mengukur makanan cair	6		
	4. Melakukan aspirasi isi lambung untuk memastikan posisi NGT	6		
	5. Mengukur jumlah residu			
	6. Menutup klem dan memasang corong	6		
	7. Memasukan air matang, membuka selang dan meninggikan 30 cm, mengalirkan air matang (pastikan tidak ada udara yang masuk)	6		
	8. Menutup kembali klem sebelum air habis	6		
	9. Memasukan makanan cair, membuka klem dan meninggikan 30 cm, mengalirkan makanan cair, menutup kembali klem sebelum makanan cair habis (pastikan tidak ada yang masuk)	6		
	10. Membilas selang dengan memasukkan air matang	6		
	11. Menutup kembali ujung NGT dengan klem	6		
	12. Mencuci tangan	5		
	<b>D. Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan: jumlah makanan cair dan air matang yang masuk, respon klien selama dan setelah memperoleh makan cair lewat NGT	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
	<b>E. Penampilan Selama Tindakan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
	Total	100		

### **Petunjuk Evaluasi Latihan**

- a. Lakukan evaluasi praktikum pemberian makanan/minuman melalui oral dan pemberian makanan cair lewat NGT dengan menggunakan format penilaian yang telah disediakan.
- b. Hitunglah skor yang Anda peroleh dan ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

### **RANGKUMAN**

Pemberian nutrisi pada klien bermanfaat untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan membantu metabolisme. Diharapkan dengan kebutuhan nutrisi yang terpenuhi maka pada saat klien sedang sakit energi yang didapatkan bisa digunakan untuk melawan penyakit. Klien akan memperoleh kesembuhan lebih cepat.

### TEST FORMATIF 3

1. Evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan makanan melalui oral adalah:

1. Jumlah makanan
2. Menu yang dikonsumsi
3. Keluhan klien pada saat makan
4. Keluhan klien pada saat setelah makan

Jawablah A: bila pernyataan 1,2,3 benar; B: bila pernyataan 1 dan 3 benar; C: bila pernyataan 2 dan 4 benar; D: bila pernyataan 4 saja benar; E: bila pernyataan 1,2,3 dan 4 benar

2. Evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan makanan cair lewat NGT adalah:

1. Keluhan keluarga tentang menu makanan
2. Jumlah makanan cair dan minuman yang masuk
3. Ukuran NGT yang dipakai
4. Respon klien selama dan setelah tindakan

Jawablah A: bila pernyataan 1,2,3 benar; B: bila pernyataan 1 dan 3 benar; C: bila pernyataan 2 dan 4 benar; D: bila pernyataan 4 saja benar; E: bila pernyataan 1,2,3 dan 4 benar

3. Pada saat memasukkan makanan cair lewat NGT tidak diperbolehkan udara masuk. Hal ini disebabkan karena:

- A. Bisa menjadi emboli udara
- B. Menyebabkan klien muntah
- C. Menurunkan tekanan darah
- D. Mencegah penumpukan udara dalam lambung
- E. Menyebabkan diare

4. Klien diposisikan semi fowler pada saat pemberian makanan cair lewat NGT, bertujuan untuk:

- A. Mencegah terjadinya refluk cairan
- B. Memberikan rasa nyaman pada klien
- C. Merupakan posisi yang paling aman
- D. Mencegah diare

E. Menurunkan tekanan darah

### **UJI KETRAMPILAN**

#### **Soal kasus:**

Tn. Dono, usia 50 tahun, dirawat di rumah sakit karena mengalami penurunan kesadaran, pemeriksaan kesadaran somnolen, klien terpasang NGT, program diet 3x250 cc melalui NGT.

#### **Tugas:**

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada klien tersebut
2. Gunakan SOP yang tepat.

### **UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT**

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia. Penilaian tes formatif dengan cara mencocokkan jawaban Anda dengan kunci jawaban test formatif 1 yang terletak pada bagian akhir modul ini.

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 4**

### **PRAKTIKUM KEPERAWATAN PADA PEMENUHAN KEBUTUHAN ELIMINASI**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan kebutuhan eliminasi dan telah memahami kegiatan praktikum 1, 2, dan 3.

Kegiatan praktikum 4 akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi, yaitu meliputi: membantu eliminasi BAB/BAK klien diatas tempat tidur, memasang diapers, perawatan kateter pada pria dan wanita.

#### **TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM**

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 4 ini, diharapkan Anda dapat melakukan:

1. Membantu eliminasi BAB klien diatas tempat tidur
2. Membantu eliminasi BAK klien diatas tempat tidur
3. Memasang diapers
4. Perawatan kateter

#### **POKOK MATERI**

##### **1. Membantu eliminasi BAB klien diatas tempat tidur**

Beberapa klien yang mengalami kelemahan fisik maka karena kelemahannya klien tidak mampu untuk melaksanakan toileting secara mandiri. Pada saat klien mengalami kelemahan, maka perawat akan menjadi mata bagi klien untuk melihat, menjadi tangan bagi klien untuk mengambil sesuatu, membersihkan dan merapikan, menjadi kaki bagi klien untuk berjalan dan berpindah dari satu posisi ke posisi yang lain. Pada saat klien tidak mampu memenuhi kebutuhan eliminasi, maka perawat pun harus tampil ke depan untuk membantu klien. Membantu eliminasi BAB/BAK klien diatas tempat tidur merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien yang

tidak mampu buang air besar secara mandiri, yang disebabkan oleh adanya gangguan aktivitas, adanya luka di daerah ekstremitas bawah, mengalami penurunan kesadaran, kelemahan, harus bed rest total, dan sebagainya dengan menggunakan pispot (penampung) untuk buang air besar diatas tempat tidur.

### **Alat dan bahan**

- a. Pispot
- b. Botol berisi air cebok
- c. Kipas cebok dalam tempatnya
- d. Selimut mandi
- e. Sarung tangan
- f. Tissue
- g. Perlak dan pengalas
- h. Sabun

### **Prosedur**

- a. Cuci tangan
- b. Jaga privasi
- c. Pasang *side rille* tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat
- d. Pakai sarung tangan
- e. Pasang selimut mandi
- f. Buka pakaian bawah dan tutup dengan menggunakan selimut
- g. Anjurkan klien untuk menekuk lutut dan mengangkat bokong
- h. Letakkan pispot tepat dibagian bawah bokong
- i. Bila tidak ada kontraindikasi, tinggikan kepala tempat tidur 30°C
- j. Yakinkan posisi klien tepat dan nyaman, tutup bagian bawah dengan selimut
- k. Anjurkan klien BAB
- l. Bila sudah selesai BAB, anjurkan kaki klien untuk diregangkan, bersihkan daerah anus dan bokong dengan menggunakan (air cebok,

kapas cebok) sampai bersih dan keringkan dengan menggunakan tissue.

Selanjutnya angkat pispot, tutup dan turunkan

- m. Lepas sarung tangan buang pada tempat sampah
- n. Cuci tangan

## **2. Membantu BAK diatas tempat tidur**

### **Alat dan bahan:**

- a. Urinal/ pispot
- b. Botol berisi air cebok
- c. Kapas cebok dalam tempatnya
- d. Selimut mandi
- e. Sarung tangan
- f. Tissue
- g. Perlak dan pengalas
- h. Sabun

### **Prosedur:**

- a. Cuci tangan
- b. Pakai sarung tangan bersih
- c. Jaga privasi
- d. Pasang *side rile* tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat
- e. Bantu klien posisi baring atau duduk
- f. Pasang selimut mandi
- g. Buka pakaian bawah dan tutup dengan menggunakan selimut
- h. Berikan posisi miring berlawanan dengan perawat, kemudian pasang perlak dan pengalas
- i. Bantu klien BAK (pria: masukkan ujung penis klien dalam urinal dan anjurkan klien untuk memegang urinal jika mampu; sedangkan pada wanita: berikan pispot, letakkan di bawah bokong)
- j. Yakinkan posisi klien tepat dan nyaman, tutup bagian bawah dengan selimut

- k. Anjurkan klien BAK
- l. Apabila sudah selesai BAK, bersihkan daerah genitalia dengan menggunakan (air cebok, sabun, kapas cebok) sampai bersih dan keringkan dengan menggunakan tissue. Angkat pispot/urinal, tutup dan turunkan.
- m. Lepas sarung tangan dan cuci tangan

### 3. Memasang diapers

#### Alat dan bahan:

- a. Diapers dengan ukuran yang sesuai
- b. Botol berisi air cebok
- c. Kapas cebok dalam tempatnya
- d. Selimut mandi
- e. Sarung tangan dan masker
- f. Tissue
- g. Perlak dan pengalas
- h. Sabun
- i. Bengkok
- j. Kantong plastik hitam

#### Prosedur:

- a. Cuci tangan
- b. Pakai sarung tangan bersih dan masker
- c. Jaga privasi
- d. Pasang *side rile* tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat
- e. Pasang selimut mandi
- f. Buka pakaian bawah dan tutup dengan menggunakan selimut
- g. Buka bagian depan diapers yang dipakai klien
- h. Berikan posisi miring berlawanan dengan perawat, kemudian pasang perlak dan pengalas

