



BUKU AJAR PRAKTIK KEBUTUHAN MANUSIA DALAM KONTEKS KEPERAWATAN

RISDIANA MELINDA NAIBAHO



**BUKU AJAR
PRAKTIK KEBUTUHAN MANUSIA
DALAM KONTEKS KEPERAWATAN**

RISDIANA MELINDA NAIBAHO

 **MEDIA**
PUSTAKA INDO
2025

BUKU AJAR PRAKTIK KEBUTUHAN MANUSIA DALAM KONTEKS KEPERAWATAN

Penulis:

RISDIANA MELINDA NAIBAHO

ISBN :

978-634-7156-37-2

Penerbit

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2

Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah

No hp. 0838 6333 3823

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala berkat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Ajar Pedoman Praktik Kebutuhan Dasar Manusia dalam Konteks Keperawatan ini. Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan panduan yang komprehensif bagi mahasiswa dan dosen pembimbing dalam melaksanakan proses belajar mengajar pada praktik keperawatan dasar, dengan pendekatan memberikan asuhan keperawatan kepada masyarakat.

Kami berharap buku pedoman ini dapat memberikan kontribusi positif dalam meningkatkan kualitas pembelajaran dan membantu mahasiswa/i dalam mencapai keberhasilan yang optimal. Buku ini juga diharapkan dapat menjadi acuan yang bermanfaat dalam pengembangan kompetensi keperawatan, khususnya dalam praktik dasar yang sangat penting dalam pendidikan keperawatan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, kami sangat mengharapkan saran dan kritik yang konstruktif dari berbagai pihak demi penyempurnaan buku pedoman ini di masa mendatang. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi semua pihak yang terlibat dalam pendidikan dan praktik keperawatan.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung proses penyusunan buku ini.

PENULIS

DAFTAR ISI

BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Umum	2
1.3 Tujuan Khusus	2
1.4 CPL, CPMK dan Sub CPMK	3
BAB 2 Praktika Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	5
2.1 Deskripsi Pembelajaran.....	5
2.2 Tindakan Keperawatan Dasar pemenuhan kebutuhan oksigen ..	6
2.3 Daftar Pustaka	33
BAB 3 Praktika Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Cairan & Elektrolit.....	35
3.1 Deskripsi Pembelajaran.....	35
3.2 Tindakan Keperawatan Dasar Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit.....	35
3.3 Daftar Pustaka	86
BAB 4 Praktika Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	88
4.1 Deskripsi Pembelajaran.....	88
4.2 Prosedur tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi	88
4.3 Daftar Pustaka	117

BAB 5 Praktika pemenuhan kebutuhan eliminasi	119
5.1 Deskripsi Pembelajaran	119
5.2 Tindakan Keperawatan Dasar Pemenuhan Kebutuhan eliminasi	120
5.3 Daftar Pustaka	133
BAB 6 Praktika Tindakan Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Aman Nyaman.....	135
6.1 Deskripsi Pembelajaran	135
6.2 Tindakan Keperawatan pemenuhan kebutuhan Dasar aman dan nyaman.....	135
6.3 Daftar Pustaka	140
BAB 7 Praktika Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas	142
7.1 Deskripsi Pembelajaran	142
7.2 Tindakan Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Aktivitas.....	142
7.3 Daftar Pustaka	156
BAB 8 Praktika Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri dan Berhias ..	158
8.1 Deskripsi Pembelajaran	158
8.2 Tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan Perawatan Diri Dan Berhias	158
8.3 Daftar Pustaka	184
BAB 9 Praktika Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur	186
9.1 Deskripsi Pembelajaran	186
9.2 TindakanKeperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan tidur	186

9.3	Daftar pustaka	190
BAB 10	Praktika Pemenuhan Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh	192
10.1	Deskripsi Pembelajaran	192
10.2	Tindakan Keperawatn Pemenuhan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.....	192
10.3	Daftar Pustaka	198
BAB 11	Praktika Pemenuhan Kebutuhan Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan	201
11.1	Deskripsi Pembelajaran	201
11.2	Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan menjelang dan akhirKehidupan.....	201
11.3	Dukungan Spiritual Menjelang Ajal pada Pasien dan Keluarga	201
11.4	Daftar Pustaka	204

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keperawatan adalah profesi yang sangat penting dalam sistem kesehatan, dengan peran utama dalam memberikan perawatan langsung kepada pasien. Seorang perawat tidak hanya berfungsi dalam memberikan perawatan fisik, tetapi juga dalam memberikan dukungan emosional, psikologis, dan sosial kepada pasien. Oleh karena itu, untuk menjadi seorang perawat yang kompeten, dibutuhkan penguasaan keterampilan dasar keperawatan yang mencakup berbagai aspek, seperti teknik komunikasi terapeutik, pengelolaan nyeri, pemantauan tanda vital, perawatan luka, serta penanganan kondisi pasien lainnya (Sullivan, 2018).

Modul Praktik Keperawatan Dasar ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pedoman yang sistematis dan praktis bagi mahasiswa keperawatan dalam mempelajari keterampilan dasar yang esensial dalam praktik klinis. Meskipun teori keperawatan telah dipelajari di dalam kelas, penguasaan keterampilan praktis sangat penting agar mahasiswa dapat mengaplikasikan pengetahuan tersebut secara efektif dalam merawat pasien (Potter & Perry, 2021).

Keterampilan dasar ini tidak hanya penting untuk memenuhi standar pelayanan kesehatan, tetapi juga untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam setiap aspek perawatan. Banyak mahasiswa keperawatan yang terkadang merasa kesulitan dalam mengimplementasikan ilmu yang mereka pelajari di bangku kuliah ke dalam praktik nyata di lapangan. Oleh karena itu, dengan adanya modul ini, diharapkan mahasiswa dapat lebih memahami dan menguasai

keterampilan dasar yang diperlukan, serta lebih percaya diri dalam menghadapi tantangan yang ada di dunia praktik keperawatan (Berman et al., 2020).

Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat, yang pada gilirannya berdampak positif terhadap keselamatan dan kesejahteraan pasien. Melalui modul ini, mahasiswa diharapkan dapat mengembangkan keterampilan dasar keperawatan yang akan menjadi fondasi dalam menjalankan praktik keperawatan yang profesional dan berkualitas.

1.2 Tujuan Umum

Tujuan umum dari praktik keperawatan dasar adalah untuk membekali mahasiswa dengan keterampilan praktis yang esensial dalam memberikan perawatan dasar kepada pasien. Melalui praktik ini, mahasiswa diharapkan dapat mengembangkan kemampuan untuk mengaplikasikan pengetahuan keperawatan yang telah dipelajari dalam situasi klinis yang nyata, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Selain itu, praktik ini bertujuan untuk memperkenalkan mahasiswa pada berbagai teknik dan prosedur dasar dalam keperawatan yang mendukung keberhasilan dalam merawat pasien secara holistic.

1.3 Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan seluruh rangkaian proses pembelajaran, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan oksigen sesuai SPO
2. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit sesuai SPO

3. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai SPO
4. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi sesuai SPO
5. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan Aman nyaman sesuai SPO
6. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan aktifitas sesuai SPO
7. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri dan berhias sesuai SPO
8. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur sesuai SPO
9. Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan menjelang dan akhir kehidupan sesuai SPO

1.4 CPL, CPMK dan Sub CPMK

1.4.1 CPL

CPL 02 (60%) Lulusan mampu melakukan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok, dalam kondisi biasa dan dalam kondisi kegawatdaruratan, dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan pasien, sesuai Standar Profesi Keperawatan.

CPL 03 (20%) Lulusan yang menerapkan konsep, prinsip dan teknik Komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif sesuai dengan kode etik Keperawatan.

CPL 04 (20%) Lulusan mampu melakukan Pendidikan Kesehatan dalam asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok sesuai kode etik dan standar profesi keperawatan yang berlaku.

1.4.2 CPMK

CPMK 01 (60%) Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pemenuhan kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual termasuk kebutuhan oksigen, nutrisi, cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa, manajemen nyeri, kebutuhan aktifitas dan latihan, kebutuhan mekanik dan ambulasi, kebutuhan rasa aman nyaman dan keselamatan, aktifitas istirahat dan tidur, eliminasi, integritas kulit, kebutuhan seksual, kebutuhan kebersihan dan perawatan diri dan menerapkan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah keperawatan pada lingkup gangguan pemenuhan dasar.

CPMK 2 (40%) Mahasiswa mampu menerapkan prosedur pemenuhan kebutuhan dasar sesuai SPO

1.4.3 Sub CPMK

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan Prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan oksigen, kebutuhan cairan & elektrolit kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, kebutuhan Aman nyaman, kebutuhan aktifitas, kebutuhan perawatan diri dan berhias, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan menjelang dan akhir kehidupan sesuai SPO.

BAB 2

Praktika Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

2.1 Deskripsi Pembelajaran

Pembelajaran praktika pemenuhan kebutuhan oksigen bertujuan untuk membekali mahasiswa keperawatan dengan keterampilan dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien, yang merupakan aspek penting dalam perawatan dasar. Oksigenasi yang optimal sangat penting untuk memastikan sel-sel tubuh mendapatkan oksigen yang cukup untuk mendukung metabolisme dan fungsi organ tubuh (Potter & Perry, 2021). Praktikum ini akan memperkenalkan mahasiswa pada teknik-teknik dasar dalam pemantauan oksigenasi dan pemberian oksigen kepada pasien, serta memahami kondisi yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi.

Peran dan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pada klien mutlak diperlukan, karena perawatlah satu-satunya tenaga kesehatan yang 24 jam mendampingi klien. Pemenuhan kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling utama karena oksigen tidak dapat disimpan dalam tubuh sehingga kekurangan oksigen dalam waktu singkat dapat menimbulkan kematian otak dan berakibat fatal. Dengan tindakan pemenuhan kebutuhan oksigen secara benar maka risiko maupun dampak akibat kekurangan atau ketidakakuratan terapi oksigen dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat. Untuk itu mari kita pelajari bersama tentang pentingnya kebutuhan oksigen.

2.2 Tindakan Keperawatan Dasar pemenuhan kebutuhan oksigen

2.2.1 Menghitung Pernafasan

1) Definisi

Menghitung pernapasan adalah proses mengukur jumlah napas yang dilakukan oleh seseorang dalam satu menit. Ini melibatkan pemantauan siklus pernapasan, yang terdiri dari inspirasi (tarikan napas) dan ekspirasi (hembusan napas). Menghitung pernapasan adalah bagian penting dalam penilaian tanda vital karena dapat memberikan gambaran tentang status oksigenasi dan kesehatan sistem pernapasan seseorang (Potter & Perry, 2021).

2) Tujuan

Tujuan utama dari menghitung pernapasan adalah untuk:

1. Menilai Status Pernapasan: Memantau frekuensi pernapasan untuk mendeteksi adanya gangguan atau perubahan dalam pola pernapasan, seperti hiperventilasi (pernapasan cepat) atau hipoventilasi (pernapasan lambat).
2. Mendeteksi Gangguan Respirasi: Mengidentifikasi kondisi medis yang dapat mempengaruhi pernapasan, seperti sesak napas, asma, pneumonia, atau gagal napas.
3. Mengontrol Efektivitas Pengobatan: Menilai respons pasien terhadap pengobatan atau intervensi yang diberikan, seperti terapi oksigenasi.
4. Menilai Tingkat Kesejahteraan Pasien: Sebagai indikator tambahan untuk mengevaluasi kondisi umum pasien.

3) Indikasi

Menurut (Linton & Matteson, 2020), inikasi penghitungan pernafasan adalah:

1. Memonitor Fungsi Pernapasan
2. Penyakit Pernapasan Akut dan Kronis:

3. Pasca-operasi:

Pasien yang baru menjalani operasi, terutama operasi besar atau yang melibatkan anestesi umum, perlu dipantau pernapasannya untuk memastikan bahwa tidak terjadi komplikasi, seperti depresiasi pernapasan akibat efek obat bius.

4. Gangguan Metabolik atau Sistemik:

5. Kondisi Kardiovaskular

6. Trauma atau Cedera

7. Gangguan Keseimbangan Elektrolit

Menurut *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (Linton & Matteson, 2020), "Monitoring respiratory rate provides essential information regarding a patient's oxygenation and ventilation status. Changes in the rate, depth, and pattern of respirations can provide early indicators of respiratory compromise or systemic disturbances."