- i. Buka diapers, gulung bagian diapers yang kotor sehingga tampak sisi bersih luar diapers
- j. Bersihkan daerah perianal klien dengan kapas cebok dan sabun, bilas dengan air bersih
- k. Buang sampah kapas cebok pada kantong plastik hitam
- l. Pastikan daerah perianal bersih
- m. Siapkan diapers baru pada sisi yang sudah bersih
- n. Anjurkan dan bantu klien untuk miring ke sisi menghadap perawat, tutup side rile di depan perawat
- o. Perawat bergerak ke sisi belakang klien, bersihkan perianal dengan sabun bilas dengan air bersih, gulung diapers kotor dan buang di kantong plastik hitam, pastikan daerah perianal bersih, keringkan dengan tissue
- p. Buka gulungan diapers bersih yang sudah disiapkan, pakaikan diapers bersih dan rapikan
- q. Lepas sarung tangan
- r. Cuci tangan

#### **4. Perawatan kateter**

Pemasangan kateter urine merupakan tindakan memasukkan selang kateter ke dalam kandung kemih melalui uretra dengan tujuan mengeluarkan urine. Pemasangan kateter urine dapat menyebabkan hal-hal yang mengganggu kesehatan sehingga prosedur ini hanya dilakukan bila diperlukan serta harus dilakukan dengan hati-hati. Agar tidak terjadi infeksi setelah pemasangan kateter maka harus dilakukan perawatan kateter secara rutin setiap hari.

Perawatan kateter adalah suatu tindakan keperawatan dalam memelihara kateter dengan prinsip aseptik, membersihkan ujung uretra dan sekitarnya termasuk selang kateter bagian luar serta mempertahankan kepatenan posisi kateter.

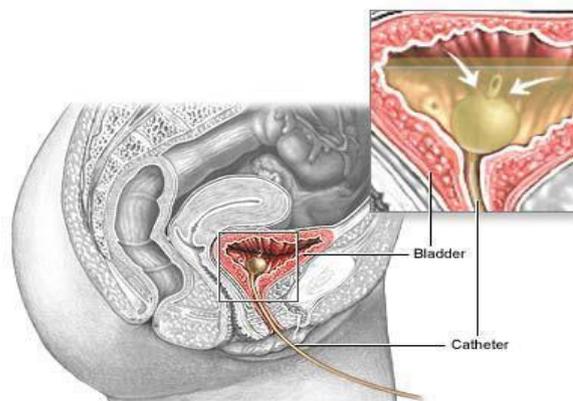
#### **Tujuan**

- a. Menjaga kebersihan saluran kencing

- b. Mempertahankan kepatenan (fiksasi) kateter
- c. Mencegah terjadinya infeksi
- d. Mengendalikan infeksi

### Indikasi

Dilakukan pada klien yang terpasang kateter secara menetap baik laki-laki maupun perempuan.



Gb.11. Tempat pemasangan kateter

### Jenis-jenis pemasangan kateter urine

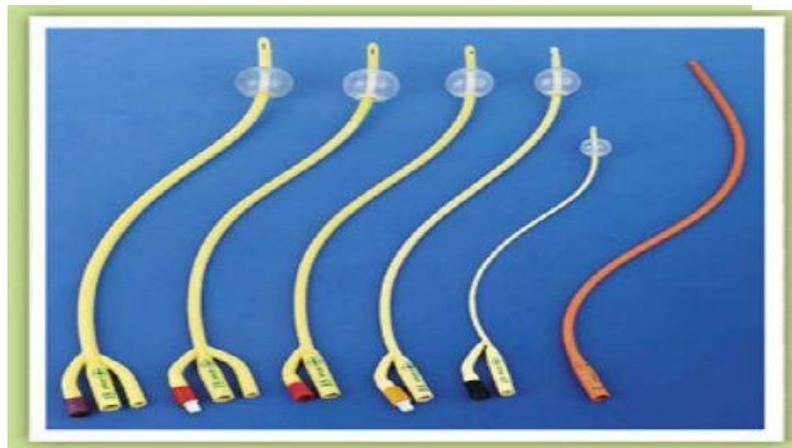
Terdapat tiga macam jenis pemasangan kateter urine, yaitu:

- a. *Indwelling catheter*, disebut juga dengan retensi kateter/folley cateter, *indwelling catheter* dibuat sedemikian rupa sehingga tidak mudah lepas dari kandung kemih.
- b. *Intermittent catheter* yang digunakan untuk jangka waktu yang pendek (5-10 menit) dan klien dapat diajarkan untuk memasang dan melepas sendiri.
- c. *Suprapubik catheter* kadang-kadang digunakan untuk pemakaian secara permanen. Cara memasukan kateter dengan jenis ini dengan cara membuat sayatan kecil diatas suprapubik.

### **Ukuran dan bahan kateter**

Ukuran kateter yang biasanya dipergunakan adalah ukuran dengan kalibrasi French (FR) atau Charriere (CH). Ukuran didasarkan pada diameter lingkaran kateter, misalnya 18 FR atau CH 18 mempunyai diameter 6 mm dengan patokan setiap ukuran 1 FR = CH 1 berdiameter 0,33 mm. Diameter yang diukur adalah diameter permukaan luar kateter. Besar kecilnya diameter kateter yang digunakan ditentukan oleh tujuan pemasangan kateter urine. Pada klien dewasa, ukuran kateter urine yang biasa digunakan adalah 16-19 FR. Kateter yang mempunyai ukuran yang sama belum tentu mempunyai diameter lumen yang sama karena perbedaan bahan dan jumlah lumen pada kateter.

Bahan kateter dapat berasal dari logam (Stainless), karet (Latex), latex dengan lapisan silikon (Siliconized). Perbedaan bahan kateter menentukan biokompatibilitas kateter didalam buli-buli sehingga akan mempengaruhi daya tahan kateter yang terpasang di buli-buli.



Gb.12. Macam-macam foley kateter

### **Komplikasi pemasangan kateter**

- a. Bila pemasangan dilakukan tidak hati-hati bisa menyebabkan luka dan perdarahan uretra yang berakhir dengan striktur uretra seumur hidup
- b. Balon yang dikembangkan sebelum memasuki buli-buli juga dapat menimbulkan luka pada uretra. Oleh karena itu harus dipastikan bahwa

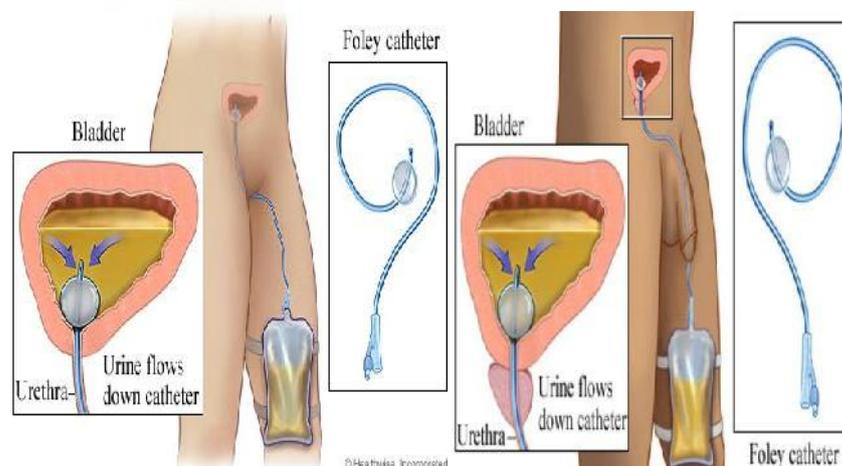
balon mengembang dalam buli-buli dengan mendorong kateter sampai ke pangkalnya

- c. Infeksi uretra dan buli-buli
- d. Nekrosis uretra bila ukuran kateter terlalu besar atau fiksasi yang keliru
- e. Dapat menjadi pencetus pembentukan batu buli-buli
- f. Pada klien tidak sadar, kateter dengan balon terkembang bisa dicabut yang berakibat perdarahan dan melukai uretra
- g. Kateter tidak bisa dicabut karena saluran pengembang balon tersumbat

### Hal-hal yang perlu diperhatikan

Untuk menghindari terjadinya komplikasi pemasangan kateter maka perlu dilakukan perawatan kateter. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat merawat kateter menetap adalah:

- a. Anjurkan klien untuk banyak minum, sehingga produksi urin cukup, tidak terjadi endapan kotoran dalam kateter
- b. Mengosongkan urine bag secara teratur
- c. Tidak mengangkat urine bag lebih tinggi dari tubuh klien agar urin tidak mengalir kembali ke buli-buli
- d. Membersihkan darah, nanah, sekret periuretra dan mengolesi kateter dengan antiseptik secara teratur
- e. Ganti kateter paling tidak 2 minggu sekali



Gb.13. Pemasangan kateter menetap (pada laki-laki & wanita)

### **Alat dan bahan**

- a. Perlak dan pengalas
- b. Sarung tangan dan kassa steril
- c. Pinset
- d. Air hangat/ NaCl,
- e. Betadine
- f. Bengkok

### **Prosedur Tindakan**

- a. Awali kegiatan dengan berdoa
- b. Cek catatan perawat, ketidaknyamanan klien atau ketidاكلancaran urine dan jadwal perawatan rutin kateter)
- c. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada klien, dan memberikan kesempatan pada klien jika ingin membersihkannya secara mandiri.
- d. Tutup sampiran atau pintu
- e. Mencuci tangan
- f. Memosisikan klien, wanita: dorsal recumbent, laki-laki: supine kaki sedikit menekuk
- g. Letakkan perlak pada bagian bawah klien
- h. Ganti selimut mandi
- i. Pakai sarung tangan bersih
  - 1) Wanita : dengan tangan non dominan membuka labia
  - 2) Laki-laki: dengan tangan non dominan memegang penis
- j. Observasi peradangan, pembengkakan, warna, bau, dan tanyakan pada klien apakah ada ketidaknyamanan pada bagian tersebut
- k. Bersihkan perineal,
  - 1) Wanita: menggunakan kain bersih, sabun dan air, bersihkan sekitar meatus dan pada kateter, cara membersihkan dengan arah atas (pubis) kebawah (anus), kemudian keringkan.

- 2) Laki-laki: bersihkan mulai dari ujung kateter dahulu, kemudian bersihkan sepanjang 10 cm secara melingkar dari meatus ke gland penis kemudian keringkan.
  - l. Posisikan klien pada posisi yang nyaman
  - m. Rapikan alat, buka sarung tangan dan cuci tangan
  - n. Menanyakan tentang keadaan dan kenyamanan klien
  - o. Dokumentasi (keadaan kateter, drainase, bag urine, keadaan perineal, dan ketidaknyamanan yang dialami klien)
  - p. Jika terindikasi infeksi segera dikolaborasikan.

## **LATIHAN**

### **Latihan 1: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi**

#### **Ilustrasi kasus:**

Ny. Painem, usia 60 tahun, post operasi laminektomy hari pertama, harus bedrest total, seluruh kebutuhan dasar dipenuhi dengan bantuan orang lain. Ny. Painem mengeluh terasa mau BAB dan BAK.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat?

#### **Tugas:**

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien berada disamping phantom dan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur membantu BAB dan BAK diatas tempat tidur pada phantom, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).

3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur membantu BAB/BAK diatas tempat tidur.

### SOP Membantu BAB Diatas Tempat Tidur

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TDK
	<b>Persiapan alat:</b> pispot, botol berisi air cebok, kapas cebok dalam tempatnya, selimut mandi, sarung tangan, masker, tissue, perlak dan pengalas, sabun	3		
<b>A.</b>	<b>Fase Pra Interaksi</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mendekatkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri, mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan	4		
	2. Menjaga privasi	4		
	3. Memasang <i>side rille</i> tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat	5		
	4. Memakai sarung tangan dan masker	5		
	5. Memasang selimut mandi	3		
	6. Mohon ijin kepada klien untuk membuka pakaian bawah dan tutup dengan menggunakan selimut	5		
	7. Mengatur posisi miring berlawanan dengan perawat dan memasang perlak dan pengalas	5		
	8. Menganjurkan klien untuk menekuk lutut dan mengangkat bokong	5		
	9. Meletakkan pispot tepat dibagian bawah bokong	5		
	10. Meninggikan kepala tempat tidur 30°C (bila tidak ada kontraindikasi)	4		
	11. Meyakinkan posisi klien tepat dan nyaman dan menutup bagian bawah dengan selimut	5		
	12. Menganjurkan klien BAB	5		
	13. Menganjurkan kaki klien untuk diregangkan (bila sudah selesai BAB), membersihkan daerah anus dan bokong dengan menggunakan (air cebok, kapas cebok) sampai bersih dan mengeringkan dengan menggunakan tissue. Mengangkat pispot, tutup dan turunkan.	5		
	14. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan	4		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan Selama Tindakan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### SOP Membantu BAK Diatas Tempat Tidur

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TDK
	<b>Persiapan alat:</b> urinal/ pispot, botol berisi air cebok, kapas cebok dalam tempatnya, selimut makan, sarung tangan, tissue, perlak dan pengalas, sabun	3		
<b>A.</b>	<b>Fase Pra Interaksi</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri, mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menjaga privasi	5		
	3. Memasang <i>side rille</i> tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat	5		
	4. Memasang selimut mandi	5		
	5. Membantu klien posisi baring atau duduk	5		
	6. Mohon ijin kepada klien untuk membantu membuka pakaian bawah dan menutup dengan menggunakan selimut	5		
	7. Mengatur posisi miring berlawanan dengan perawat, dan memasang perlak dan pengalas	5		
	8. Membantu klien BAK (pria: masukkan ujung penis klien dalam urinal dan anjurkan klien untuk memegang urinal jika mampu; sedangkan pada wanita: berikan pispot, letakkan di bawah bokong)	6		
	9. Meyakinkan posisi klien tepat dan nyaman, menutup bagian bawah dengan selimut	6		
	10. Menganjurkan klien BAK	6		
	11. Bila sudah selesai BAK, Membersihkan daerah genitalia dengan menggunakan (air cebok, sabun, kapas cebok) sampai bersih dan mengeringkan menggunakan tissue. Mengangkat pispot/ urinal, tutup dan turunkan.	6		
	12. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>Terminasi</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan Selama Tindakan</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
	<b>Total</b>	<b>100</b>		

## Latihan 2: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

### Ilustrasi kasus:

Ny. Sindu, usia 65 tahun, dirawat di ICU, klien mengalami penurunan kesadaran, koma, saat ini diapers kotor.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat?

### Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus)/keluarga apabila klien mengalami penurunan kesadaran, perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien berada disamping phantom dan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur mengganti diapers pada phantom, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur mengganti diapers.

### SOP Mengganti Diapers

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TDK
	<b>Persiapan alat:</b> diapers sesuai ukuran, botol berisi air cebok, kapas cebok dalam tempatnya, selimut makan, sarung tangan, masker, tissue, perlak dan pengalas, sabun, kantong plastik hitam	3		
<b>F.</b>	<b>Fase Pra Interaksi</b>			
	3. Melakukan verifikasi data	3		
	4. Mempersiapkan alat	3		
<b>G.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	4. Memberi salam	3		
	5. Memperkenalkan diri, mengecek identitas klien	3		
	6. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>H.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	13. Mencuci tangan	4		
	14. Menjaga privasi	4		
	15. Memasang <i>side rile</i> tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat	4		
	16. Memasang selimut mandi	3		

	17. Mohon ijin kepada klien untuk membantu membuka pakaian bawah dan menutup dengan menggunakan selimut	4		
	18. Membuka bagian depan diapers yang dipakai klien	4		
	19. Memberikan posisi miring berlawanan dengan perawat, kemudian memasang perlak dan pengalas	4		
	20. Membuka diapers, menggulung bagian diapers yang kotor sehingga tampak sisi bersih luar diapers	4		
	21. Membersihkan daerah perianal klien dengan kapas cebok dan sabun, bilas dengan air bersih	4		
	22. Membuang sampah kapas cebok pada kantong plastik hitam	4		
	23. Cek kembali, memastikan daerah perianal bersih	3		
	24. Menyiapkan diapers baru pada sisi yang sudah bersih	4		
	25. Menganjurkan dan bantu klien untuk miring ke sisi menghadap perawat, tutup <i>side rile</i> di depan perawat	4		
	26. Perawat bergerak ke sisi belakang klien, membersihkan perianal dengan sabun bilas dengan air bersih, menggulung diapers kotor dan membuang pada kantong plastik hitam, memastikan daerah perianal bersih dan mengeringkan dengan tissue	6		
	27. Membuka gulungan diapers bersih yang sudah disiapkan, memakaikan diapers bersih dan merapikan	4		
	28. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan	4		
<b>I.</b>	<b>Terminasi</b>			
	4. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	5. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	6. Berpamitan	3		
<b>J.</b>	<b>Penampilan Selama Tindakan</b>			
	4. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	5. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	6. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
	Total	100		

### Latihan 3: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

#### Ilustrasi kasus:

Ny. Sindu, usia 65 tahun, dirawat di ICU, klien mengalami penurunan kesadaran, koma, klien terpasang kateter hari ketiga.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat?

#### Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus)/keluarga apabila klien mengalami penurunan kesadaran, perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien berada disamping phantom dan menjawab

seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.

2. Lakukan prosedur perawatan kateter pada phantom, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur perawatan kateter.