4) Persiapan Alat

Persiapan Persiapan Alat :

1. Arloji tangan dengan petunjuk detik

2. Buku catatan

Persiapan Pasien

1. Pasien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang akan diberikan

2. Posisi yang aman dan nyaman

Persiapan mahasiswa

1. Melakukan tindakan dengan sistematis

2. Komunikasi efektif dengan klien

3. mempersiapkan diri dengan APD sesuai yang diperlukan

5) Prosedur

1. Posisi pasien: Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman, baik itu duduk atau berbaring. Jika pasien tidak sadar atau tidak bisa berkomunikasi, perhatikan gerakan dada atau perut.
2. Perhatikan waktu: Sebaiknya menghitung pernapasan selama satu menit penuh untuk mendapatkan hasil yang akurat. Namun, jika tidak memungkinkan, bisa dihitung dalam 30 detik kemudian dikalikan dua.
3. Pengamatan gerakan dada atau perut: Amati gerakan dada atau perut pasien saat mereka bernapas. Setiap kali dada atau perut bergerak naik dan turun, itu dihitung sebagai satu siklus pernapasan.
4. Hindari memberi tahu pasien: Jangan beri tahu pasien bahwa Anda sedang menghitung pernapasan mereka karena mereka mungkin akan mengubah pola napasnya.
5. Catat laju pernapasan: Catat jumlah pernapasan yang terjadi dalam satu menit. Nilai nafas normal
1. Bayi : 30-40 kali per menit
2. Anak : 20-50 kali per menit
3. Dewasa 16-24 kali per menit, Jika lebih cepat atau lebih lambat, itu bisa menjadi tanda adanya masalah kesehatan.
6. Evaluasi hasilnya: Bandingkan hasil yang didapat dengan rentang normal untuk usia dan kondisi pasien. Jika ada kelainan, segera tindak lanjuti dengan pemeriksaan lebih lanjut atau intervensi medis.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

**Daftar Tilik Standar Prosedur Operasion (SPO) Prosedure
Menghitung Pernapasan**

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/ data klien			
	Persiapan Alat 1. Jam tangan 2. Buku catatan 3. <i>Alat tulis</i>			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. Salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramah pada saat bertemu 2. Rencana tindakan di jelaskan tujuan, prosedur, dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Posisi pasien: Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman, baik itu duduk atau berbaring. Jika pasien tidak sadar atau tidak bisa berkomunikasi, perhatikan gerakan dada atau perut mereka.			
	3. Perhatikan waktu: Sebaiknya menghitung pernapasan selama satu menit penuh untuk mendapatkan hasil yang akurat. Namun, jika tidak memungkinkan, bisa dihitung dalam 30 detik kemudian dikalikan dua.			
	4. Pengamatan gerakan dada atau perut: Amati gerakan dada atau perut pasien saat mereka bernapas. Setiap kali dada atau perut bergerak naik dan turun, itu dihitung sebagai satu siklus pernapasan			
	5. Hindari memberi tahu pasien: Jangan beri tahu pasien bahwa Anda sedang menghitung pernapasan mereka karena mereka mungkin akan mengubah pola napasnya			

	6. Catat laju pernapasan: Catat jumlah pernapasan yang terjadi dalam satu menit. Kecepatan napas yang normal pada orang dewasa adalah sekitar 12-20 kali per menit. Jika lebih cepat atau lebih lambat, itu bisa menjadi tanda adanya masalah kesehatan			
4	Tahap Terminasi			
	a. Lepaskan sarung tangan			
	b. Cuci tangan			
	c. Evaluasi hasilnya: Bandingkan hasil yang didapat dengan rentang normal untuk usia dan kondisi pasien. Jika ada kelainan, segera tindak lanjuti dengan pemeriksaan lebih lanjut atau intervensi medis.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2.2.2 Petunjuk penilaian

Daftar tilik ini memuat langkah-langkah kegiatan yang dilakukan praktikan, mulai dari persiapan hingga pelaksanaan praktikum. Tiap langkah kegiatan yang diamati diberi nilai dengan skala sebagai berikut :

- 0 = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan).
- 1 = Kegiatan dilakukan tapi belum lengkap atau sempurna (lengkap atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan yang tidak sesuai).
- 2 = Dilakukan dengan lengkap (semua langkah atau prosedur

dilakukan dengan baik dan benar, serta urutannya sesuai
Untuk menilai hasil dari Latihan saudara makan akan diisi pada
daftar tilik yang akan dibuat pada masing masing topik.

2.2.3 Memposisikan pasien fowler dan semifowler

1) Definisi

Memposisikan pasien dalam posisi Fowler dan Semifowler adalah teknik keperawatan yang digunakan untuk meningkatkan kenyamanan, mendukung pernapasan, dan memfasilitasi proses pemulihan pasien. Kedua posisi ini memiliki manfaat yang berbeda, namun keduanya sangat penting dalam perawatan pasien.

1. Posisi Fowler

Pengertian:

Posisi Fowler adalah posisi di mana tubuh bagian atas pasien diangkat dengan sudut antara 45–60 derajat. Posisi ini membantu pasien yang membutuhkan pernapasan lebih baik atau bagi pasien yang sedang menjalani pemulihan setelah operasi.

Tujuan:

- Meningkatkan Ekspansi Paru-paru: Posisi ini membantu memperluas rongga dada, sehingga meningkatkan kapasitas paru-paru dan membantu pasien yang mengalami kesulitan bernapas.
- Mengurangi Tekanan pada Diafragma: Dengan tubuh bagian atas yang terangkat, posisi ini membantu mengurangi tekanan pada diafragma, yang bermanfaat bagi pasien dengan masalah pernapasan atau pencernaan.
- Meningkatkan Kenyamanan: Posisi ini juga memberikan kenyamanan bagi pasien yang mungkin merasa tidak nyaman jika berbaring datar, seperti setelah operasi.

Indikasi:

- Pasien dengan gangguan pernapasan (seperti pneumonia, asma, atau gagal napas).
- Pasien setelah operasi untuk membantu mengurangi tekanan pada paru-paru.
- Pasien yang membutuhkan bantuan untuk bernapas, misalnya pasien dengan sesak napas.

Prosedur Kerja Memposisikan Pasien dalam Posisi Fowler:

1. Persiapkan Tempat Tidur: Sesuaikan tempat tidur sehingga kepala pasien dapat dinaikkan hingga sudut 45-60 derajat.
2. Posisikan Pasien: Angkat tubuh bagian atas pasien menggunakan tempat tidur yang dapat disesuaikan, atau bantu pasien untuk duduk jika tempat tidur tidak bisa disesuaikan.
3. Penempatan Bantal: Letakkan bantal di bawah kepala dan punggung atas pasien untuk kenyamanan tambahan dan dukungan.
4. Periksa Kenyamanan: Pastikan pasien merasa nyaman dan tidak mengalami kesulitan bernapas. Atur kaki pasien untuk memberikan stabilitas.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

Daftar Tilik Standar Prosedur Operasional (SPO) Prosedur Memposisikan pasien Fowler

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi l. Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan Alat 1. Handscoen 2. Tempat tidur			

	3. Bantal			
2	<p>B. Orientasi</p> <p>PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam teraupetik disampaikan kepadaklien/keluarga dengan ramah pada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien / keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi Kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	Pakai sarung tangan			
	Persiapkan Tempat Tidur: Sesuaikan tempat tidur sehingga kepala pasien dapat dinaikkan hingga sudut 45-60 derajat.			
	Posisikan Pasien: Angkat tubuh bagian atas pasien menggunakan tempat tidur yang dapat disesuaikan, atau bantu pasien untuk duduk jika tempat tidur tidak bisa disesuaikan.			
	Penempatan Bantal: Letakkan bantal di bawah kepala dan punggung atas pasien untuk kenyamanan tambahan dan dukungan.			
	Periksa Kenyamanan: Pastikan pasien merasa nyaman dan tidak mengalami kesulitan bernapas. Atur kaki pasien untuk memberikan stabilitas.			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan Handscoen			
	Cuci tangan			
	Lakukan evaluasi terhadap kenyamanan klien			
	Dokumentasikan respon klien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggix100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2. Posisi Semifowler

Pengertian:

Posisi Semifowler adalah posisi di mana tubuh bagian atas pasien diangkat dengan sudut sekitar 30–45 derajat. Posisi ini lebih rendah daripada posisi Fowler dan sering digunakan untuk kenyamanan pasien dan untuk mencegah komplikasi terkait pernapasan. (Linton & Matteson, 2020):

Tujuan:

- Memudahkan Pernapasan: Posisi ini membantu memfasilitasi pernapasan dengan mengurangi beban pada paru-paru dan diafragma.
- Mencegah Aspirasi: Posisi ini juga sering digunakan untuk mencegah terjadinya aspirasi pada pasien yang berisiko tercekik atau menelan makanan atau cairan ke saluran pernapasan.
- Meningkatkan Kenyamanan: Pasien merasa lebih nyaman dengan posisi tubuh yang lebih sedikit terangkat dibandingkan dengan posisi Fowler.

Indikasi:

- Pasien yang berisiko tinggi mengalami aspirasi atau kesulitan menelan.
- Pasien yang membutuhkan posisi setengah duduk, tetapi tidak terlalu tinggi (misalnya, pasien dengan tekanan darah rendah atau pasien pasca-operasi).

- Pasien yang mengalami gangguan pernapasan ringan atau yang memerlukan sedikit elevasi tubuh.

Prosedur Kerja Memposisikan Pasien dalam Posisi Semifowler:

1. Persiapkan Tempat Tidur: Sesuaikan tempat tidur untuk mengangkat kepala pasien sekitar 30–45 derajat.
2. Penempatan Bantal: Tempatkan bantal di bawah kepala pasien dan juga bisa di bawah lutut untuk menambah kenyamanan dan mengurangi tekanan pada punggung bawah.
3. Periksa Kenyamanan dan Keamanan: Pastikan pasien merasa nyaman dan tidak ada masalah dengan pernapasan atau posisi tubuh mereka.

Lembar pemeriksaan dan Daftar Tilik Mengatur Posisi Semi Fowler

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasi/ data klien			
	Persiapan Alat 1. <i>Handsoen</i> 2. Bantal 3. Tempat tidur			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. Salam teraupetik disampaikan kepadaklien/keluarga dengan ramah pada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien / keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang			

3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Pakai sarung tangan			
	3. Persiapkan Tempat Tidur: Sesuaikan tempat tidur untuk mengangkat kepala pasien sekitar 30–45 derajat.			
	4. Posisikan Pasien: Angkat tubuh bagian atas pasien menggunakan tempat tidur yang dapat disesuaikan, atau bantu pasien untuk duduk jika tempat tidur tidak bisa disesuaikan.			
	6. Penempatan Bantal: Letakkan bantal di bawah kepala dan punggung atas pasien untuk kenyamanan tambahan dan dukungan.			
	7. Periksa Kenyamanan: Pastikan pasien merasa nyaman dan tidak mengalami kesulitan bernapas. Atur kaki pasien untuk memberikan stabilitas.			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan Handscoen			
	2. Cuci tangan			
	3. Lakukan evaluasi terhadap kenyamanan klien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggix100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2.2.4 Mengumpulkan sputum untuk pemeriksaan

1) Definisi

Mengumpulkan sputum adalah proses pengambilan sampel dahak (lendir yang keluar dari saluran pernapasan) yang dikeluarkan melalui batuk untuk diperiksa lebih lanjut di laboratorium. Pemeriksaan sputum umumnya dilakukan untuk mendeteksi adanya

infeksi, patogen, atau kondisi medis lain yang berhubungan dengan saluran pernapasan.

2) Tujuan

- Mendiagnosis Infeksi Saluran Pernapasan: Salah satu tujuan utama mengumpulkan sputum adalah untuk mendeteksi adanya infeksi, seperti tuberkulosis (TB), pneumonia, atau bronkitis.
- Mendeteksi Patogen Penyebab Penyakit: Sputum dapat diperiksa untuk mencari bakteri, virus, jamur, atau mikroorganisme lain yang dapat menyebabkan penyakit pernapasan.
- Menilai Kondisi Peradangan: Pemeriksaan sputum juga dapat membantu dalam menilai adanya peradangan pada saluran pernapasan, yang dapat menjadi indikator penyakit lain, seperti asma atau penyakit paru obstruktif kronis (PPOK).
- Memantau Keberhasilan Pengobatan: Pada pasien yang sedang menjalani pengobatan untuk infeksi pernapasan, pemeriksaan sputum digunakan untuk mengevaluasi respons terhadap terapi.

Indikasi

- Penyakit Pernafasan Kronis: Pasien dengan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), asma, atau fibrosis kistik mungkin memerlukan pemeriksaan sputum untuk memantau kondisi mereka.
- Gejala Infeksi Saluran Pernapasan: Pasien dengan batuk produktif (batuk yang mengeluarkan dahak) yang berlangsung lama atau disertai demam, sesak napas, atau nyeri dada.
- Kecurigaan Tuberkulosis (TB): Untuk mendeteksi keberadaan *Mycobacterium tuberculosis* yang menyebabkan infeksi paru-paru.
- Pneumonia atau Infeksi Paru-paru Lain: Untuk memastikan diagnosis dan mencari patogen penyebab infeksi.

- Konsultasi dengan Spesialis: Pengumpulan sputum dapat dilakukan untuk mengkonfirmasi diagnosis yang memerlukan pemeriksaan mikrobiologis lebih lanjut.

Prosedur Kerja Mengumpulkan Sputum:

3) **Persiapan Pasien:**

- Beri penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya mengumpulkan sputum dan bagaimana cara yang benar.
- Pastikan pasien tidak mengumpulkan sampel saliva (air liur), karena itu tidak sesuai untuk pemeriksaan sputum.
- Minta pasien untuk mencuci tangan sebelum prosedur untuk mencegah kontaminasi.

4) **Prosedur**

Instruksi kepada Pasien:

- Pasien diminta untuk duduk tegak dan mengambil napas dalam.
- Instruksikan pasien untuk batuk dengan keras dan mengeluarkan dahak langsung ke dalam wadah yang bersih dan kering (biasanya wadah plastik steril yang disediakan).
- Jika perlu, pasien dapat diminta untuk batuk beberapa kali untuk mendapatkan sputum yang cukup.

Pengumpulan Sputum:

- Setelah pasien batuk dan mengeluarkan sputum, pastikan sputum dikumpulkan dalam wadah yang sesuai.
- Pastikan pasien menutup wadah dengan rapat setelah pengambilan sputum selesai.

Transportasi dan Penyimpanan Sampel:

- Kirimkan sampel sputum ke laboratorium sesegera mungkin untuk pemeriksaan lebih lanjut.

- Jika sampel tidak langsung dapat dikirim ke laboratorium, simpan sampel dalam wadah tertutup di tempat yang sesuai, biasanya di dalam lemari es, untuk menjaga integritas sampel.

Pencatatan:

- Catat informasi pasien seperti nama, ID pasien, tanggal pengambilan sampel, serta jenis pemeriksaan yang diminta (misalnya, pemeriksaan kultur, mikroskopik, atau tes molekuler).

Pencegahan Infeksi dan Kontaminasi:

- Pastikan semua prosedur dilakukan dengan hati-hati untuk mencegah kontaminasi atau penyebaran infeksi, terutama jika pasien dicurigai menderita penyakit menular seperti tuberkulosis.

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasi rencana Tindakan / data klien			
	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> a. Wadah pengumpul sputum (Pot sputum) b. Masker wajah c. Sarung tangan medis d. Tissue atau kain 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> 1. Salam teraupetik disampaikan kepadaklien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencana tindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti (Beri penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya mengumpulkan sputum dan bagaimana cara yang benar) 3. Rencana program divalidasi Kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Pakai Handscoen			

	<p>3. Pastikan pasien tidak mengumpulkan sampel saliva (air liur), karena itu tidak sesuai untuk pemeriksaan sputum.</p> <p>4. Minta pasien untuk mencuci tangan sebelum prosedur untuk mencegah kontaminasi.</p>			
	<p>5. Instruksikan kepada Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien diminta untuk duduk tegak dan mengambil napas dalam. - Instruksikan pasien untuk batuk dengan keras dan mengeluarkan dahak langsung ke dalam wadah yang bersih dan kering (biasanya wadah plastik steril yang disediakan). - Jika perlu, pasien dapat diminta untuk batuk beberapa kali untuk mendapatkan sputum yang cukup. 			
	<p>6. Pengumpulan Sputum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Setelah pasien batuk dan mengeluarkan sputum, pastikan sputum dikumpulkan dalam wadah yang sesuai. - Pastikan pasien menutup wadah dengan rapat setelah pengambilan sputum selesai. 			
	<p>7. Transportasi dan Penyimpanan Sampel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kirimkan sampel sputum ke laboratorium sesegera mungkin untuk pemeriksaan lebih lanjut. - Jika sampel tidak langsung dapat dikirim ke laboratorium, simpan sampel dalam wadah tertutup di tempat yang sesuai, biasanya di dalam lemari es, untuk menjaga integritas sampel. 			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	<p>Pencatatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mencatat informasi pasien seperti nama, ID pasien, tanggal pengambilan sampel, serta jenis pemeriksaan yang diminta (misalnya, pemeriksaan kultur, mikroskopik, atau tes molekuler). <p>5) Pencegahan Infeksi dan Kontaminasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memastikan semua prosedur dilakukan dengan hati-hati untuk mencegah kontaminasi atau penyebaran infeksi, terutama jika pasien dicurigai menderita penyakit menular seperti tuberkulosis. 			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2.2.5 Memberikan oksigen nasal kanul (baik pada pasien sadar/ penurunan kesadaran)

1) Definisi

Memberikan oksigen dengan nasal kanul adalah salah satu metode pemberian oksigen yang digunakan untuk pasien yang membutuhkan tambahan oksigen untuk memenuhi kebutuhan tubuh mereka. Nasal kanul adalah alat medis yang digunakan untuk memberikan oksigen melalui saluran hidung secara langsung.

2) Tujuan:

- Menambah Asupan Oksigen
- Mempertahankan Fungsi Pernapasan
- Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien
- Memberikan Pemberian Oksigen yang Nyaman

3) Indikasi

Pemberian oksigen dengan nasal kanul biasanya diberikan pada pasien dengan kondisi medis tertentu yang menyebabkan penurunan kadar oksigen dalam darah. Beberapa indikasi umum pemberian oksigen menggunakan nasal kanul adalah:

- Hipoksemia
- Penyakit Paru-paru Kronis (PPOK)
- Asma
- Gagal Pernapasan
- Pasca-operasi

4) **Prosedur Kerja Memberikan Oksigen dengan Nasal Kanul:**

1. **Persiapan:**

- Siapkan alat oksigen dan nasal kanul yang akan digunakan.
- Pastikan peralatan oksigen (selang oksigen, regulator, dan sumber oksigen) berfungsi dengan baik.
- Cuci tangan dengan benar untuk mencegah infeksi silang.
- Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman dan stabil, biasanya dalam posisi duduk atau setengah duduk.

2. **Pemasangan Nasal Kanul:**

- Ambil nasal kanul dan pastikan kedua ujung kanul (tabung kecil) dalam keadaan bersih dan siap dipasang.
- Letakkan ujung kanul ke dalam kedua lubang hidung pasien, pastikan kanul terpasang dengan nyaman namun tidak menekan hidung pasien.
- Sesuaikan selang oksigen yang terhubung ke nasal kanul agar pasien merasa nyaman.

3. **Pengaturan Aliran Oksigen:**

- Nyalakan sumber oksigen dan atur aliran oksigen sesuai dengan dosis yang direkomendasikan oleh dokter atau petunjuk medis. Biasanya, aliran oksigen untuk nasal kanul berkisar antara 1-6 liter per menit, tergantung pada kebutuhan oksigen pasien.
- Pastikan aliran oksigen stabil dan tidak ada kebocoran pada selang.

4. **Pemantauan:**

- Pantau saturasi oksigen pasien dengan menggunakan alat pulse oximeter untuk memastikan bahwa kadar oksigen dalam darah berada pada tingkat yang aman (biasanya 92% atau lebih).
- Periksa kenyamanan pasien dan pastikan nasal kanul tetap terpasang dengan baik.
- Pastikan pasien tidak merasa tertekan atau kesulitan bernapas.

5. Pemberian Edukasi:

- Berikan edukasi kepada pasien tentang cara penggunaan nasal kanul dan pentingnya menjaga kebersihan peralatan oksigen.
- Ingatkan pasien untuk menjaga hidung tetap terbuka agar oksigen dapat mengalir dengan baik.

6. Pemeliharaan dan Pembersihan:

- Nasal kanul harus dibersihkan secara rutin untuk mencegah infeksi atau penumpukan kotoran.
- Pembersihan nasal kanul dapat dilakukan dengan menggunakan sabun ringan dan air hangat, kemudian dikeringkan dengan handuk bersih.

Lembar Penilaian dan Dafrat Tilik Memberikan Oksigen dengan Nasal Kanul

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasi rencana Tindakan / data klien			
	Persiapan Alat a. Wadah pengumpul sputum (Pot Sputum) b. Masker wajah c. Sarung tangan medis d. Tissue			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN salam teraupetik disampaikan kepadaklien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 1. Rencana tindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan			

	<p>dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Rencana program divalidasi kembali 3. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 4. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	<p>a. Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan alat oksigen dan nasal kanul yang akan digunakan. 2. Pastikan peralatan oksigen (selang oksigen, regulator, dan sumber oksigen) berfungsi dengan baik. 3. Cuci tangan dengan benar untuk mencegah infeksi silang. 4. Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman dan stabil, biasanya dalam posisi duduk atau setengah duduk. 			
	<p>b. Pemasangan Nasal Kanul:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil nasal kanul dan pastikan kedua ujung kanul (tabung kecil) dalam keadaan bersih dan siap dipasang. 2. Letakkan ujung kanul ke dalam kedua lubang hidung pasien, pastikan kanul terpasang dengan nyaman namun tidak menekan hidung pasien. 3. Sesuaikan selang oksigen yang terhubung ke nasal kanul agar pasien merasa nyaman. 			
	<p>c. Pengaturan Aliran Oksigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyalakan sumber oksigen dan atur aliran oksigen sesuai dengan dosis yang direkomendasikan oleh dokter atau petunjuk medis. Biasanya, aliran oksigen untuk nasal kanul berkisar antara 1-6 liter per menit, tergantung pada kebutuhan oksigen pasien. 2. Pastikan aliran oksigen stabil dan tidak ada kebocoran pada selang. 			
	<p>d. Pemantauan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau saturasi oksigen pasien dengan menggunakan alat pulse oximeter untuk memastikan bahwa kadar oksigen dalam darah berada pada tingkat yang aman 			

	(biasanya 92% atau lebih). 2. Periksa kenyamanan pasien dan pastikan nasal kanul tetap terpasang dengan baik. 3. Pastikan pasien tidak merasa tertekan atau kesulitan bernapas.			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	a. Pemberian Edukasi: - Berikan edukasi kepada pasien tentang cara penggunaan nasal kanul dan pentingnya menjaga kebersihan peralatan oksigen. - Ingatkan pasien untuk menjaga hidung tetap terbuka agar oksigen dapat mengalir dengan baik.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2.2.6 Melatih nafas dalam

Definisi:

Melatih pernapasan dalam adalah latihan yang melibatkan pengambilan napas dalam dan perlahan melalui hidung, diikuti dengan pengeluaran napas secara perlahan melalui mulut. Teknik ini membantu melatih otot pernapasan, meningkatkan oksigenasi tubuh, dan mengurangi ketegangan di saluran pernapasan. Biasanya, pernapasan dalam digunakan untuk meningkatkan kesehatan pernapasan dan mengurangi stres.

1) Tujuan

- Meningkatkan Kapasitas Paru-paru
- Meningkatkan Oksigenasi
- Mengurangi Stres dan Kecemasan
- Meningkatkan Fungsi Otot Pernapasan
- Memperbaiki Kualitas Pernapasan

2) Indikasi

- Pasien dengan Gangguan Pernapasan.
- Pasien yang Mengalami Stres atau Kecemasan
- Pasien Pasca-operasi
- Pasien dengan Gangguan Sirkulasi
- Pasien dengan Gangguan Tidur

3) Prosedur Kerja Melatih Pernapasan Dalam:

1. Persiapan Pasien: Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman, seperti duduk tegak di kursi dengan punggung lurus atau berbaring dengan posisi kepala sedikit terangkat. Berikan instruksi yang jelas kepada pasien tentang cara melatih pernapasan dalam.
2. Instruksi Teknik Pernapasan: Ambil napas dalam-dalam melalui hidung: Minta pasien untuk menarik napas perlahan-lahan melalui hidung dengan mulut tertutup. Instruksikan pasien untuk merasakan udara yang masuk ke dalam paru-paru mereka dan perut mereka mengembang saat menarik napas. Tahan napas sejenak: Instruksikan pasien untuk menahan napas selama beberapa detik (sekitar 2-3 detik), tergantung pada kenyamanan pasien. Buang napas perlahan-lahan melalui mulut: Minta pasien untuk mengeluarkan napas perlahan-lahan melalui mulut, seolah-olah sedang meniup melalui sedotan. Pastikan pasien mengosongkan paru-paru sepenuhnya. Ulangi: Latihan ini dapat diulang selama 5-10 menit, dengan istirahat

jika diperlukan.

3. Pemantauan dan Penyesuaian: Pantau kenyamanan pasien dan pastikan mereka tidak merasa pusing atau kesulitan bernapas. Jika pasien merasa tidak nyaman, kurangi durasi latihan atau berikan waktu lebih banyak untuk beristirahat di antara sesi pernapasan. Latihan ini bisa dilakukan 2-3 kali sehari atau sesuai dengan petunjuk medis.
4. Pemberian Edukasi: Berikan edukasi kepada pasien mengenai pentingnya latihan pernapasan ini dan bagaimana cara melakukannya secara mandiri di rumah untuk meningkatkan kualitas pernapasan mereka.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Melatih Pernapasan Dalam

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan Alat 2. Jam tangan 3. Catatan 4. <i>Alat tulis</i>			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. salam teraupetik disampaikan kepadaklien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencana tindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	Atur posisi pasien berada dalam posisi yang nyaman, seperti duduk tegak di kursi dengan punggung lurus			

	atau berbaring dengan posisi kepala sedikit terangkat.			
	<p>a. Instruksi Teknik Pernapasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil napas dalam-dalam melalui hidung: Minta pasien untuk menarik napas perlahan-lahan melalui hidung dengan mulut tertutup. - Instruksikan pasien untuk merasakan udara yang masuk ke dalam paru-paru mereka dan perut mereka mengembang saat menarik napas. - Tahan napas sejenak: Instruksikan pasien untuk menahan napas selama beberapa detik (sekitar 2-3 detik), tergantung pada kenyamanan pasien. - Buang napas perlahan-lahan melalui mulut: Minta pasien untuk mengeluarkan napas perlahan-lahan melalui mulut, seolah-olah sedang meniup melalui sedotan/botol. - Pastikan pasien mengosongkan paru-paru sepenuhnya. - Ulangi: Latihan ini dapat diulang selama 5-10 menit, dengan istirahat jika diperlukan. 			
	<p>b. Pemantauan dan Penyesuaian: Pantau kenyamanan pasien dan pastikan mereka tidak merasa pusing atau kesulitan bernapas. Jika pasien merasa tidak nyaman, kurangi durasi latihan atau berikan waktu lebih banyak untuk beristirahat di antara sesi pernapasan. Latihan ini bisa dilakukan 2-3 kali sehari atau sesuai dengan petunjuk medis.</p>			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	Dokumentasikan respon pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2.2.7 Melatih Batuk Efektif

1) Definisi

Melatih batuk efektif adalah teknik yang digunakan untuk membantu pasien mengeluarkan dahak atau lendir dengan cara batuk yang terkendali dan terarah. Batuk efektif dirancang untuk menghindari batuk yang kuat dan tidak terkontrol yang dapat menyebabkan cedera atau ketegangan, sambil memastikan bahwa lendir yang terperangkap dapat dikeluarkan dari saluran pernapasan bagian bawah

2) Tujuan:

- Mengeluarkan Lendir atau Sekresi
- Mencegah Penumpukan Lendir
- Meningkatkan Fungsi Pernapasan
- Mengurangi Risiko Infeksi
- Meningkatkan Kualitas Hidup

3) Indikasi:

- Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)
- Fibrosis Kistik
- Pneumonia atau Bronkitis
- Pasca Operasi
- Asma atau Penyakit Paru Lainnya

4) Prosedur Kerja Melatih Batuk Efektif:

1. Persiapan Pasien:

- Jelaskan kepada pasien tentang tujuan dan pentingnya melatih batuk efektif.
- Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman dan stabil, biasanya duduk dengan punggung tegak untuk mempermudah aliran udara dan pernapasan.
- Jika pasien tidak dapat duduk, posisi semi-Fowler (dengan kepala

sedikit terangkat) juga dapat digunakan.

2. Instruksi untuk Batuk Efektif:

- Ambil napas dalam: Minta pasien untuk menarik napas dalam-dalam melalui hidung, memastikan udara masuk ke bagian bawah paru-paru.
- Tahan napas selama beberapa detik: Instruksikan pasien untuk menahan napas sekitar 2-3 detik untuk memastikan paru-paru penuh dengan udara.
- Batuk dengan lembut dan terkontrol: Setelah menahan napas, minta pasien untuk batuk secara perlahan dan terkendali, berfokus untuk mengeluarkan sekresi dari saluran pernapasan tanpa batuk yang keras dan tidak terkendali. Batuk harus dilakukan dengan dua atau tiga kali batuk berturut-turut jika diperlukan untuk mengeluarkan lendir.
- Jaga posisi tubuh: Dorong pasien untuk menjaga posisi tubuh tegak dan menghindari membungkuk saat batuk untuk mempermudah pengeluaran lendir.
- Atur pengulangan: Latihan ini dapat dilakukan 2-3 kali per sesi, tergantung pada kenyamanan pasien, dan dapat diulang 3-4 kali sehari.

3. Pemantauan:

- Pantau respon pasien selama latihan, pastikan pasien tidak merasa pusing atau lelah setelah melakukan teknik batuk.
- Jika pasien merasa sesak atau batuk terlalu keras, beri waktu istirahat sebelum melanjutkan latihan.
- Periksa efek batuk pada pasien, apakah berhasil mengeluarkan sekresi atau tidak, dan pastikan tidak ada cedera atau ketegangan pada tubuh pasien.

4. Pemberian Edukasi:

- Edukasi pasien mengenai pentingnya latihan batuk ini untuk mencegah komplikasi dan membantu meningkatkan pernapasan.
- Ajarkan pasien untuk menghindari batuk yang terlalu keras yang bisa menyebabkan iritasi atau cedera pada saluran pernapasan.