### SOP Perawatan Kateter Urine

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	YA	TDK
	<b>Persiapan alat:</b> perlak dan pengalas, sarung tangan dan kassa steril, pinset, air hangat/ NaCl, betadine, bengkok	3		
<b>A.</b>	<b>FASE PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mendekatkan alat dan mempersiapkan alat dengan prinsip steril	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri dan mengecek identitas klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	3		
	2. Menjaga privasi	6		
	3. Memakai sarung tangan bersih			
	4. Mengganti selimut mandi			
	5. Memposisikan klien dengan dorsal recumbent (wanita) atau supinasi (laki-laki) serta meminta ijin untuk membantu melepas pakaian bawah	6		
	6. Memasang pengalas dan perlak	6		
	7. Memakai sarung tangan steril	6		
	8. Membersihkan genetalia (wanita: dari labia mayora, minora dan orifisium uretra; laki-laki pada meatus uretra) dengan air hangat atau NaCl	8		
	9. Membersihkan ujung kateter dekat meatus sepanjang 10 cm dengan air hangat atau NaCl dengan arah melingkar keluar	8		
	10. Memberikan betadine pada daerah meatus uretra dan ujung kateter sepanjang 2,5 cm	6		
	11. Melepas sarung tangan	6		
	12. Memfiksasi kateter	6		
	13. Mencuci tangan	3		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi	3		

	2. Melakukan kontrak rencana tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### **Petunjuk Evaluasi Latihan**

- a. Lakukan evaluasi praktikum membantu BAB/BAK diatas tempat tidur, mengganti diapers, dan perawatan kateter urien dengan menggunakan format penilaian yang telah disediakan.
- b. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

### **RANGKUMAN**

Pemenuhan kebutuhan eliminasi dilakukan pada klien yang mengalami kelemahan fisik, kondisi klien yang harus *bedrest* maupun pada klien yang mengalami penurunan kesadaran. Mintalah ijin kepada klien terlebih dahulu pada saat akan melakukan tindakan yang bersifat *privacy*. Lakukanlah tindakan ini dengan penuh ketulusan.

### **TEST FORMATIF 4**

1. Membantu prosedur BAB/BAK diatas tempat tidur dilakukan pada klien yang mengalami:
  - A. Kelumpuhan
  - B. Terpasang infus
  - C. Bisa melakukan mobilisasi
  - D. Tekanan darah normal
  - E. Terdapat problem keluarga
2. Bahan yang digunakan untuk membersihkan daerah perianal pada saat mengganti diapers adalah:
  - A. Kapas sublimat
  - D. Air sabun

- B. Air hangat dan sabun  
C. NaCl
- E. Cairan steril
3. Posisi pada saat perawatan kateter urine pada laki-laki adalah:
- A. Dorsal recumbent  
B. Litotomi  
C. Sims
- D. Supinasi  
E. Semi fowler

### **UJI KETRAMPILAN**

#### **Soal kasus:**

Seorang perempuan usia 45 tahun, dirawat dengan stroke haemorrhagic, dilakukan pemasangan kateter hari ketiga. Apakah tindakan yang harus dilakukan oleh perawat untuk mencegah terjadinya infeksi pada saluran kemih?

#### **Tugas:**

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada klien tersebut
2. Gunakan SOP secara tepat.

### **UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT**

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia. Penilaian tes formatif dengan cara mencocokkan jawaban Anda dengan kunci jawaban test formatif 2 yang terletak pada bagian akhir modul ini.

**KEGIATAN PRAKTIKUM5**  
**PRAKTIKUM KEPERAWATAN PADA PEMENUHAN KEBUTUHAN**  
**AKTIVITAS LATIHAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan kebutuhan aktivitas latihan dan memahami kegiatan pada praktikum 1, 2 dan 3.

Kegiatan praktikum4 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana memberikan tindakan keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan aktivitas latihan pada klien dengan memberikan beberapa posisi (semi fowler, fowler, lithotomy, dorsal recumbent, sims, prone, sims dan genu pectoral) serta membantu klien menggunakan walker, kruck dan tripot.

**TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM**

Setelah mempelajari kegiatan praktikum4 ini, diharapkan Anda dapat mengatur klien:

1. Posisi Fowler
2. Posisi semi fowler
3. Posisi sims
4. Posisi *trendelenburg*
5. Posisi *dorsal recumbent*
6. Posisi *lithotomy*
7. Posisi *genu pectoral*
8. Posisi *orthopeneic*
9. Posisi supinasi
10. Posisi pronasi
11. Posisi lateral
12. Membantu aktivitas klien menggunakan alat bantu kruk (*crutch*)
13. Membantu klien berjalan menggunakan *walker*
14. Membantu klien berjalan menggunakan tongkat

15. Membantu klien berjalan menggunakan kursi roda
16. Membantu klien berjalan menggunakan tripod
17. Memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar
18. Memindahkan klien ke kursi
19. Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda.

## **POKOK MATERI**

### **1. Posisi Fowler**

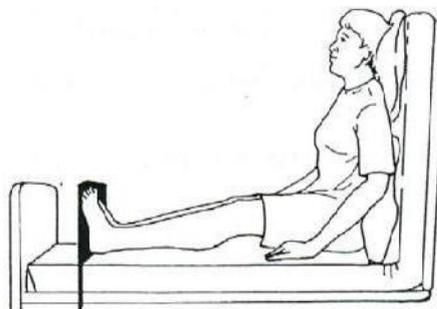
Posisi fowler adalah posisi klien duduk, dengan cara menaikkan bagian kepala tempat tidur lebih tinggi 90 derajat dari bagian badan. Posisi ini dilakukan untuk memfasilitasi pengembangan ekspansi dada klien.

#### **Tujuan:**

- a. Meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru
- b. Mengurangi komplikasi akibat kondisi immobilisasi
- c. Meningkatkan rasa nyaman klien

#### **Indikasi:**

- a. Pada klien yang mengalami gangguan pernapasan
- b. Pada klien immobilisasi



Gb.14. Posisi fowler

## 2. Posisi Semi Fowler

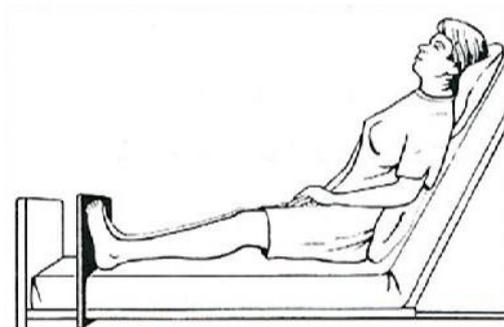
Posisi semi fowler adalah posisi klien setengah duduk, dengan cara menaikkan bagian kepala tempat tidur lebih tinggi 60 derajat dari bagian badan. Posisi ini dilakukan untuk memfasilitasi pengembangan ekspansi dada klien.

### Tujuan:

- d. Meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru
- e. Mengurangi komplikasi akibat kondisi immobilisasi
- f. Meningkatkan rasa nyaman klien

### Indikasi:

- c. Pada klien yang mengalami gangguan pernapasan
- d. Pada klien immobilisasi



Gb.15. Posisi semi fowler

## 3. Posisi Sim

Posisi sim merupakan pengaturan posisi tubuh miring ke salah satu sisi (sisi kanan atau kiri), berat badan tertumpu pada tulang ilium, humerus dan klavikula. Posisi sim biasanya dilakukan untuk mencegah terjadinya luka tekan (dekubitus), memberikan obat per anus (supositoria) dan memberikan kenyamanan.

**Tujuan:**

- a. Meningkatkan drainage dari mulut klien
- b. Mencegah terjadinya aspirasi
- c. Mengurangi penekanan pada tulang sacrum dan trochanter mayor otot pinggang
- d. Memasukkan obat supositoria
- e. Mencegah dekubitus

**Indikasi:**

- a. Pemeriksaan dan pengobatan daerah perineal
- b. Pemberian enema
- c. Posisi tidur pada wanita hamil.



Gb.16. Posisi sim

**4. Posisi Trendelenberg**

Posisi *trendelenberg* merupakan pengaturan posisi dengan bagian kaki lebih tinggi daripada bagian kepala. Posisi ini dilakukan agar peredaran darah ke otak menjadi lancar.

**Indikasi:**

- a. Pembedahan pada daerah perut.
- b. Shock.
- c. Hipotensi.



Gb.17. Posisi Trendelenberg

## 5. Posisi *Dorsal Recumbent*

Posisi *dorsal recumbent* adalah posisi klien berbaring telentang dengan kedua lutut fleksi (ditarik atau diregangkan) di atas tempat tidur. Posisi ini sering digunakan pada saat klien pada proses persalinan maupun pemeriksaan di daerah organ kewanitaan.

### **Indikasi:**

- a. Pemeriksaan pada bagian pelvic, vagina dan anus
- b. Klien mengalami ketegangan punggung belakang.