5. Penyuluhan mengenai Pengelolaan Lendir:

- Jelaskan kepada pasien bagaimana cara mengelola lendir secara efektif di rumah, seperti menggunakan humidifier, menjaga hidrasi, dan menghindari faktor pemicu seperti polusi udara.

Daftar tilik penilaian Melatih Batuk Efektif

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Wadah atau tissue: Untuk menampung dahak atau lendir yang dikeluarkan saat batuk. • Masker atau pelindung wajah: Untuk melindungi diri dari paparan aerosol atau kuman ketika batuk (terutama jika pasien mengeluarkan batuk yang keras). • Nebulizer atau inhaler: Untuk membantu melonggarkan lendir di saluran pernapasan dan memudahkan proses batuk (biasa digunakan dalam kasus gangguan pernapasan seperti asma atau bronkitis). 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN a. salam terapeutik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu b. Rencana tindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti (Jelaskan kepada pasien tentang tujuan dan pentingnya melatih batuk efektif, Edukasi pasien mengenai pentingnya latihan batuk ini untuk mencegah			

	<p>komplikasi dan membantu meningkatkan pernapasan)</p> <p>c. Rencana program divalidasi kembali</p> <p>d. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi</p> <p>e. Kesiapan klien dikaji ulang</p>			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	<p>a. Mengatur Posisi Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman dan stabil, biasanya duduk dengan punggung tegak untuk mempermudah aliran udara dan pernapasan. - Jika pasien tidak dapat duduk, posisi semi-Fowler (dengan kepala sedikit terangkat) juga dapat digunakan. 			
	<p>b. Instruksi untuk Batuk Efektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil napas dalam: Minta pasien untuk menarik napas dalam-dalam melalui hidung, memastikan udara masuk ke bagian bawah paru-paru. - Tahan napas selama beberapa detik: Instruksikan pasien untuk menahan napas sekitar 2-3 detik untuk memastikan paru-paru penuh dengan udara. - Batuk dengan lembut dan terkontrol: Setelah menahan napas, minta pasien untuk batuk secara perlahan dan terkendali, berfokus untuk mengeluarkan sekresi dari saluran pernapasan tanpa batuk yang keras dan tidak terkendali. Batuk harus dilakukan dengan dua atau tiga kali batuk berturut-turut jika diperlukan untuk mengeluarkan lendir - Ajarkan pasien untuk menghindari batuk yang terlalu keras yang bisa menyebabkan iritasi atau cedera pada saluran pernapasan. - Jaga posisi tubuh: Dorong pasien untuk menjaga posisi tubuh tegak dan menghindari membungkuk saat batuk untuk mempermudah pengeluaran lendir. 			
	<p>c. Pemantauan respon pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau respon pasien selama latihan, pastikan pasien tidak merasa pusing atau lelah setelah melakukan teknik batuk. - Jika pasien merasa sesak atau batuk terlalu keras, beri waktu istirahat sebelum melanjutkan latihan. - Periksa efek batuk pada pasien, apakah berhasil mengeluarkan sekresi atau tidak, dan pastikan tidak ada cedera atau ketegangan pada tubuh 			

	pasien.			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2.3 Daftar Pustaka

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.
- Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 3

Praktika Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Cairan & Elektrolit

3.1 Deskripsi Pembelajaran

Pembelajaran tentang kebutuhan cairan dan elektrolit bertujuan untuk memberikan pemahaman yang mendalam mengenai peran cairan dan elektrolit dalam tubuh, serta bagaimana pengelolaannya dalam konteks kesehatan dan penyakit. Cairan dan elektrolit berperan penting dalam mempertahankan fungsi fisiologis tubuh, termasuk keseimbangan asam-basa, metabolisme, fungsi organ vital (ginjal, jantung, dan sistem saraf), serta proses hidrasi tubuh. (Suddarth, D. S. (2020).

Penting bagi para mahasiswa keperawatan dan tenaga medis lainnya untuk memahami mekanisme pengaturan cairan tubuh, serta faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, seperti dehidrasi, kelebihan cairan, hiponatremia, hipokalemia, atau gangguan asam-basa. Pemahaman ini akan memungkinkan tenaga medis untuk melakukan penilaian yang tepat terhadap status hidrasi pasien, merancang intervensi yang sesuai, dan memberikan perawatan yang efektif.

3.2 Tindakan Keperawatan Dasar Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

3.2.1 Mengukur Tekanan Darah

1) Definisi

Mengukur tekanan darah adalah proses pengukuran yang dilakukan untuk mengetahui seberapa besar tekanan darah yang diberikan oleh darah terhadap dinding pembuluh darah arteri.

Pengukuran ini biasanya dilakukan dengan menggunakan alat yang disebut sphygmomanometer dan stetoskop. Tekanan darah diukur dalam dua angka: tekanan sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) dan tekanan diastolik (tekanan saat jantung beristirahat di antara detak).

2) Tujuan

1. Mendeteksi Hipertensi atau Hipotensi
2. Monitoring Kondisi Kesehatan
3. Evaluasi Efektivitas Pengobatan
4. Pencegahan Komplikasi Kardiovaskular

3) Indikasi

1. Pasien dengan Riwayat Hipertensi atau Hipotensi
2. Pasien dengan Risiko Penyakit Kardiovaskular
3. Pasien yang Mengalami Keluhan Terkait Sirkulasi Darah
4. Pasien yang Sedang Mengonsumsi Obat Hipertensi atau Diuretik
5. Pasien Pasca Operasi atau Trauma

4) Prosedur Kerja Mengukur Tekanan Darah

1. Persiapan Alat:

- Sphygmomanometer (alat pengukur tekanan darah)
- Stetoskop dan pastikan alat tersebut dalam kondisi baik.

2. Posisi Pasien:

Pasien diminta duduk dengan posisi tubuh yang rileks, tangan di atas meja, dan lengan terbuka, dengan posisi kaki tidak disilangkan. Pastikan pasien dalam keadaan tenang selama 5 menit sebelum pengukuran.

3. Pemilihan Ukuran Manset

Pilih manset sphygmomanometer yang sesuai dengan ukuran lengan pasien. Ukuran manset yang tidak tepat dapat menghasilkan pengukuran yang tidak akurat.

4. Pemasangan Manset:

Pasang manset sekitar 2-3 cm di atas lipatan siku pasien, pastikan manset terpasang dengan rapat namun tidak terlalu ketat.

5. Pengukuran Tekanan Darah:

Gunakan stetoskop untuk mendengarkan suara aliran darah pada arteri brachialis (di lipatan siku). Tentukan titik di mana suara pertama kali terdengar (sistolik) dan suara terakhir (diastolik). Pompa manset hingga sekitar 20-30 mmHg di atas perkiraan tekanan sistolik, lalu lepaskan tekanan secara perlahan.

6. Membaca Hasil Pengukuran:

Catat tekanan darah sistolik (angka pertama) dan tekanan darah diastolik (angka kedua) dalam satuan mmHg.

7. Pencatatan dan Dokumentasi:

Catat hasil pengukuran tekanan darah dan beri tanda waktu pengukuran serta kondisi pasien (misalnya, apakah pasien sedang beraktivitas atau dalam keadaan istirahat).

8. Nilai Normal Tekanan Darah berdasarkan Usia

➤ Dewasa (18 tahun ke atas):

- Tekanan darah normal: 90/60 mmHg hingga 120/80 mmHg
- Hipertensi (tekanan darah tinggi): 130/80 mmHg atau lebih

➤ anak-anak (Usia 1-13 tahun):

- Usia 1-3 tahun: sekitar 95/65 mmHg
- Usia 4-5 tahun: sekitar 100/65 mmHg
- Usia 6-9 tahun: sekitar 105/70 mmHg
- Usia 10-13 tahun: sekitar 110/75 mmHg

➤ Remaja (14-18 tahun):

- Tekanan darah normal: sekitar 110/70 mmHg hingga 120/80 mmHg

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Mengukur Tekanan Darah

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/ data klien			
	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • sphygmomanometer (alat pengukur tekanan darah) • stetoskop, dan pastikan alat tersebut dalam kondisi baik. 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN a. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu b. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti c. Rencana program divalidasi kembali d. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi e. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Pasien diminta duduk dengan posisi tubuh yang rileks, tangan di atas meja, dan lengan terbuka, dengan posisi kaki tidak disilangkan. Pastikan pasien dalam keadaan tenang selama 5 menit sebelum pengukuran.			
	3. Pilih manset sphygmomanometer yang sesuai dengan ukuran lengan pasien. Ukuran manset yang tidak tepat dapat menghasilkan pengukuran yang tidak akurat.			
	4. Pasang manset sekitar 2-3 cm di atas lipatan siku pasien, pastikan manset terpasang dengan rapat namun tidak terlalu ketat.			
	5. Gunakan stetoskop untuk mendengarkan suara aliran darah pada arteri brachialis (di lipatan siku). 6. Tentukan titik di mana suara pertama kali terdengar (sistolik) dan suara terakhir (diastolik). 7. Pompa manset hingga sekitar 20-30 mmHg di atas perkiraan tekanan sistolik, lalu lepaskan tekanan secara perlahan.			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			

	2. Cuci tangan			
	3. Catat hasil pengukuran tekanan darah dan beri tanda waktu pengukuran serta kondisi pasien (misalnya, apakah pasien sedang beraktivitas atau dalam keadaan istirahat).			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.2 Menghitung Nadi

1) Definisi

Menghitung nadi adalah proses pengukuran detak jantung atau denyut nadi yang dirasakan pada pembuluh darah arteri yang dapat dipalpasi, seperti pada pergelangan tangan (arteri radial) atau leher (arteri karotis). Denyut nadi ini menggambarkan jumlah detakan jantung per menit, yang mencerminkan fungsi jantung dan sirkulasi darah secara keseluruhan.

2) Tujuan

1. Memantau Kesehatan Jantung
2. Menilai Kecepatan dan Reguleritas Denyut Jantung
3. Deteksi Dini Gangguan Kardiovaskular
4. Monitoring Pasien
5. Evaluasi Respons Terhadap Aktivitas atau Pengobatan

3) Indikasi

1. Pasien dengan Gangguan Kardiovaskular
2. Pasien dengan Keluhan Gangguan Irama Jantung
3. Pasien dalam Pemulihan Pasca Operasi atau Trauma

4. Pasien yang Mengalami Demam atau Infeksi
5. Pasien yang Menggunakan Obat-Obatan yang Mempengaruhi Denyut Jantung

4) Prosedur Kerja

1. Persiapan Alat dan Lingkungan:

Siapkan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta pastikan pasien dalam keadaan istirahat. Hindari gangguan seperti berbicara atau gerakan yang dapat memengaruhi pengukuran. Gunakan jari tangan yang tepat untuk memeriksa denyut nadi, biasanya ibu jari dan jari telunjuk.

2. Posisi Pasien:

Pasien sebaiknya berada dalam posisi duduk atau berbaring, dengan tangan terbuka dan relaks.

3. Lokasi Pengukuran Nadi:

Pilih lokasi untuk merasakan denyut nadi, seperti:

- Arteri Radial: Pada pergelangan tangan di sisi ibu jari.
- Arteri Karotis: Di sisi leher, tepat di bawah rahang.
- Arteri Brachialis: Di bagian dalam siku.
- Arteri Femoral: Di lipatan selangkangan.

4. Tekan ringan dengan jari untuk merasakan denyut nadi tanpa menekan terlalu keras.

5. Menghitung Denyut Nadi:

- Gunakan jam dengan detik untuk menghitung denyut nadi selama 30 detik, kemudian kalikan hasilnya dengan 2 untuk mendapatkan jumlah denyut per menit.
- Jika denyut nadi tidak teratur, hitung selama satu menit penuh untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.

- Pastikan untuk mencatat apakah denyut nadi teratur atau tidak teratur, dan catat kekuatan atau kualitas denyut nadi (misalnya, lemah, kuat, atau tidak teraba).

6. Pencatatan Hasil:

Catat jumlah denyut nadi per menit, kualitas denyut, serta keteraturan nadi. Dokumentasikan waktu pengukuran dan kondisi pasien (misalnya, apakah pasien sedang istirahat atau beraktivitas).

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Menghitung Nadi

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 9. Mengecek dokumentasi/ data klien			
	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Jam tangan • Catatan • Alat Tulis 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN a. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu b. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti c. Rencana program divalidasi kembali d. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi e. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	10. Siapkan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta pastikan pasien dalam keadaan istirahat. Hindari gangguan seperti berbicara atau gerakan yang dapat memengaruhi pengukuran. Gunakan jari tangan yang tepat untuk memeriksa denyut nadi, biasanya ibu jari dan jari telunjuk.			
	11. Pasien sebaiknya berada dalam posisi duduk atau berbaring, dengan tangan terbuka dan relaks.			

	12. Gunakan jam dengan detik untuk menghitung denyut nadi selama 30 detik, kemudian kalikan hasilnya dengan 2 untuk mendapatkan jumlah denyut per menit. Jika denyut nadi tidak teratur, hitung selama satu menit penuh untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat. 13. Pastikan untuk mencatat apakah denyut nadi teratur atau tidak teratur, dan catat kekuatan atau kualitas denyut nadi (misalnya, lemah, kuat, atau tidak teraba).			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	b. Catat jumlah denyut nadi per menit, kualitas denyut, serta keteraturan nadi. Dokumentasikan waktu pengukuran dan kondisi pasien (misalnya, apakah pasien sedang istirahat atau beraktivitas).			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.3 Pemeriksaan rumple-lead

1) Definisi

Merupakan pemeriksaan permeabilitas dinding pembuluh darah yang ditandai dengan adanya petekie, atau percobaan pembendungan bagian atas lengan untuk menguji fungsi trombosit. Pemeriksaan Rumble-Leed dilakukan dengan cara menekan kulit di bagian tubuh tertentu, seperti pergelangan tangan atau pergelangan kaki, dan kemudian memeriksa apakah ada gangguan atau perubahan pada tekanan yang terjadi setelah tekanan diberikan. Pada pasien dengan demam berdarah, pemeriksaan ini dapat menunjukkan adanya

pembengkakan atau ketidaknormalan dalam distribusi cairan tubuh, yang bisa mengindikasikan sindrom kebocoran plasma, suatu kondisi yang sering terjadi pada fase kritis demam berdarah.