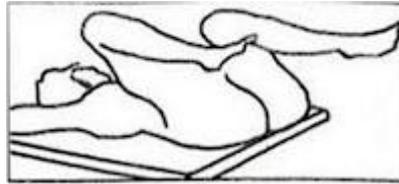
Gb.18. Posisi Dorsal Recumbent

## 6. Posisi *Lithotomi*

Posisi *lithotomi* merupakan pengaturan klien berbaring telentang dengan mengangkat kedua kaki dan menarik ke atas bagian perut. Posisi ini sering dilakukan pada saat proses persalinan dan memasang alat kontrasepsi pada bagian alat kelamin wanita.

### **Tujuan:**

- a. Memudahkan pemeriksaan di daerah rongga panggul, antara lain: vaginal toucher, pemeriksaan rektum dan sistoscopy
- b. Memudahkan proses persalinan, pemeriksaan ginekologi, pemasangan IUD, dan operasi *hemorrhoid*
- c. Memberikan pengobatan pada klien dengan penyakit uretra, rektum, vagina dan kandung kemih



Gb.19. Posisi Lithotomi

### 7. Posisi *Genu pectoral*

Posisi *genu pectoral* adalah posisi klien menungging pada kedua kaki yang di tekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur. Posisi ini biasanya digunakan untuk memeriksa pada daerah sigmoid dan rektum.



Gb.20. Posisi Genu Pectoral

#### **Indikasi:**

- a. Klien hemorrhoid
- b. Pemeriksaan dan pengobatan daerah rectum, sigmoid dan vagina.

### 8. Posisi *orthopeneic*

Posisi klien duduk dengan menyandarkan kepala dan sejajar dengan dada, seperti pada meja.

#### **Tujuan:**

Memudahkan ekspansi paru untuk klien dengan kesulitan bernapas yang ekstrim dan tidak bisa tidur terlentang atau posisi kepala hanya bisa pada elevasi sedang.

#### **Indikasi**

Klien dengan sesak berat dan tidak bisa tidur terlentang.

### 9. Posisi Supinasi

Posisi telentang dengan klien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh tetap ergonomis.



Gb.21. Posisi supinasi

**Tujuan:**

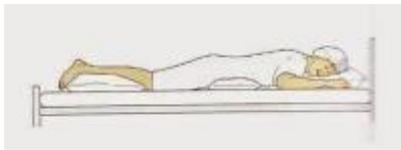
Meningkatkan kenyamanan klien dan memfasilitasi penyembuhan pembedahan atau proses pemberian anestesi tertentu.

**Indikasi**

- a. Klien dengan tindakan post anestesi atau pembedahan tertentu
- b. Klien dengan kondisi sangat lemah atau koma.

**10. Posisi pronasi**

Klien tidur dalam posisi telungkup, wajah menghadap ke bantal.



Gb.22. Posisi pronasi

**Tujuan**

- a. Memberikan posisi ekstensi maksimal pada sendi lutut dan pinggang
- b. Mencegah fleksi dan kontraktur pada pinggang dan lutut.

**Indikasi**

- a. Klien yang menjalani bedah mulut dan kerongkongan
- b. Klien dengan pemeriksaan pada daerah bokong atau punggung.

**11. Posisi lateral**

Posisi miring dimana klien bersandar kesamping dengan sebagian besar berat tubuh berada pada pinggul dan bahu.



Gb.23. Posisi lateral

### **Tujuan**

- a. Mempertahankan body alignment
- b. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
- c. Meningkatkan rasa nyaman
- d. Mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap.

### **Indikasi**

- a. Klien yang ingin beristirahat
- b. Klien yang ingin tidur
- c. Klien yang posisi fowler atau dorsal recumbent dalam posisi lama
- d. Klien yang mengalami kelemahan dan pasca operasi.

## **12. Membantu aktivitas klien menggunakan alat bantu Kruk/Crutch**

Berjalan menggunakan alat bantu berupa kruk



Gb.24. Alat bantu jalan

Kruk merupakan alat bantu jalan yang dapat digunakan satu atau dua (berpasangan) untuk mengatur keseimbangan. Cara penggunaannya

disandarkan pada ketiak dan ada juga yang disandarkan pada lengan, sehingga agar seimbang biasanya digunakan secara berpasangan.

Penggunaan kruk ini bertujuan selain membantu berjalan juga dapat meningkatkan rasa percaya diri klien karena mengurangi ketergantungan kepada orang lain dalam berjalan.

Indikasi penggunaan antara lain digunakan untuk klien dengan kelemahan kaki, pasca amputasi, fraktur bawah, terpasang gibs dan pasca pemasangan gibs.

Penggunaan kruk bermanfaat untuk mencegah kelainan bentuk seperti pada kaki, mencegah otot mengecil dan kaku sendi, memelihara dan mengembalikan fungsi otot, serta membantu meningkatkan kekuatan otot. Kruk sering digunakan untuk meningkatkan mobilisasi. Penggunaannya dapat temporer, seperti saat terjadi kerusakan ligamen di lutut. Kruk dapat digunakan permanen (misalnya: klien paralisis ekstremitas bawah). Kruk terbuat dari kayu atau logam. Ada dua tipe kruk, yaitu kruk *Lofstrand* dengan pengatur ganda atau kruk lengan bawah dan kruk aksila terbuat dari kayu. Kruk lengan bawah memiliki sebuah pegangan tangan dan pembalut logam yang pas mengelilingi lengan bawah. Kruk aksila memiliki garis permukaan seperti bantalan pada bagian atas, di mana tepat berada di bawah aksila. Kruk harus diukur panjang yang sesuai, dan klien harus diajarkan menggunakan kruk mereka dengan aman, mencapai kestabilan gaya berjalan, naik dan turun tangga, dan bangkit dari duduk.

### **Tujuan**

- a. Membantu mempertahankan keseimbangan
- b. Menghindari resiko cedera saat berjalan
- c. Mengurangi dampak negatif imobilitas

### **Persiapan Alat**

- a. Sepasang kruk
- b. Sandal yang sesuai



Gb.25. Lofstarnd

**Prosedur:**

a. Mengukur kruk

Kruk aksila lebuah umum digunakan. Pengukuran kruk meliputi tiga area, tinggi klien, jarak antara bantalan kruk dan aksila, dan sudut fleksi siku. Pengukuran dilakukan dengan satu dari dua metoda berikut, dengan klien berada pada posisi supine atau berdiri. Pada posisi supine, ujung kruk berada 15 cm disamping tumit klien. Tempatkan ujung pita pengukur dengan lebar tiga sampai empat jari (4-5 cm) dari aksila dan ukur sampai tumit klien. Pada posisi klien berdiri, posisi kruk dengan ujung kruk berada 14-15 cm di samping dan 14-15 cm di depan kaki klien. Dengan metoda lain, siku harus difleksikan 15 sampai 30 derajat. Fleksi siku diperiksa dengan menggunakan goniometer. Lebar bantalan kruk harus 3-4 jari (4-5 cm) dibawah aksila.

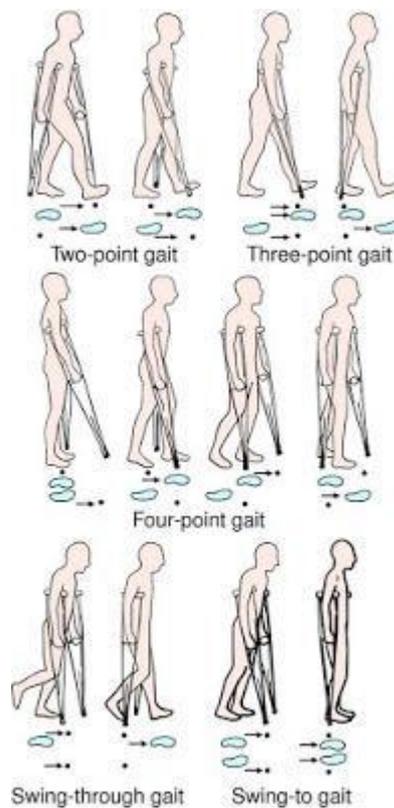
b. Mengajarkan Gaya berjalan dengan Kruk

Cara berdiri kruk adalah posisi tripod, dengan cara menempatkan kruk 15 cm di depan dan 15 cm di samping setiap kaki klien. Posisi ini memberikan keseimbangan dengan dasar sokongan lebih luas. Kesejajaran tubuh pada posisi tripod meliputi kepala dan leher tegak, vertebra lurus, pinggul dan lutut fleksi berat badan tidak boleh ditahan di aksila. Posisi tripod digunakan sebelum kruk berjalan.

Empat titik bergantian atau gaya berjalan empat titik memeberikan kestabilan tetapi memerlukan penopang berat badan di kedua kaki. Tiga titik penopang selalu berada di lantai. Klien memposisikan kruk pertama kali lalu memposisikan kaki yang berlawanan (misal kaki kanan dengan

kruk kiri). Pada gaya berjalan tiga titik, berat badan ditopang di kaki yang tidak sakit dan kemudian di kedua kruk, dan urutan ini dilakukan berulang-ulang. Kaki yang sakit tidak menyentuh tanah selama tahap awal gaya berjalan tiga titik. Secara bertahap klien mulai menyentuh tanah, dan menopang berat badan secara penuh pada kaki yang sakit.