2) Tujuan Pemeriksaan Rumble-Leed

- a. Mendeteksi tanda awal kebocoran plasma, yang dapat mengarah pada syok.
- b. Menilai derajat keparahan dari kebocoran cairan dan membantu dalam monitoring status klinis pasien.
- c. Memberikan informasi penting mengenai pembuluh darah yang mungkin mengalami kebocoran akibat infeksi virus dengue.
- d. Indikasi Pemeriksaan Rumble-Leed

- **Demam Berdarah Dengue (DBD):**

Pemeriksaan ini sangat berguna pada pasien yang diduga terkena demam berdarah untuk mendeteksi adanya kebocoran cairan dari pembuluh darah, yang dapat menyebabkan penurunan volume plasma dalam tubuh. Kebocoran ini berpotensi mengarah pada syok dengue, yang merupakan komplikasi serius pada DBD.

4) Prosedur Kerja Pemeriksaan Rumble-Leed

Persiapan alat:

- Tensimeter,
- Mancet sesuai dengan ukuran,
- Stetoskop
- Buku catatan
- Alat pengukur waktu.

Prosedur pelaksanaan:

1. Cuci tangan;
2. Jelaskan/beritahu prosedur yang akan dilakukan;

3. Atur posisi dengan berbaring atau duduk dengan lengan tersokong setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas;
4. Palpasikan arteri brakhialis dan pasang manchet pada daerah pengukuran tekanan darah, setinggi 2,5 cm di atas denyut arteri brakhialis;
5. Pasang stetoskop dengan meletakkan diafragma dari stetoskop di atas arteri brakhialis;
6. Kembangkan/pompa manchet dengan kecepatan rata-rata 20 mm/Hg hingga di atas titik nadi menghilang;
7. Lepaskan tekanan manchet dengan kecepatan kira-kira 2-3 mm/Hg perdetik;
8. Baca hasil dengan denyutan pertama atau korotkoff I menunjukkan tekanan sistolik dan korotkoff IV/V menunjukkan tekanan diastolik;
9. Tentukan tekanan sistolik dan diastolic;
 - jumlah tekanan sistolik dan diastolik, kemudian dibagi dua;
 - lakukan atau berikan tekanan pada pompa manchet hingga nilai hasil penjumlahan tekanan sistolik dan diastolic yang sudah dibagi dua;
 - tahan tekanan manset selama 5 menit;lepaskan manset;
perikas daerah voral lengan bawah dan hitung jumlah petekie, negatif jika jumlah petekie < 5 per 2,5 x 2,5 cm;
10. catat hasil;
11. cuci tangan;

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Pemeriksaan rumple-lead

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/ data klien			
	Persiapan alat - Tensimeter - Mancet sesuai dengan ukuran - Stetoskop - Buku catatan - Alat pengukur waktu.			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIE - salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramah pada saat bertem - Rencana tindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga menger - Rencana program divalidasi kembal - Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi - Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	12. Cuci tangan			
	13. Atur posisi dengan berbaring atau duduk dengan lengan tersokong setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas 14. Palpasikan arteri brakhialis dan pasang mancet pada daerah pengukuran tekanan darah, setinggi 2,5 cm di atas denyut arteri brakhialis; 15. Pasang stetoskop dengan meletakan diafragma dari stetoskop di atas arteri brakhialis; 16. Kembangkan/pompa mancet dengan kecepatan rata-rata 20 mm/Hg hingga di atas titik nadi menghilang;			

	17. Lepaskan tekanan manchet dengan kecepatan kira-kira 2-3 mm/Hg perdetik; 18. Baca hasil dengan denyutan pertama atau korotkoff I menunjukkan tekanan sistolik dan korotkoff IV/V menunjukkan tekanan diastolik; 19. tentukan tekanan sistolik dan diastolic; 20. jumlah tekanan sistolik dan diastolik, kemudian dibagi dua; 21. lakukan atau berikan tekanan pada pompa manchet hingga nilai hasil penjumlahan tekanan sistolik dan diastolic yang sudah dibagi dua; 22. tahan tekanan manset selama 5 menit; 23. lepaskan manset; 24. perikas daerah voral lengan bawah dan hitung jumlah petekie, negatif jika jumlah petekie < 5 per 2,5 x 2,5 cm			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	Catat hasil			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.4 Memberikan minum per oral

1) Definisi

Pemberian minum per oral (peroralis) adalah metode administrasi obat atau cairan dengan cara diberikan melalui mulut. Obat atau cairan yang diberikan akan diserap melalui saluran pencernaan dan masuk ke dalam aliran darah untuk memberikan efek terapeutik.

2) Tujuan

Menghidrasi tubuh: Pemberian cairan per oral bertujuan untuk menggantikan kehilangan cairan tubuh yang disebabkan oleh dehidrasi, demam, atau kondisi medis lainnya.

- **Administrasi obat:** Salah satu tujuan utama pemberian minum per oral adalah untuk memberikan obat yang telah ditentukan oleh dokter dalam dosis yang tepat untuk pengobatan suatu kondisi medis.
- **Nutrisi:** Pemberian makanan atau suplemen per oral bertujuan untuk memberikan nutrisi yang diperlukan tubuh, terutama jika pasien tidak dapat mengonsumsi makanan padat atau jika mereka membutuhkan tambahan kalori dan nutrisi tertentu.
- **Mengurangi efek samping atau ketidaknyamanan:** Beberapa obat atau cairan diberikan untuk mengurangi gejala atau efek samping dari penyakit, misalnya, untuk meredakan mual atau sakit perut.

3) Indikasi

- **Hidrasi dan Rehidrasi**

Dehidrasi: Ketika pasien mengalami dehidrasi akibat diare, muntah, atau kurangnya asupan cairan, pemberian minum oral bertujuan untuk menggantikan cairan yang hilang.

- **Kekurangan cairan ringan hingga sedang:** Pada pasien yang tidak terlalu berat dehidrasi, pemberian cairan oral seperti air putih atau larutan elektrolit (misalnya, oralit) dapat membantu memperbaiki kondisi.- -

- **Pemberian Nutrisi**

Nutrisi enteral: Pada pasien yang membutuhkan asupan nutrisi tambahan, seperti pasien yang tidak dapat makan dengan normal

namun masih bisa menelan, pemberian cairan yang mengandung nutrisi, seperti susu atau larutan nutrisi enteral, bisa diberikan.

- **Obat yang perlu dikonsumsi dengan cairan:** Beberapa obat perlu diminum dengan cairan untuk mempercepat proses penyerapan dan mengurangi iritasi lambung.

- **Pasca-Operasi**

Pemulihan pasca-bedah: Pasien yang baru saja menjalani operasi sering kali diberikan cairan oral secara bertahap setelah anestesi mulai hilang dan mereka bisa menelan dengan aman. Hal ini dimulai dengan cairan ringan (air atau larutan elektrolit), kemudian dilanjutkan dengan makanan cair atau padat sesuai dengan toleransi pasien

- **Mencegah atau Mengatasi Kekurangan Elektrolit**

Kondisi medis tertentu: Pada pasien yang mengalami ketidakseimbangan elektrolit (seperti hipokalemia, hiponatremia), pemberian cairan oral dengan komposisi elektrolit tertentu dapat membantu mengembalikan keseimbangan yang hilang.

- **Pemulihan Pasca-Cairan Intravenosa**

Setelah pasien menerima cairan intravena untuk rehidrasi atau mengatasi kekurangan cairan, pemberian cairan oral secara bertahap bisa dilakukan untuk melanjutkan proses hidrasi secara alami.

- **Pasca-Operasi atau Pasien Imobilisasi:** Pemberian cairan secara oral dapat membantu mencegah pembekuan darah dengan menjaga cairan tubuh yang cukup serta meningkatkan sirkulasi darah, terutama pada pasien yang baru menjalani operasi atau memiliki mobilitas terbatas.

4) Persiapan alat dan bahan:

- a. meja/baki,
- b. air minum dalam gelas dan sedotan.

- c. tisu
- d. bengkok/piala ginjal
- e. pengalas
- f. gelas pengukur (jika diperlukan)

5) Prosedur Kerja

- o Cuci tangan
- o kaji kemampuan untuk minum peroral , seperti menelan, adanya mual, muntah dan lain-lain;
- o ambil minuman sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan dan gunakan teknik aseptik dalam menjaga kebersihan;
- o bantu untuk meminumkannya dengan mengaturkan posisi terlebih dahulu (duduk) apabila memungkinkan dalam posisi lateral untuk mempermudah proses penelanan;
- o cuci tangan;
- o catat perubahan, seperti denyut nadi dan tekanan darah, serta reaksi terhadap pemberian, dan evaluasi respons

2. Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Memberikan minum oral

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi			
	1. Mengecek dokumentasi rencana Tindakan /data klien 2. Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Meja/ baki • pengalas • Cangkir atau gelas • Straw atau sedotan • Sendok • Sputit oral (syringe) • Tisu 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN			

	<ol style="list-style-type: none"> 1. salam terapeutik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramah pada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	<ol style="list-style-type: none"> a. kaji kemampuan untuk minum peroral , seperti menelan, adanya mual, muntah dan lain-lain; b. ambil minuman sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan dan gunakan teknik aseptik dalam menjaga kebersihan; c. bantu untuk meminumkannya dengan mengaturkan posisi terlebih dahulu (duduk) apabila memungkinkan dalam posisi lateral untuk mempermudah proses penelanan; d. cuci tangan; e. catat perubahan, seperti denyut nadi dan tekanan darah, serta reaksi terhadap pemberian, dan evaluasi respon 			
	f. Periksa kondisi pasien untuk memastikan bahwa mereka dapat menelan dengan aman, terutama pada pasien yang mengalami kesulitan menelan atau disfagia.			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	Melakukan evaluasi kenyamanan pada pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.5 Mengumpulkan Urine untuk Pemeriksaan

1) Definisi

Pengumpulan urine untuk pemeriksaan adalah proses pengambilan sampel urine dari pasien untuk dianalisis di laboratorium. Pemeriksaan urine bertujuan untuk mengevaluasi fungsi ginjal, mendeteksi infeksi saluran kemih, mendiagnosis kelainan metabolik, dan untuk memantau berbagai kondisi medis seperti diabetes dan hipertensi. Urine yang dikumpulkan akan diperiksa melalui berbagai metode, seperti pemeriksaan fisik, kimia, mikroskopik, dan kultur.

2) Tujuan

- Diagnostik Penyakit:
- Pemantauan Terapi atau Pengobatan
- Skrining Kesehatan
- Evaluasi Fungsi Ginjal

3) Indikasi

- Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- Diabetes
- Gangguan Ginjal
- Kelainan Metabolik
- Skrining Rutin
- Pemantauan Pengobatan

4) Prosedur Kerja

Persiapan:

- Berikan instruksi kepada pasien tentang cara pengumpulan urine yang benar.
- Siapkan wadah steril untuk menampung urine, pastikan tidak ada kontaminasi.

- Tentukan metode pengumpulan yang sesuai, seperti urine tengah (midstream), urine 24 jam, atau urine pagi pertama, tergantung pada jenis pemeriksaan yang dilakukan.

Metode Pengumpulan Urine:

- Pengumpulan Urine Tengah (Midstream): Pasien diminta untuk membas area genital terlebih dahulu, kemudian buang air kecil sebagian untuk membersihkan saluran kemih. Setelah itu, urine dikumpulkan pada bagian tengah aliran urin untuk menghindari kontaminasi dari bakteri di sekitar area genital.
- Urine 24 Jam: Pasien diminta untuk mengumpulkan seluruh urine selama 24 jam, dimulai dari urine pertama di pagi hari hingga urine pagi berikutnya, dengan pengecualian urine pertama pada hari pertama. Ini digunakan untuk analisis volume dan komposisi urine sepanjang 24 jam.
- Urine Pagi Pertama: Urine yang dikumpulkan segera setelah bangun tidur, digunakan untuk pemeriksaan tertentu seperti analisis glukosa atau protein dalam urine.

1. Instruksi kepada Pasien:

- Pastikan pasien mencuci tangan dan area genital sebelum pengumpulan untuk menghindari kontaminasi.
- Jika pengumpulan urine 24 jam, beri instruksi yang jelas mengenai cara menyimpan wadah dan prosedur pengumpulan sepanjang waktu tersebut.
- Pastikan pasien tahu untuk tidak mengumpulkan urine pertama pada hari pertama pengumpulan urine 24 jam.

2. Pengumpulan Sampel:

- Pasien mengumpulkan urine dalam wadah yang telah disediakan dan segera menutup wadah tersebut dengan rapat.

- Catat waktu pengumpulan dan jenis pemeriksaan yang diminta.
- Kirimkan sampel ke laboratorium sesegera mungkin agar hasilnya akurat. Jika perlu disimpan sementara, simpan urine pada suhu yang sesuai, biasanya di dalam lemari pendingin.

3. Pencatatan:

- Catat waktu, tanggal, dan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
 - Dokumentasikan informasi tambahan jika ada, seperti obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan.

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Wadah urine steril • Alat pengumpul urine (misalnya, kateterisasi atau kantong urine) • Tisu atau kain pembersih • Label wadah urine • Wadah pengumpul urine 24 jam 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ol style="list-style-type: none"> 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	3. Cuci tangan			
	e. Berikan instruksi kepada pasien tentang cara pengumpulan urine yang benar.			
	f. Siapkan wadah steril untuk menampung urine, pastikan tidak ada kontaminasi.			

	g. Tentukan metode pengumpulan yang sesuai, seperti urine tengah (midstream), urine 24 jam, atau urine pagi pertama, tergantung pada jenis pemeriksaan yang dilakukan.			
	<p>Metode Pengumpulan Urine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengumpulan Urine Tengah (Midstream): Pasien diminta untuk membilas area genital terlebih dahulu, kemudian buang air kecil sebagian untuk membersihkan saluran kemih. Setelah itu, urine dikumpulkan pada bagian tengah aliran urin untuk menghindari kontaminasi dari bakteri di sekitar area genital. - Urine 24 Jam: Pasien diminta untuk mengumpulkan seluruh urine selama 24 jam, dimulai dari urine pertama di pagi hari hingga urine pagi berikutnya, dengan pengecualian urine pertama pada hari pertama. Ini digunakan untuk analisis volume dan komposisi urine sepanjang 24 jam. - Urine Pagi Pertama: Urine yang dikumpulkan segera setelah bangun tidur, digunakan untuk pemeriksaan tertentu seperti analisis glukosa atau protein dalam urine. 			
	<p>Instruksi kepada Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan pasien mencuci tangan dan area genital sebelum pengumpulan untuk menghindari kontaminasi. - Jika pengumpulan urine 24 jam, beri instruksi yang jelas mengenai cara menyimpan wadah dan prosedur pengumpulan sepanjang waktu tersebut. - Pastikan pasien tahu untuk tidak mengumpulkan urine pertama pada hari pertama pengumpulan urine 24 jam. 			
	<p>4. Pengumpulan Sampel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengumpulkan urine dalam wadah yang telah disediakan dan segera menutup wadah tersebut dengan rapat. - Catat waktu pengumpulan dan jenis pemeriksaan yang diminta. 			

	- Kirimkan sampel ke laboratorium sesegera mungkin agar hasilnya akurat. Jika perlu disimpan sementara, simpan urine pada suhu yang sesuai, biasanya di dalam lemari pendingin.			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	Catat waktu, tanggal, dan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan. Dokumentasikan informasi tambahan jika ada, seperti obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.6 Memasang Kondom Kateter

1. Definisi

Kondom kateter adalah perangkat medis yang dipasang pada penis untuk mengalirkan urine ke kantong pengumpul urine. Kateter kondom berbentuk seperti kondom dan dirancang untuk dipasang dengan cara melilitkan ujung kateter di sekitar penis, dan ujung lainnya tersambung ke kantong urine atau sistem pengumpul lainnya. Kateter jenis ini sering digunakan pada pasien yang membutuhkan pengaliran urine namun tidak dapat atau tidak mau menggunakan kateter yang dimasukkan ke dalam uretra.

2. Tujuan

- Mengalirkan urine: Tujuan utama pemasangan kondom kateter adalah untuk mengalirkan urine dari kandung kemih ke kantong pengumpul, bagi pasien yang tidak dapat mengontrol buang air kecil atau yang mengalami inkontinensia urine.
- Mengurangi risiko infeksi: Karena kateter ini dipasang secara eksternal, risikonya lebih rendah dibandingkan dengan kateterisasi uretra atau kateterisasi suprapubik yang lebih invasif.
- Meningkatkan kenyamanan: Bagi pasien yang tidak ingin menggunakan kateter yang dimasukkan ke dalam uretra, kondom kateter memberikan alternatif yang lebih nyaman dan tidak invasif.
- Mempermudah perawatan jangka panjang: Kateter kondom lebih mudah dipasang dan dikelola dibandingkan kateter internal, terutama untuk pasien yang membutuhkan pengaliran urine dalam waktu lama.

Indikasi

- Inkontinensia Urine: Kondisi ketidakmampuan mengontrol buang air kecil, baik pada pria dewasa, lansia, atau pasien pascaoperasi yang mengalami ketidakmampuan sementara untuk mengontrol urine.
- Pasien dengan gangguan mobilitas: Pasien yang sulit bergerak atau tidak bisa pergi ke toilet secara mandiri (misalnya pada pasien yang terbaring di tempat tidur atau pascaoperasi).
- Pasien dengan retensi urine: Pada beberapa kasus, kondom kateter dapat digunakan untuk pasien yang mengalami kesulitan mengosongkan kandung kemih meskipun mereka masih dapat buang air kecil secara normal.

- Pasien dengan gangguan neurologis: Pasien dengan kondisi seperti cedera sumsum tulang belakang atau penyakit neurologis yang mengakibatkan ketidakmampuan mengontrol kandung kemih.
- Perawatan jangka panjang: Sebagai alternatif pengaliran urine bagi pasien yang membutuhkan pengobatan atau perawatan berkelanjutan.

2. Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, atau gunakan pembersih tangan berbasis alkohol.
2. Persiapkan peralatan:
 - Kondom kateter yang sesuai dengan ukuran pasien.
 - Kantong pengumpul urine (misalnya kantong urin sekali pakai atau kantong dengan sistem drainase).
 - Pelumas berbasis air (jika diperlukan).
 - Handuk atau kain bersih untuk menjaga area tetap kering.

Prosedur Pemasangan:

1. Posisi Pasien: Pastikan pasien dalam posisi yang nyaman, biasanya terlentang atau duduk dengan kaki terbuka agar area genital mudah dijangkau.
2. Pembersihan Area Genital:
 - Bersihkan penis dan area sekitar dengan kain basah atau tisu basah antiseptik untuk menghindari infeksi. Pastikan untuk membersihkan dengan gerakan dari arah batang penis menuju ujung (glans penis).
 - Pastikan area genital kering setelah dibersihkan untuk menghindari iritasi kulit.

3. Pemilihan Ukuran Kateter:

- Pilih kondom kateter yang sesuai dengan ukuran penis pasien. Kateter kondom datang dalam berbagai ukuran dan bentuk, jadi penting untuk memilih yang pas untuk pasien.

4. Pemasangan Kondom Kateter:

- Oleskan sedikit pelumas berbasis air ke bagian dalam kondom kateter jika diperlukan untuk memudahkan pemasangan.
- Pasang kondom kateter dengan hati-hati di sekitar penis, mulai dari pangkal dan pastikan pas dengan rapat tetapi tidak terlalu ketat, agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan atau gangguan sirkulasi darah.
- Pastikan kondom kateter tidak tertekuk atau terlipat setelah dipasang.

5. Penyambungan ke Sistem Drainase:

- Hubungkan ujung kondom kateter ke kantong urine atau sistem pengumpul lainnya. Pastikan sambungan rapat dan tidak ada kebocoran.

6. Cek Posisi dan Keamanan:

- Setelah pemasangan, pastikan kondom kateter terpasang dengan baik dan nyaman, serta pastikan kantong urine terpasang dengan benar di posisi yang aman.

Pemantauan dan Perawatan:

- Periksa kateter secara berkala untuk memastikan tidak ada kebocoran atau iritasi.
- Pastikan kantong urine berada pada posisi yang lebih rendah dari kandung kemih untuk mencegah aliran balik urine.
- Gantilah kondom kateter sesuai dengan pedoman atau jika ada tanda iritasi kulit.

Daftar Tilik Penilaian memasang kondom kateter

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasi/ data klien			
	Persiapan Alat a.Kondom kateter yang sesuai dengan ukuran pasien. b. Kantong pengumpul urine (misalnya kantong urin sekali pakai atau kantong dengan sistem drainase). c.Pelumas berbasis air (jika diperlukan). d. Handuk atau kain bersih untuk menjaga area tetap kering.			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Posisi Pasien: Pastikan pasien dalam posisi yang nyaman, biasanya terlentang atau duduk dengan kaki terbuka agar area genital mudah dijangkau.			
	3. Pembersihan Area Genital: <ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan penis dan area sekitar dengan kain basah atau tisu basah antiseptik untuk menghindari infeksi. Pastikan untuk membersihkan dengan gerakan dari arah batang penis menuju ujung (glans penis). • Pastikan area genital kering setelah dibersihkan untuk menghindari iritasi kulit. 			
	4. Pemilihan Ukuran Kateter: Pilih kondom kateter yang sesuai dengan ukuran penis pasien. Kateter kondom datang dalam berbagai ukuran dan bentuk, jadi penting untuk memilih yang pas untuk pasien.			

	<p>5. Pemasangan Kondom Kateter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oleskan sedikit pelumas berbasis air ke bagian dalam kondom kateter jika diperlukan untuk memudahkan pemasangan. • Pasang kondom kateter dengan hati-hati di sekitar penis, mulai dari pangkal dan pastikan pas dengan rapat tetapi tidak terlalu ketat, agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan atau gangguan sirkulasi darah. • Pastikan kondom kateter tidak tertekuk atau terlipat setelah dipasang. 			
	<p>6. Penyambungan ke Sistem Drainase:</p> <p>Hubungkan ujung kondom kateter ke kantong urine atau sistem pengumpul lainnya. Pastikan sambungan rapat dan tidak ada kebocoran.</p>			
	<p>7. Cek Posisi dan Keamanan:</p> <p>Setelah pemasangan, pastikan kondom kateter terpasang dengan baik dan nyaman, serta pastikan kantong urine terpasang dengan benar di posisi yang aman.</p>			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Melakukan evaluasi terhadap kenyamanan pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.7 Menghitung Keseimbangan Cairan

1. Definisi

Menghitung keseimbangan cairan adalah proses pemantauan dan pencatatan jumlah cairan yang masuk (input) dan jumlah cairan yang keluar (output) dari tubuh pasien. Proses ini penting untuk menilai

status hidrasi pasien, mengidentifikasi potensi dehidrasi atau kelebihan cairan, dan memastikan bahwa pasien mempertahankan keseimbangan cairan yang optimal, terutama dalam situasi klinis tertentu seperti di rumah sakit, ICU, atau saat menjalani perawatan medis tertentu.

2. Tujuan

- 1) Menilai status hidrasi: Untuk mengetahui apakah pasien mengalami dehidrasi, overhidrasi, atau keseimbangan cairan yang adekuat.
- 2) Pemantauan terapi cairan: Untuk memastikan bahwa pasien menerima jumlah cairan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh mereka, baik itu dalam situasi perawatan medis, pemulihan pascaoperasi, atau kondisi medis lainnya.
- 3) Deteksi dini masalah: Untuk mengidentifikasi ketidakseimbangan cairan yang dapat memengaruhi fungsi tubuh, seperti gangguan elektrolit atau masalah ginjal.
- 4) Mencegah komplikasi: Dengan memantau keseimbangan cairan, tenaga medis dapat mencegah masalah seperti edema (kelebihan cairan) atau dehidrasi yang dapat memperburuk kondisi pasien.

Indikasi

- Dehidrasi: Pada pasien yang menunjukkan tanda-tanda dehidrasi, seperti mulut kering, urin sedikit, atau penurunan tekanan darah.
- Kelebihan Cairan (Overhidrasi): Pada pasien yang memiliki risiko kelebihan cairan, seperti pasien dengan gagal jantung kongestif, penyakit ginjal, atau pascaoperasi.
- Gangguan Elektrolit: Pada pasien dengan ketidakseimbangan elektrolit seperti natrium, kalium, atau klorida yang dapat mempengaruhi fungsi jantung, otot, atau sistem saraf.

- Perawatan Pascaoperasi: Untuk memantau cairan yang diberikan dan yang dikeluarkan pascaoperasi, agar pasien tetap terhidrasi dengan baik dan menghindari komplikasi.
- Infeksi Parah atau Sepsis: Pada pasien dengan infeksi berat atau sepsis, yang memerlukan pemantauan cairan ketat untuk menghindari syok atau kegagalan organ.
- Penyakit Ginjal: Pada pasien dengan masalah ginjal untuk memastikan keseimbangan cairan yang tepat agar tidak memperburuk kondisi ginjal mereka.

4. Prosedur Kerja

1) Pencatatan Input Cairan (Cairan yang Masuk)

- a. Pemberian cairan intravena (IV): Catat jenis cairan, jumlah, dan waktu pemberian. Misalnya, saline, glukosa, atau cairan elektrolit.
- b. Minuman Oral: Catat semua cairan yang diminum oleh pasien, termasuk air, jus, atau minuman lainnya.
- c. Cairan melalui tabung nasogastrik atau gastrostomi: Jika pasien mendapatkan cairan melalui selang, catat jumlah cairan yang diterima.
- d. Obat-obatan cair: Jangan lupa mencatat cairan yang diberikan melalui obat oral atau suntikan.

2) Pencatatan Output Cairan (Cairan yang Keluar)

- a. Urine: Catat jumlah urine yang dikeluarkan oleh pasien dengan menggunakan wadah pengumpul urin atau alat pengukur volume urine. Hal ini sangat penting untuk menilai fungsi ginjal.
- b. Pengeluaran lainnya: Catat juga cairan yang keluar melalui muntah, diare, drainase luka, atau cairan tubuh lainnya (misalnya cairan drainase peritoneal atau pleural).

- c. Keringat: Jika memungkinkan, catat estimasi kehilangan cairan melalui keringat terutama pada pasien yang demam atau dalam kondisi panas.
- 3) Penghitungan Keseimbangan Cairan
- a. Hitung total input (jumlah cairan yang masuk) dan total output (jumlah cairan yang keluar) setiap hari (biasanya dihitung dalam 24 jam).
 - b. Keseimbangan Positif: Jika cairan yang masuk lebih banyak dari yang keluar, pasien mungkin mengalami kelebihan cairan.
 - c. Keseimbangan Negatif: Jika cairan yang keluar lebih banyak dari yang masuk, pasien mungkin mengalami dehidrasi.
 - d. Keseimbangan Netral: Jika jumlah input dan output hampir sama, maka keseimbangan cairan dianggap normal.
5. Pemantauan dan Penyesuaian:
- a. Setelah menghitung keseimbangan cairan, lakukan penyesuaian berdasarkan kebutuhan pasien. Misalnya, tambahkan cairan jika pasien dehidrasi atau kurangi asupan cairan jika ada tanda-tanda kelebihan cairan.
 - b. Pemantauan rutin dan evaluasi hasil keseimbangan cairan harus dilakukan, terutama untuk pasien yang kritis atau dalam perawatan intensif.
6. Dokumentasi:
- Dokumentasikan semua penghitungan input dan output cairan dengan jelas, termasuk waktu dan jenis cairan yang diberikan. Ini akan sangat membantu dalam evaluasi dan keputusan medis lebih lanjut.

Daftar tilik penilaian Menghitung Keseimbangan Cairan

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek dokumentasi/data klien 			
2	<ol style="list-style-type: none"> 2. Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Handscoen • Catatan • Alat Tulis 			
	<p>Orientasi</p> <p>PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertem 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi Kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 			
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pencatatan Input Cairan (Cairan yang Masuk) 3. Pemberian cairan intravena (IV): Catat jenis cairan, jumlah, dan waktu pemberian. Misalnya, saline, glukosa, atau cairan elektrolit. 4. Minuman Oral: Catat semua cairan yang diminum oleh pasien, termasuk air, jus, atau minuman lainnya. 5. Cairan melalui tabung nasogastrik atau gastrostomi: Jika pasien mendapatkan cairan melalui selang, catat jumlah cairan yang diterima. 6. Obat-obatan cair: Jangan lupa mencatat cairan yang diberikan melalui obat oral atau suntikan. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Pencatatan Output Cairan (Cairan yang Keluar) <ol style="list-style-type: none"> a. Urine: Catat jumlah urine yang dikeluarkan oleh pasien dengan menggunakan wadah pengumpul urin atau alat pengukur volume urine. Hal ini sangat penting untuk menilai fungsi ginjal. b. Pengeluaran lainnya: Catat juga cairan yang keluar melalui muntah, diare, drainase luka, atau cairan tubuh lainnya (misalnya cairan drainase peritoneal atau pleural). 			

	c. Keringat: Jika memungkinkan, catat estimasi kehilangan cairan melalui keringat terutama pada pasien yang demam atau dalam kondisi panas.			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Melakukan evaluasi terhadap kenyamanan terhadap pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.8 Merawat Infus

1. Definisi

Merawat infus adalah proses perawatan yang melibatkan pemantauan, pemeliharaan, dan pengelolaan infus atau kateter intravena yang digunakan untuk memberikan cairan, obat-obatan, atau nutrisi secara langsung ke dalam pembuluh darah pasien. Perawatan ini termasuk memastikan bahwa infus tetap berfungsi dengan baik, mencegah komplikasi seperti infeksi atau tromboflebitis, serta memantau tanda-tanda potensial yang menunjukkan masalah dengan infus.