Gaya berjalan dua titik memerlukan sedikit penopang berat sebagian di setiap kaki. Setiap kruk digerakkan bersamaan dengan kaki yang berlawanan sehingga gerakan kruk sama dengan gerakan lengan saat berjalan normal.



Gb.26. Berlatih memakai kruk

c. Berjalan menggunakan kruk di tangga

Ketika naik tangga menggunakan kruk, klien biasanya memodifikasi gaya berjalan tiga titik. Pertama klien berdiri di dasar tangga dan memindahkan berat badan di kruk. Kedua, kaki yang tidak sakit maju diantara kruk dan tangga. Kemudian berat dialihkan dari kruk ke kaki

yang tidak sakit. Terakhir, klien meluruskan kedua kruk di tangga. Urutan ini diulang sampai klien berada di atas.

d. Mengajarkan duduk dengan menggunakan kruk

Prosedur duduk di kursi memerlukan klien memindahkan beratnya. Pertama klien harus diletakkan di tengah depan kursi dengan kaki bagian posterior menyentuh kursi. Kedua, klien memegang kedua kruk pada tangan yang berlawanan dengan kaki yang sakit. Jika kedua kaki sakit, seperti pada klien paraplegiayang menggunakan penahan berat, kruk dipegang pada bagian tubuh klien yang terkuat. Dengan kedua kruk di satu tangan klien menyokong berat badannya di kaki yang tidak sakit dan kruk. Selama masih memegang kruk, klien memegang lengan kursi dengan menahan tangannya dan menurunkan tubuh. Untuk berdiri, maka prosedur dibalik dan klien ketika telah lurus, harus berada pada posisi tripod sebelum berjalan.

### **Prosedur**

- a. Beri salam
- b. Jelaskan tujuan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan
- c. Cuci tangan
- d. Jelaskan kepada klien gaya berjalan menggunakan kruk :
  - 1) Gaya berjalan 4 titik : bantu klien berdiri dengan ditopang dua buah kruk, letakkan kedua tungkai klien dalam posisi sejajar dengankedua titik tumpu kruk berada di depan kedua kaki klien, minta klien untuk berjalan dengan menggunakan kruk kanan ke depan, dan dilanjutkan dengan menggerakkan tungkai kiri ke depan, lalu gerakkan kruk kiri ke depan kemudian tungkai kanan juga ke depan, ulangi langkah tersebut setiap kali berjalan
  - 2) Gaya berjalan 3 titik : gerakkan tungkai kiri dan kedua kruk ke depan kemudian gerakkan tungkai tangan ke depan, ulangi langkah tersebut setiap kali berjalan

- 3) Gaya berjalan 2 titik : gerakkan tungkai kiri dan kruk kanan ke depan seccara bersamaan kemudian gerakkan tungkai kanan dan kruk kiri ke depan juga secara bersamaan, ulangi langkah tersebut setiap kali berjalan
- e. Selalu siapkan diri di sisi klien untuk membantu keseimbangan jika dibutuhkan
- f. Kaji setiap kemajuan yang dicapai klien dan lakukan koreksi jika perlu
- g. Cuci tangan

### 13. Membantu klien berjalan menggunakan *Walker*

*Walker* merupakan alat bantu jalan yang memiliki dua gagang sebagai tempat pegangan serta empat kaki sebagai penumpu. Biasanya walker terbuat dari logam atau alumunium sehingga ringan dan cocok untuk lansia.

Walker ada dua jenis yaitu walker standar dan walker beroda. Perbedaannya hanya terdapat pada keberadaan roda di kaki walker bagian depan atau bisa juga keempat kakinya. Penggunaan walker standar harus diangkat pada saat melangkah, namun untuk walker beroda hanya cukup menggelindingkan di lantai. Untuk tingkat stabilitasnya lebih baik walker standar daripada walker beroda.

Indikasi penggunaannya adalah digunakan untuk klien yang terdapat patah tulang kaki dan klien yang masih lemah.

Penggunaan walker bermanfaat untuk memberi rasa aman pada klien, membantu mempercepat pengembalian kebugaran serta menjaga klien saat melakukan latihan berjalan.



Gb. 27. Walker

**Tujuan**

- a. Membantu mempetahankan keseimbangan
- b. Menghindari resiko cedera saat berjalan
- c. Mengurangi dampak negatif imobilitas

**Persiapan alat:**

- a. Walker
- b. Sandal yang sesuai

**Prosedur:**

- a. Beri salam
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur
- c. Cuci tangan
- d. Jelaskan cara berjalan menggunakan walker kepada klien
- e. Bantu klien berdiri
- f. Minta klien untuk memegang gagang walker
- g. Minta klien berjalan maju menggunakan bantuan walker, tetap pertahankan 4 titik walker di atas lantai
- h. Pastikan klien mengangkat kakinya saat berjalan, bukan menarik
- i. Selalu siapkan diri di sisi klien untuk membantu keseimbangan jika dibutuhkan
- j. Kaji setiap kemajuan yang dicapai klien dan lakukan koreksi kalau perlu
- k. Cuci tangan
- l. Cara berjalan menggunakan walker  
Angkat dan letakkan walker senyaman mungkin di depan klien. Keempat penyangga walker harus berada di lantai.
- m. Gerakan kaki klien yang lemah atau terluka terlebih dahulu menuju walker.
- n. Lalu langkahkan kaki yang tidak sakit ke depan kaki yang sakit



.Gb. 28. Cara berjalan menggunakan walker

#### **14. Membantu klien berjalan menggunakan tongkat**

Tongkat adalah alat bantu sederhana yang terbuat dari kayu atau logam. Biasanya digunakan oleh lansia dengan gangguan keseimbangan ringan.

Tongkat ini ada beberapa jenis misalnya tongkat standar, tongkat kaki tiga, dan tongkat kaki empat.

Penggunaan tongkat bermanfaat untuk membantu beraktivitas, mempertahankan posisi tubuh dan memperlancar peredaran darah.

Tongkat juga merupakan alat ringan, mudah dipindahkan, setinggi pinggang, terbuat dari kayu atau logam. Tongkat ini harus dipakai disisi tubuh yang kuat, berguna untuk sokongan maksimum untuk berjalan, klien menempatkan tongkat berada depan 15 sampai 25 cm, menjaga berat badan pada kaki klien. Kaki yang terlemah bergerak maju dengan tongkat sehingga berat badan dibagi antara tongkat kaki yang terkuat. Kaki yang terkuat maju setelah tongkat sehingga kaki terlemah dan berat badan disokong oleh tongkat kaki terlemah. Tahap ini diulang terus menerus ketika berlatih berjalan. Klien diajarkan bahwa kedua titik penopang tersebut, seperti dua buah kaki atau satu kaki dan tongkat.

#### **Tujuan:**

- a. Membantu mempertahankan keseimbangan
- b. Menghindari risiko cedera saat berjalan

- c. Mengurangi dampak immobilitas

**Persiapan alat:**

- a. Tongkat dengan ukuran panjang yang sesuai
- b. Sandal yang sesuai

**Prosedur:**

- a. Beri salam
- b. Jelaskan tujuan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan
- c. Cuci tangan
- d. Jelaskan kepada klien cara berjalan menggunakan tongkat
- e. Bantu klien berdiri
- f. Instruksikan klien memegang tongkat pada sisi tubuh yang kuat atau sehat
- g. Letakkan tongkat sekitar 30 cm didepan kaki klien
- h. Minta klien melangkahkan kaki yang kuat ke depan
- i. Selalu siapkan diri di sisi klien untuk membantu keseimbangan jika dibutuhkan
- j. Kaji setiap kemajuan yang dicapai klien dan lakukan koreksi kalau perlu
- k. Cuci tangan

**15. Membantu klien menggunakan Kursi roda**

Kursi roda merupakan alat bantu jalan bagi seseorang yang kesulitan berjalan dengan menggunakan kaki entah karena cacat, penyakit atau cedera.

Kursi roda ada dua jenis yaitu kursi roda manual dan listrik. Kursi roda manual dapat dioperasikan sendiri oleh klien atau dapat juga atas bantuan orang lain dengan didorong dari belakang.

Namun bagi seseorang yang cacat dan ingin melakukan perjalanan yang lebih jauh, dapat menggunakan kursi roda listrik. Menariknya, kursi roda listrik memiliki fitur maju mundur, belok arah kiri kanan dan juga pengereman. Biasanya kursi roda listrik dilengkapi dengan alat isi ulang baterai sehingga praktis dilakukan dirumah.

Kursi roda digunakan dengan cara menekan roda (pelek) yang memungkinkan pengguna kursi roda untuk mendorong diri di kursi. Kursi roda yang tidak menggunakan pelek untuk didorong sendiri, biasanya didorong oleh orang yang menggunakan pegangan di bagian belakang kursi.