2. Tujuan

- Menjaga kelancaran aliran cairan: Agar cairan, obat, atau nutrisi yang diberikan melalui infus dapat mengalir dengan baik sesuai kebutuhan pasien.

- Mencegah komplikasi: Untuk mengurangi risiko infeksi, pembekuan darah, atau iritasi pada pembuluh darah.
- Memastikan keberhasilan terapi: Agar terapi intravena dapat memberikan hasil yang diinginkan, baik itu dalam pengobatan infeksi, hidrasi, atau pemberian obat.
- Meningkatkan kenyamanan pasien: Dengan merawat infus secara rutin, pasien dapat merasa lebih nyaman tanpa adanya komplikasi yang mengganggu.

4. Indikasi

- Pemberian cairan atau obat-obatan intravena: Ketika pasien membutuhkan pemberian cairan, nutrisi, atau obat melalui infus, misalnya untuk rehidrasi, pemberian antibiotik, atau kemoterapi.
- Pasien dalam perawatan intensif: Pasien yang membutuhkan pemantauan ketat dan pemberian obat atau cairan secara teratur.
- Pasien pascaoperasi: Setelah prosedur bedah, pasien seringkali memerlukan cairan atau obat intravena untuk pemulihan dan pencegahan infeksi.
- Perawatan jangka panjang: Pasien yang membutuhkan terapi infus jangka panjang, seperti pasien dengan kondisi medis kronis yang memerlukan perawatan seperti dialisis atau pemberian nutrisi parenteral.
- Pasien dengan ketidakmampuan oral: Pasien yang tidak bisa minum atau mengonsumsi obat secara oral karena kondisi medis tertentu (misalnya, gangguan kesadaran atau masalah saluran cerna).

5. Prosedur Kerja Merawat Infus

Persiapan:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan hand sanitizer berbasis alkohol.
2. Periksa status infus: Pastikan posisi infus tepat dan tidak ada tanda-tanda infeksi atau kebocoran pada tempat pemasangan kateter.
3. Siapkan peralatan:
Sering kali, peralatan yang diperlukan termasuk kantong cairan infus, peralatan pengganti seperti kateter intravena, dan antiseptik.

Langkah-Langkah Merawat Infus:

1. Pemantauan dan Pengecekan Infus:
 - Periksa posisi infus setiap beberapa jam untuk memastikan cairan mengalir dengan lancar. Periksa apakah ada pembekuan atau aliran yang terhambat.
 - Periksa kulit di sekitar lokasi infus untuk tanda-tanda iritasi atau infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, atau nyeri.
2. Penggantian Cairan Infus:
 - Gantilah kantong cairan infus sesuai dengan kebutuhan pasien atau instruksi medis. Pastikan cairan yang digunakan sesuai dengan jenis terapi yang ditentukan.
 - Periksa aliran cairan untuk memastikan tidak ada kebocoran atau penyumbatan pada selang infus.
3. Pencegahan Infeksi:
 - Gunakan teknik aseptik saat membuka atau mengganti peralatan infus, seperti membuka kunci kateter atau mengganti kantong cairan.

- Pastikan bahwa peralatan tetap bersih dan steril untuk menghindari kontaminasi yang dapat menyebabkan infeksi.
4. Penggantian Kateter atau Selang Infus:
 - Jika infus sudah tidak berfungsi dengan baik, atau ada tanda-tanda infeksi, infus harus diganti. Proses ini harus dilakukan dengan teknik aseptik.
 - Pilih tempat baru untuk pemasangan infus jika terjadi iritasi atau masalah pada lokasi lama.
 5. Pemantauan Efek Samping:
 - Periksa pasien untuk tanda-tanda efek samping dari infus, seperti reaksi alergi terhadap cairan atau obat yang diberikan, pembengkakan di tempat infus, atau tanda-tanda infeksi (kemerahan, nyeri, demam).
 6. Dokumentasi:
 - Dokumentasikan semua tindakan perawatan infus yang dilakukan, termasuk jenis cairan yang diberikan, waktu pemberian, lokasi infus, dan kondisi pasien terkait infus.

Perawatan Tambahan:

- Kontrol Kebersihan: Jaga kebersihan dan sterilisasi area infus untuk mencegah infeksi.
- Gantilah perban secara teratur untuk menjaga area infus tetap kering dan bersih.

Daftar tilik penilaian

Daftar tilik penilaian Merawat Infus

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 3.1.1 Mengecek dokumentasi/data klien			

	<p>Persiapan Alat</p> <p>1. Peralatan yang diperlukan termasuk kantong cairan infus, peralatan pengganti seperti kateter intravena, dan antiseptik.</p>			
2	<p>B. Orientasi</p> <p>PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	<p>C. Tahap Kerja</p>			
	<p>Cuci tangan</p>			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan dan Pengecekan Infus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Periksa posisi infus setiap beberapa jam untuk memastikan cairan mengalir dengan lancar. Periksa apakah ada pembekuan atau aliran yang terhambat. ○ Periksa kulit di sekitar lokasi infus untuk tanda-tanda iritasi atau infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, atau nyeri. 			
	<p>Penggantian Cairan Infus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gantilah kantong cairan infus sesuai dengan kebutuhan pasien atau instruksi medis. Pastikan cairan yang digunakan sesuai dengan jenis terapi yang ditentukan. 2. Periksa aliran cairan untuk memastikan tidak ada kebocoran atau penyumbatan pada selang infus. 			
	<p>Pencegahan Infeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik aseptik saat membuka atau mengganti peralatan infus, seperti membuka kunci kateter atau mengganti kantong cairan. 2. Pastikan bahwa peralatan tetap bersih dan steril untuk menghindari kontaminasi yang dapat menyebabkan infeksi. 			
4	<p>D. Tahap Terminasi</p>			
	<p>4 Lepaskan sarung tangan</p>			
	<p>5 Cuci tangan</p>			

	5.1 Dokumentasikan semua tindakan perawatan infus yang dilakukan, termasuk jenis cairan yang diberikan, waktu pemberian, lokasi infus, dan kondisi pasien terkait infus.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.9 Melepas infus

1. Definisi

Melepas infus adalah tindakan medis yang dilakukan untuk menghentikan penggunaan kateter intravena (IV) yang telah dipasang pada pasien. Tindakan ini melibatkan penghapusan kateter atau selang infus dari pembuluh darah pasien setelah terapi intravena selesai atau jika ada indikasi lain untuk menghentikan pemberian cairan, obat, atau nutrisi. Proses ini harus dilakukan dengan hati-hati dan menggunakan teknik aseptik untuk menghindari infeksi atau komplikasi lain.

2. Tujuan

- Menghentikan terapi intravena: Setelah pasien tidak memerlukan cairan atau obat melalui infus, atau setelah terapi selesai.
- Menghindari komplikasi: Untuk mencegah masalah yang dapat timbul akibat penggunaan infus jangka panjang, seperti infeksi, tromboflebitis, atau iritasi pembuluh darah.

- Mengurangi ketidaknyamanan pasien: Infus yang terpasang terlalu lama dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada pasien, terutama jika lokasi kateter mengalami iritasi atau peradangan.
- Keamanan pasien: Untuk memastikan bahwa pasien tidak berisiko terhadap infeksi atau kerusakan pada pembuluh darah akibat infus yang terpasang terlalu lama.

3. Indikasi

- Terapi selesai atau tidak lagi diperlukan: Ketika pasien telah menerima cairan atau obat yang diperlukan, dan tidak ada indikasi untuk melanjutkan infus.
- Tromboflebitis atau infeksi pada lokasi infus: Jika terjadi peradangan atau infeksi di tempat pemasangan kateter, maka infus perlu dilepas untuk mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut.
- Pendarahan atau kebocoran cairan: Jika terjadi kebocoran atau perdarahan pada lokasi pemasangan infus, maka infus perlu dilepas dan diganti.
- Lokasi infus yang tidak optimal: Jika lokasi infus mengalami iritasi atau kesulitan dalam pengaliran cairan, infus perlu dilepas dan dipindahkan ke lokasi lain.
- Pasien dapat mengkonsumsi obat atau cairan secara oral: Jika pasien sudah bisa menerima cairan atau obat melalui jalur oral atau alternatif lainnya.

4. Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan hand sanitizer berbasis alkohol.

2. Siapkan peralatan yang diperlukan:
 - Perban atau kasa steril
 - Masker atau pelindung wajah (jika diperlukan)
 - Plester medis atau tape untuk menutup area setelah infus dilepas
 - Sediakan wadah yang aman untuk membuang kateter dan bahan medis bekas
3. Periksa status pasien: Pastikan pasien dalam posisi nyaman dan aman, dan pastikan tidak ada tanda-tanda reaksi alergi atau komplikasi yang perlu diperhatikan sebelum melepas infus.

Langkah-Langkah Melepas Infus:

1. Menilai Lokasi Infus:
 - Periksa lokasi infus untuk memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi, perdarahan, atau iritasi.
 - Pastikan tidak ada resistansi atau penghalang saat melepas kateter.
2. Membersihkan Area Infus:
 - Gunakan antiseptik untuk membersihkan area sekitar infus dengan gerakan melingkar dari pusat ke luar.
 - Cegah kontaminasi dengan menjaga area infus tetap bersih selama proses pelepasan.
3. Lepaskan Infus dengan Hati-hati:
 - Tarik kateter secara perlahan dan dengan lembut untuk menghindari kerusakan pada pembuluh darah atau pembentukan bekuan darah.
 - Jika kateter terjebak atau tidak bisa dilepas dengan mudah, hentikan prosedur dan konsultasikan dengan dokter atau tenaga medis yang berkompeten.

4. Perawatan Lokasi Infus Setelah Dilepas:
 - Setelah kateter dilepas, tekan area tersebut dengan kasa steril untuk menghentikan perdarahan.
 - Tempelkan perban atau plester untuk menutup area infus dan mencegah infeksi.
5. Pemantauan Pasien:
 - Monitor pasien untuk beberapa saat setelah infus dilepas untuk memastikan tidak ada reaksi negatif seperti perdarahan atau pembengkakan.
 - Pastikan pasien merasa nyaman dan tidak ada tanda-tanda komplikasi.
6. Dokumentasi:
 - Catat waktu dan alasan infus dilepas, serta kondisi pasien setelah prosedur. Dokumentasi ini penting untuk memantau perkembangan terapi pasien.

Pemantauan dan Perawatan Pasca Melepas Infus:

- Periksa area infus secara berkala untuk tanda-tanda infeksi, seperti kemerahan, pembengkakan, atau nyeri.
- Berikan edukasi kepada pasien tentang perawatan tempat infus yang baru saja dilepas, dan apa yang perlu dilakukan jika ada tanda-tanda komplikasi (misalnya, perdarahan atau infeksi).

Daftar tilik penilaian Melepas Infus

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi			
	1. Mengecek dokumentasi rencana tindakan / data klien			
	2. Persiapan alat:			
	a. Perban atau kasa steril			
	b. Masker atau pelindung wajah (jika diperlukan)			

	<p>c. Plester medis atau tape untuk menutup area setelah infus dilepas</p> <p>d. Sediakan wadah yang aman untuk membuang kateter dan bahan medis bekas</p>			
2	<p>Orientasi</p> <p>PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencana tindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	<p>2. Menilai Lokasi Infus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa lokasi infus untuk memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi, perdarahan, atau iritasi. • Pastikan tidak ada resistansi atau penghalang saat melepas kateter. 			
	<p>2. Membersihkan Area Infus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan antiseptik untuk membersihkan area sekitar infus dengan gerakan melingkar dari pusat ke luar. • Cegah kontaminasi dengan menjaga area infus tetap bersih selama proses pelepasan. 			
	<p>3. Lepaskan Infus dengan Hati-hati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarik kateter secara perlahan dan dengan lembut untuk menghindari kerusakan pada pembuluh darah atau pembentukan bekuan darah. • Jika kateter terjebak atau tidak bisa dilepas dengan mudah, hentikan prosedur dan konsultasikan dengan dokter atau tenaga medis yang berkompeten. 			
	<p>4. Perawatan Lokasi Infus Setelah Dilepas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Setelah kateter dilepas, tekan area tersebut dengan kasa steril untuk menghentikan perdarahan. ○ Tempelkan perban atau plester untuk menutup area infus dan mencegah infeksi. 			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			

	3. Catat waktu dan alasan infus dilepas, serta kondisi pasien setelah prosedur. Dokumentasi ini penting untuk memantau perkembangan terapi pasien.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.10 Memonitor Tetesan Infus

1. Definisi

Memonitor tetesan infus adalah proses pemantauan dan pengaturan laju aliran cairan melalui kateter intravena (IV) yang diberikan kepada pasien. Proses ini melibatkan perhitungan tetesan cairan yang mengalir per menit (gtt/min), serta memastikan bahwa cairan atau obat yang diberikan sesuai dengan dosis yang telah ditentukan oleh dokter. Memonitor tetesan infus juga bertujuan untuk mengidentifikasi adanya gangguan pada aliran cairan, seperti pembekuan, kebocoran, atau infeksi.

2. Tujuan

- Menjaga Kecepatan Aliran Cairan: Untuk memastikan bahwa cairan infus diberikan sesuai dengan kecepatan yang telah ditentukan oleh dokter, baik untuk rehidrasi, pengobatan, atau terapi lainnya.
- Menghindari Komplikasi: Untuk mencegah komplikasi terkait infus, seperti overhidrasi (kelebihan cairan), underhidrasi (kekurangan cairan), atau infeksi pada tempat pemasangan kateter.