**Gb.29. Kursi roda**

Langkah-langkah menggunakan kursi roda:

- a. Pastikan kuku klien dipotong pendek untuk menghindari terjadinya luka. Klien juga dapat ditawarkan untuk memakai sarung tangan agar terlindung dari kotoran dan cedera.
- b. Maju: untuk menuju ke depan, dorong roda depan dengan tetap memegang pinggiran dan memindahkan mereka ke arah depan.
- c. Mundur: jangkauan ke depan dan pegangan roda, dan mendorong rodamundur.
- d. Berbelok ke kanan: pegang roda kanan, dan mendorong ke depan roda kiri.
- e. Membelok ke kiri: pegang roda kiri, dan mendorong roda depan yang tepat.
- f. Berputar di tempat: jika berada di sudut sempit, Anda mungkin perlu untuk berputar di tempat. dorong roda depan satu dan yang lainnya mundur secara bersamaan.
- g. Menghentikan: memegang roda dan gesekan digunakan untuk memperlambat laju roda. Jepit dan dorong bagian antara ibu jari dan sisi dari sendi pertama jari telunjuk Anda. Berhati-hatilah, karena gesekan ini

menciptakan panas yang dapat membakar tangan Anda jika Anda berada di jalanan menurun atau berhenti tiba-tiba.

#### **16. Membantu klien berjalan menggunakan Tripod**

Tripod sesuai namanya merupakan alat bantu jalan yang memiliki tiga kaki. Biasanya digunakan oleh klien yang kondisinya sudah bagus. Indikasi penggunaannya digunakan untuk klien stroke, osteoarthritis sendi lutut, dan gangguan keseimbangan pada lansia. Tripod bermanfaat sebagai alat bantu jalan untuk klien dengan gangguan jalan karena kelemahan di salah satu tungkai.

#### **17. Memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar**

Adalah memindahkan klien yang mengalami ketidakmampuan, keterbatasan, tidak boleh melakukan sendiri, atau tidak sadar dari tempat tidur ke brankar yang dilakukan oleh dua atau tiga orang perawat.

Tujuan: memindahkan klien antar ruangan untuk tujuan tertentu (misalnya pemeriksaan diagnostik, pindah ruangan, dll.)

Alat dan Bahan :

- a. Brankar
- b. Bantal bila perlu

Prosedur :

- a. Ikuti protokol standar
- b. Atur brankar dalam posisi terkunci dengan sudut 90 derajat terhadap tempat tidur
- c. Dua atau tiga orang perawat menghadap ke tempat tidur/klien
- d. Silangkan tangan klien ke depan dada
- e. Tekuk lutut anda , kemudian masukkan tangan anda ke bawah tubuh klien
- f. Perawat pertama meletakkan tangan dibawah leher/bahu dan bawah pinggang, perawat kedua meletakkan tangan di bawah pinggang dan

panggul klien, sedangkan perawat ketiga meletakkan tangan dibawah pinggul dan kaki.

- g. Pada hitungan ketiga, angkat klien bersama-sama dan pindahkan ke brankar
- h. Atur posisi klien, dan pasang pengaman.

### **18. Memindahkan klien ke kursi**

Suatu kegiatan yang dilakukan pada klien dengan kelemahan kemampuan fungsional untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Tujuan memindahkan klien ke kursi, adalah:

- a. Melatih otot skelet untuk mencegah kontraktur
- b. Memberikan kenyamanan
- c. Mempertahankan kontrol diri klien
- d. Memungkinkan klien untuk bersosialisasi
- e. Memudahkan perawat yang akan mengganti sprengi
- f. Memberikan aktifitas pertama (latihan pertama) pada klien yang tirah baring
- g. Memindahkan klien untuk pemeriksaan diagnostik.

#### **Prosedur:**

- a. Bantu klien ke posisi duduk di tepi tempat tidur.
- b. Buat posisi kursi pada sudut 45 derajat terhadap tempat tidur, yakinkan bahwa kursi ini dalam posisi terkunci.
- c. Pasang sabuk pemindahan
- d. Yakinkan bahwa klien menggunakan sepatu yang stabil dan anti slip.
- e. Regangkan kedua kaki anda.
- f. Fleksikan panggul dan lutut anda, sejajarkan lutut anda dengan klien
- g. Pegang sabuk pemindahan dari bawah atau gapai melalui aksila klien dan tempatkan tangan pada skapula klien
- h. Angkat klien sampai berdiri pada hitungan 3 sambil meluruskan panggul anda dan kaki, pertahankan lutut agak fleksi

- i. Pertahankan stabilitas kaki yang lemah atau sejajarkan dengan lutut anda
- j. Berporos pada kaki yang lebih jauh dari kursi, pindahkan klien secara langsung ke depan kursi
- k. Instruksikan klien untuk menggunakan penyangga tangan pada kursi untuk menyokong
- l. Fleksikan panggul anda dan lutut saat menurunkan klien ke kursi
- m. Kaji klien untuk kesejajaran yang tepat, stabilkan tungkai
- n. Ucapkan terimakasih atas upaya klien dan puji klien untuk kemajuan dan penampilannya

### **19. Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda**

Suatu kegiatan yang dilakukan pada klien dengan kelemahan kemampuan fungsional untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi.

#### **Tujuan:**

- a. Melatih otot skelet untuk mencegah kontraktur atau sindro disuse
- b. Memberikan kenyamanan
- c. Mempertahankan kontrol diri klien
- d. Memungkinkan klien untuk bersosialisasi
- e. Memudahkan perawat yang akan mengganti seprei (pada klien yang toleransi dengan kegiatan ini)
- f. Memberikan aktifitas pertama (latihan pertama) pada klien yang tirah baring
- g. Memindahkan klien untuk pemeriksaan diagnostik.

#### **Prosedur :**

- a. Bantu klien ke posisi duduk di tepi tempat tidur.
- b. Buat posisi kursi pada sudut 45 derajat terhadap tempat tidur, yakinkan bahwa kursi ini dalam posisi terkunci
- c. Pasang sabuk pemindahan
- d. Yakinkan bahwa klien menggunakan sepatu yang stabil dan anti slip

- e. Regangkan kedua kaki anda
- f. Fleksikan panggul dan lutut anda, sejajarkan lutut anda dengan klien
- g. Pegang sabuk pemindahan dari bawah atau gapai melalui aksila klien dan tempatkan tangan pada skapula klien
- h. Angkat klien sampai berdiri pada hitungan 3 sambil meluruskan panggul dan kaki anda, pertahankan lutut agak fleksi
- i. Pertahankan stabilitas kaki yang lemah atau sejajarkan dengan lutut anda
- j. Berporos pada kaki yang lebih jauh dari kursi, pindahkan klien secara langsung ke depan kursi
- k. Instruksikan klien untuk menggunakan penyangga tangan pada kursi untuk menyokong
- l. Fleksikan panggul anda dan lutut saat menurunkan klien ke kursi
- m. Kaji klien untuk kesejajaran yang tepat, stabilkan tungkai

### Prosedur Penilaian Posisi *Semi Fowler*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan Alat:</b> bantal	3		
<b>A.</b>	<b>FAS E PRE INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FAS E ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	2		
	2. Menjaga privasi klien	2		
	3. Perawat membantu klien dalam posisi setengah duduk	8		
	4. Menyusun bantal ( 2-5 bantal ) di belakang punggung klien	15		
	5. Membiarkan kepala menyangar pada bantal dengan nyaman	15		
	6. Meletakkan bantal pada kedua lengan bawah	10		
	7. Meletakkan bantal/pasir di telapak kaki	10		
	8. Mencuci tangan	2		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Posisi *Prone*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	YA	TIDAK
	<b>Persiapan alat: bantal</b>	3		
<b>A.</b>	<b>FAS E ORIENTASI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FAS E ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menjaga privasi klien	4		
	3. Bantu klien pada posisi telungkup.	10		
	4. Hadapkan klien ke satu sisi, letakkan bantal kecil dibawah kepala tetapi tidak sampai bahu.	10		
	5. Letakkan bantal dibawah perut mulai dari diafragma sampai krista iliaka	10		
	6. Letakkan bantal dibawah kaki mulai dari lutut hingga tumit sehingga bertumpu secara paralel dengan permukaan bed.	10		
	7. Letakkan bantal guling dibelakang punggung klien untuk menstabilkan posisi.	10		
	8. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Posisi *Lateral*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	YA	TIDAK
	Persiapan alat: bantal	3		
<b>A.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	4		
	2. Menjaga privasi klien	5		
	3. Bantu klien miring.	8		
	4. Meletakkan bantal dibawah kepala dan leher	10		
	5. Mengatur posisi bahu bawah sedikit fleksi dan agak condong ke depan.	15		
	6. Meletakkan bantal dibawah lengan.	8		
	7. Meletakkan bantal yang keras pada punggung klien dengan posisi kaki sebelah atau semi fleksi.	15		
	8. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Posisi *Lithotomi*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	Ya	Tidak
<b>A.</b>	<b>FASE PRA INTERAKSI</b>			
	Melakukan verifikasi data	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri			
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	6		
	2. Menjaga privasi klien	6		
	3. Memastikan klien tidur terlentang dengan kedua paha di angkat dan di tekuk ke arah perut	15		
	4. Meletakkan kedua kaki pada penyangga kaki	16		
	5. Mempertahankan sikap ini dengan menggunakan alat penahan kaki	15		
	6. Mencuci tangan	6		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Posisi *Genu Pectoral*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> bantal	3		
<b>A.</b>	<b>FASE PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menjaga privasi klien	4		
	3. Perawat membantu klien dalam posisi berlutut dengan kepala dan dada menempel pada bantal	10		
	4. Membantu klien memutar muka ke salah satu sisi dan kedua tangan di samping kepala	10		
	5. Meluruskan pinggang sehingga tahanan bukan terletak pada siku dan lutut	10		
	6. Memposisikan paha tegak lurus dengan tempat tidur	10		
	7. Menganjurkan klien untuk menjaga keseimbangan	10		
	8. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Posisi *Dorsal Recumbent*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan Alat:</b> bantal	3		
<b>A.</b>	<b>FAS E PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FAS E ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menjaga privasi klien	6		
	3. Perawat membantu klien menekuk lutut dan melebarkan kedua kaki	8		
	4. Memberikan bantal di kepala	10		
	5. Memposisikan kedua telapak kaki tetap menapak di tempat tidur	10		
	6. Memposisikan kedua tangan klien diletakkan ke atas ke arah kepala	10		
	7. Meletakkan bantal/pasir di telapak kaki	10		
	8. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan Keamanan selama tindakan	3		
Total		<b>100</b>		

### Prosedur Penilaian Posisi Supine

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	YA	TIDAK
	<b>Persiapan alat:</b> bantal	3		
<b>A.</b>	<b>FAS E PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FAS E ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menjaga privasi klien	4		
	3. Baringkan klien telentang ditengah tempat tidur.	10		
	4. Letakkan bantal dibawah kepala dan bahu klien.	10		
	5. Letakkan bantal dibawah punggung pada kurval lumbal, bila ada celah disana.	10		
	6. Letakkan bantal dibawah kaki, mulai dari lutut sampai tumit.	10		
	7. Topang telapak kaki klien dengan menggunakan footboard	10		
	8. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan eamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Posisi *Trendelenburg*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	YA	TIDAK
	Persiapan alat: bantal	3		
<b>A.</b>	<b>FASE PRA INTERAKSI</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
<b>B.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Mencuci tangan	8		
	2. Menjaga privasi klien	8		
	3. Mengangkat bantal	20		
	4. Mengatur tempat tidur dengan menaikkan bagian kaki atau menaikkan bagian kaki tempat tidur dengan mengganjal memakai balok	20		
	5. Mencuci tangan	8		
<b>C.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>D.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

### Prosedur Penilaian Memindahkan Klien dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> tempat tidur, kursi roda	3		
<b>A.</b>	<b>Fase Pra Interaksi</b>			
	2. Melakukan verifikasi data	3		
	3. Persiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Posisikan kursi roda sejajar tempat tidur dan naikkan penyangga alas kaki pada kursi roda, pastikan kursi roda terkunci	8		
	3. Bantu klien duduk dan anjurkan untuk melakukan nafas dalam, pergerakan bahu, kaki, jari kaki selama duduk 1-2 menit	8		
	4. Bantu klien menggunakan alas kaki	7		
	5. Sokong klien lewat aksilla, latakkan tangan di skapula klien. Sedangkan klien meletakkan tangan di bahu perawat	8		
	6. Ambil arah yang tepat dengan gerakan koordinasi yaitu menginstruksikan klien untuk berdiri tegak pada hitungan ketiga dan stabilkan klien	8		
	7. Arahkan klien ke kursi roda, bantu klien untuk memegang sisi kursi roda	8		
	8. Letakkan kaki klien pada alas kaki kursi roda	7		
	9. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>Fase Terminasi</b>			
	1. Mengevaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan Selama Tindakan</b>			
	1. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	2. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

**Prosedur Penilaian Memindahkan Klien  
dari Brankar ke Tempat Tidur dan Sebaliknya**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	<b>Persiapan alat:</b> tempat tidur, brankar	3		
<b>A.</b>	<b>Fase Pra Interaksi</b>			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Persiapkan alat	3		
<b>B.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
<b>C.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	1. Mencuci tangan	5		
	2. Menempatkan brankar dengan tepat, sehingga brankar bagian kepala klien membentuk sudut 90° dengan bagian kaki tempat tidur	8		
	3. 3 orang perawat berdiri sejajar di sebelah kanan klien, masing-masing berdiri sesuai tinggi (tertinggi di kepala dan terendah di bagian kaki klien)	8		
	4. Meletakkan lengan perawat ke bawah leher, punggung, bokong, paha dan kaki dengan telapak tangan menghadap ke badan klien dengan sedikit menekan untuk menahan agar klien tidak jatuh	8		
	5. Masing-masing perawat, menggerakkan kaki sebelah kiri maju sedikit	7		
	6. Perawat yang berada di bagian kepala klien memberi aba-aba untuk serempak mengangkat klien dan selanjutnya melangkahkan kaki menuju ke tempat tidur secara teratur dan hati-hati	8		
	7. Meletakkan secara perlahan klien di atas tempat tidur	7		
	8. Mencuci tangan	5		
<b>D.</b>	<b>Fase Terminasi</b>			
	1. Mengevaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>E.</b>	<b>Penampilan Selama Tindakan</b>			
	1. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	2. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
	3. Ketenangan selama tindakan	3		
Total		100		

## **RANGKUMAN**

Pemenuhan kebutuhan aktivitas dasar pada klien meliputi pengaturan posisi klien sesuai dengan kondisi kesehatannya. Hal ini bertujuan agar klien memperoleh kenyamanan dan memudahkan dalam memberikan tindakan keperawatan. Klien yang mengalami problem melaksanakan aktivitas fisik secara normal, perlu memperoleh bantuan dari perawat pada saat melaksanakan perpindahan posisi atau melakukan pergerakan. Langkah-langkah prosedur secara tepat yang dilakukan oleh perawat akan membantu keberhasilan klien dalam melaksanakan aktivitas/pergerakan.

## **TEST FORMATIF 5**

1. Indikasi posisi Sims adalah:
  - A. Pengobatan perianal
  - B. Pemberian enema
  - C. Pemberian supositoria anal
  - D. A, B, dan C benar
  - E. Hanya A dan C benar
2. Klien yang akan melakukan proses persalinan, akan menggunakan posisi yang tepat, yaitu:
  - A. Dorsal recumbent
  - B. Supinasi
  - C. Genu pectoral
  - D. Pronasi
  - E. Lithotomi
3. Pada klien yang mengalami penurunan atau gangguan aktivitas maka diberikan alat bantu aktivitas, hal ini bertujuan untuk:
  - A. Klien lebih percaya diri
  - B. Mencegah cedera tubuh
  - C. Meningkatkan body image
  - D. Mencegah risiko infeksi
  - E. Keseimbangan tubuh terjaga

## **UJI KETRAMPILAN**

### **Soal kasus:**

Seorang perempuan usia 45 tahun, dirawat dengan stroke haemorrhagic, akan dipindahkan dari tempat tidur ke brankar untuk dilakukan pemeriksaan radiologi. Demonstrasikan bagaimana cara melakukan tindakan pemindahan tersebut secara aman?

### **Tugas:**

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada klien tersebut
2. Gunakan SOP secara tepat.

## **UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT**

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia. Penilaian tes formatif dengan cara mencocokkan jawaban Anda dengan kunci jawaban test formatif 2 yang terletak pada bagian akhir modul ini.

## KUNCI JAWABAN

### Test Formatif 1

1. D
2. A
3. A
4. E

### Test Formatif 2

1. A
2. E
3. D
4. C
5. A

### Test Formatif 3

1. E
2. C
3. D
4. A

### Test Formatif 4

1. A
2. B
3. D

### Test Formatif 5

1. D
2. E
3. B

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008, *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, A. A. 2014. *Kebutuhan Dasar Manusia. Buku Saku Pratikum*. Jakarta: EGC
- Lynn, P. 2011. *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd Ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
- Mubarak,W.I., 2007. *Kebutuhan Dasar Manusi Teori Dan Aplikasi Praktek*. Jakarta: EGC
- Potter, P.A., &Perry, A.G. 2005.*Buku Saku: Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A., and Peterson, V. 2013, *Clinical Companion Fundamentals of Nursing: Just the Facts*, 8th Ed. Elsevier
- Tollefson J. 2010. *Clinical Psychomotor Skills Assessment Tools for Nursing Student*, 4th Edition. South Melbourne: Pty Limited American Heart Association.