- Memastikan Efektivitas Terapi: Agar terapi intravena dapat berjalan sesuai rencana, baik dalam pemberian obat, cairan, maupun nutrisi.
- Keamanan Pasien: Untuk menjaga keselamatan pasien dengan memastikan cairan diberikan dengan benar dan sesuai dengan kondisi medis pasien, serta mengidentifikasi masalah pada infus sejak dini.

Indikasi

- Pasien yang membutuhkan terapi cairan: Pasien yang mengalami dehidrasi, gangguan elektrolit, atau yang membutuhkan penggantian cairan melalui infus.
- Pengobatan intravena: Pasien yang menerima obat atau nutrisi melalui jalur infus, seperti antibiotik, kemoterapi, atau pemberian nutrisi parenteral.
- Pasien dengan gangguan keseimbangan cairan: Pasien yang mengalami ketidakseimbangan cairan, baik akibat penyakit akut, kondisi kronis, atau perawatan bedah.
- Perawatan Pasien di Unit Perawatan Intensif (ICU): Pasien yang membutuhkan pemantauan ketat, termasuk pengaturan dan pemantauan laju infus di ruang perawatan intensif.
- Pasien pascaoperasi: Pasien yang baru menjalani operasi dan membutuhkan infus untuk hidrasi dan pemberian obat penghilang rasa sakit.

4. Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan hand sanitizer berbasis alkohol untuk mengurangi risiko infeksi.

2. Periksa status infus: Pastikan bahwa kateter terpasang dengan benar dan tidak ada tanda-tanda masalah pada tempat infus (misalnya pembengkakan atau kemerahan).
3. Periksa jenis cairan infus: Pastikan bahwa cairan yang diberikan sesuai dengan rencana terapi medis (misalnya cairan kristaloid atau kolloid).
4. Siapkan alat untuk pemantauan infus: Jika menggunakan infus manual, pastikan bahwa pengatur laju (flow regulator) tersedia. Jika menggunakan pompa infus, pastikan perangkat berfungsi dengan baik.

Langkah-Langkah Memonitor Tetesan Infus:

1. Hitung Tetesan Infus:
 - Tentukan laju infus sesuai dengan rekomendasi medis. Hitung jumlah tetesan dalam 1 menit (gtt/min) untuk memastikan bahwa aliran cairan sesuai dengan kecepatan yang diperlukan.
 - Lakukan pengaturan pada pengatur tetesan (flow regulator) atau pompa infus untuk memastikan aliran yang tepat.
2. Periksa Aliran Cairan:
 - Pastikan aliran cairan infus lancar dan tidak ada sumbatan atau pembekuan pada selang infus.
 - Jika ditemukan pembekuan, ganti selang infus atau atur ulang posisi kateter untuk memastikan aliran tetap stabil.
3. Pantau Kondisi Pasien:
 - Secara rutin periksa kondisi pasien, baik melalui pengamatan fisik (seperti tanda-tanda edema atau dehidrasi) maupun gejala klinis (seperti pusing, sesak napas, atau peningkatan tekanan darah).
 - Jika pasien menunjukkan tanda-tanda ketidakseimbangan cairan (misalnya, pembengkakan atau penurunan tekanan darah), sesuaikan laju infus.

4. Evaluasi dan Tindak Lanjut:

- Jika ada masalah dengan aliran infus, seperti kebocoran atau gangguan pada pembuluh darah, segera lakukan tindakan yang diperlukan seperti mengganti posisi kateter atau mengganti cairan infus.
- Pastikan untuk mendokumentasikan laju infus, jumlah cairan yang diberikan, dan kondisi pasien selama prosedur.

5. Pemantauan Berkelanjutan:

- Lanjutkan pemantauan laju infus secara berkala untuk memastikan bahwa cairan terus mengalir dengan benar dan tidak ada gangguan.
- Jika ada perubahan dalam kondisi pasien atau jika cairan perlu diganti, segera lakukan penyesuaian.

Perawatan Pasca Memonitor:

- Kontrol Kebersihan: Setelah memonitor infus, pastikan area infus tetap bersih dan kering untuk mencegah infeksi.
- Pemantauan Pasien: Lanjutkan pemantauan kondisi pasien untuk memastikan tidak ada tanda-tanda komplikasi terkait cairan infus yang diberikan.

Daftar tilik penilaian Monitoring tetesan Infus

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	6 Pra Interaksi			
	3.2.7 Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none">• Infus set (set infus)• Drip chamber (ruang tetes)• Roller clamp atau clamp pengatur aliran• Alat pengukur laju infus			

	Flow meter Infus pump (pompa infus).			
2	B. Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	C. Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	Hitung Tetesan Infus: ○ Tentukan laju infus sesuai dengan rekomendasi medis. Hitung jumlah tetesan dalam 1 menit (gtt/min) untuk memastikan bahwa aliran cairan sesuai dengan kecepatan yang diperlukan. ○ Lakukan pengaturan pada pengatur tetesan (flow regulator) atau pompa infus untuk memastikan aliran yang tepat.			
	Periksa Aliran Cairan: • Pastikan aliran cairan infus lancar dan tidak ada sumbatan atau pembekuan pada selang infus. • Jika ditemukan pembekuan, ganti selang infus atau atur ulang posisi kateter untuk memastikan aliran tetap stabil.			
	1. Pantau Kondisi Pasien: ○ Secara rutin periksa kondisi pasien, baik melalui pengamatan fisik (seperti tanda-tanda edema atau dehidrasi) maupun gejala klinis (seperti pusing, sesak napas, atau peningkatan tekanan darah). ○ Jika pasien menunjukkan tanda-tanda ketidakseimbangan cairan (misalnya, pembengkakan atau penurunan tekanan darah), sesuaikan laju infus.			
4	D. Tahap Terminasi			
	4 Lepaskan sarung tangan			
	5 Cuci tangan			

	5.2	Pastikan untuk mendokumentasikan laju infus, jumlah cairan yang diberikan, dan kondisi pasien selama prosedur.			
	5	Jumlah Score			
	6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.2.11 Merawat Kateter Urine

1. Definisi

Merawat kateter urine adalah rangkaian tindakan medis yang dilakukan untuk memastikan bahwa kateter urine yang dipasang pada pasien berfungsi dengan baik, bersih, dan tidak menimbulkan komplikasi. Kateter urine adalah tabung yang dimasukkan ke dalam kandung kemih untuk mengalirkan urine. Merawat kateter urine meliputi pembersihan kateter, pemeriksaan kondisi kateter, serta pemantauan adanya tanda-tanda infeksi atau komplikasi lainnya, seperti sumbatan atau kebocoran.

2. Tujuan

- Mencegah infeksi saluran kemih (ISK): Pembersihan kateter dan area sekitar kateter untuk mencegah infeksi akibat bakteri.
- Menjaga Keamanan Pasien: Memastikan kateter tidak tersumbat, bocor, atau terlepas, yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan atau komplikasi.
- Mengurangi Risiko Komplikasi: Seperti peradangan, infeksi, atau cedera pada uretra dan kandung kemih akibat kateter yang tidak terawat dengan baik.

- Memastikan Fungsi Kateter Optimal: Memastikan bahwa kateter dapat mengalirkan urine dengan baik dan bahwa tidak ada gangguan pada saluran kateter.
- Pemantauan Kondisi Pasien: Memantau kondisi pasien untuk memastikan tidak ada tanda-tanda komplikasi akibat penggunaan kateter, seperti hematuria (darah dalam urine) atau distensi perut.

Indikasi

- Pasien dengan gangguan buang air kecil: Seperti pasien pascaoperasi, pasien yang tidak bisa buang air kecil secara normal, atau pasien yang membutuhkan pemantauan urine yang akurat.
- Pasien dengan penyakit neurologis: Yang mengganggu kontrol kandung kemih, seperti cedera saraf tulang belakang, stroke, atau multiple sclerosis.
- Pasien pascaoperasi: Pasien yang baru menjalani prosedur bedah dan membutuhkan kateter untuk drainase urine sementara.
- Pasien di unit perawatan intensif (ICU): Yang memerlukan pemantauan urine secara ketat.
- Pasien dengan retensi urine kronis: Yang tidak dapat mengeluarkan urine dengan normal, sehingga kateter digunakan sebagai solusi.
- Pasien dengan infeksi saluran kemih yang memerlukan drainase urine: Untuk memastikan tidak ada penumpukan urine yang dapat memperburuk infeksi.

3. Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan hand sanitizer berbasis alkohol.

2. Persiapkan alat yang diperlukan:
 - Sarung tangan medis (disarankan menggunakan sarung tangan steril).
 - Kasa steril atau lap bersih.
 - Antiseptik (misalnya klorheksidin atau alkohol 70%).
 - Perban atau plester medis.
 - Wadah pengumpul urine atau kantong urine.
 - Alat untuk pemeriksaan kateter, seperti pipet untuk mengukur jumlah urine yang terkumpul.
3. Periksa kondisi kateter: Periksa apakah kateter terpasang dengan benar, tidak ada kebocoran, dan tidak terjepit atau tersumbat.
4. Langkah-Langkah Merawat Kateter Urine:
 1. Membersihkan Area Sekitar Kateter:
 - Cuci tangan dan kenakan sarung tangan medis.
 - Gunakan kasa steril atau lap bersih yang dibasahi dengan antiseptik untuk membersihkan area sekitar kateter dan saluran keluar urine (uretra atau lubang kateter).
 - Lakukan pembersihan dengan gerakan melingkar dari sekitar kateter ke arah luar untuk mencegah perpindahan bakteri dari area luar ke dalam uretra.
 - Hindari penggunaan alkohol atau antiseptik yang berlebihan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit atau membran mukosa.
 2. Periksa Kondisi Kateter:
 - Pastikan kateter terpasang dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada area kateter (misalnya kemerahan, bengkak, atau nanah).
 - Periksa saluran kateter untuk memastikan tidak ada sumbatan pada tabung. Jika kateter tersumbat, lakukan

tindakan yang diperlukan, seperti membersihkan kateter dengan larutan garam atau mengganti kateter jika perlu.

- Pastikan kateter tidak terjepit atau tertarik, yang dapat mengganggu aliran urine.

3. Pemantauan Cairan Urine:

- Monitor jumlah urine yang dikeluarkan untuk mengevaluasi status hidrasi pasien dan fungsi ginjal.
- Periksa warna, bau, dan konsistensi urine. Urine yang keruh atau berbau menyengat dapat mengindikasikan infeksi.
- Pastikan kantong urine berada pada posisi yang lebih rendah dari kandung kemih pasien untuk mencegah aliran balik urine yang dapat menyebabkan infeksi.

4. Tindak Lanjut:

- Jika ada tanda-tanda infeksi (seperti demam, nyeri, atau peningkatan jumlah leukosit dalam darah), segera laporkan kepada dokter.
- Jika kateter perlu diganti, pastikan prosedur penggantian kateter dilakukan sesuai dengan protokol medis yang benar untuk menghindari infeksi.

5. Dokumentasi:

- Catat waktu pembersihan dan pemeriksaan kateter, jumlah urine yang terkumpul, dan adanya tanda-tanda komplikasi.
- Dokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan, termasuk perubahan pada kondisi kateter atau pasien.

Pemantauan Pasca Perawatan:

- Monitor Kondisi Pasien: Terus pantau kondisi pasien, baik dari segi tanda-tanda infeksi (demam, kemerahan, atau nyeri di area kateter) maupun dari segi kesejahteraan umum pasien.
- Periksa dan Ganti Kateter jika Diperlukan: Jika ada tanda-tanda kateter tersumbat atau infeksi, segera lakukan tindakan yang sesuai.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Merawat Kateter Urine

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan medis (disarankan menggunakan sarung tangan steril). • Kasa steril atau lap bersih. • Antiseptik (misalnya klorheksidin atau alkohol 70%). • Perban atau plester medis. • Wadah pengumpul urine atau kantong urine. • Alat untuk pemeriksaan kateter, seperti pipet untuk mengukur jumlah urine yang terkumpul. 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi • Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	1. Membersihkan Area Sekitar Kateter:			

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuci tangan dan kenakan sarung tangan medis. ○ Gunakan kasa steril atau lap bersih yang dibasahi dengan antiseptik untuk membersihkan area sekitar kateter dan saluran keluar urine (uretra atau lubang kateter). ○ Lakukan pembersihan dengan gerakan melingkar dari sekitar kateter ke arah luar untuk mencegah perpindahan bakteri dari area luar ke dalam uretra. ○ Hindari penggunaan alkohol atau antiseptik yang berlebihan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit atau membran mukosa. 			
	<p>1. Membersihkan Area Sekitar Kateter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuci tangan dan kenakan sarung tangan medis. ○ Gunakan kasa steril atau lap bersih yang dibasahi dengan antiseptik untuk membersihkan area sekitar kateter dan saluran keluar urine (uretra atau lubang kateter). ○ Lakukan pembersihan dengan gerakan melingkar dari sekitar kateter ke arah luar untuk mencegah perpindahan bakteri dari area luar ke dalam uretra. ○ Hindari penggunaan alkohol atau antiseptik yang berlebihan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit atau membran mukosa. 			
	<p>Periksa Kondisi Kateter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pastikan kateter terpasang dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada area kateter (misalnya kemerahan, bengkak, atau nanah). ○ Periksa saluran kateter untuk memastikan tidak ada sumbatan pada tabung. Jika kateter tersumbat, lakukan tindakan yang diperlukan, seperti membersihkan kateter dengan larutan garam atau mengganti kateter jika perlu. ○ Pastikan kateter tidak terjepit atau tertarik, yang dapat mengganggu aliran urine. 			
4	Tahap Terminasi			
	- Lepaskan sarung tangan			
	- Cuci tangan			

	<ul style="list-style-type: none"> - Catat waktu pembersihan dan pemeriksaan kateter, jumlah urine yang terkumpul, dan adanya tanda-tanda komplikasi. - Dokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan, termasuk perubahan pada kondisi kateter atau pasien. 			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3.3 Daftar Pustaka

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review (10th ed.)*. McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT.

Sonpedia Publishing Indonesia.

- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.
- Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 4

Praktika Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

4.1 Deskripsi Pembelajaran

Pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah bagian penting dalam perawatan kesehatan yang berkaitan dengan memberikan asupan makanan dan minuman yang cukup untuk mendukung fungsi tubuh yang optimal. Pembelajaran mengenai pemenuhan kebutuhan nutrisi bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang bagaimana cara memenuhi kebutuhan tubuh akan energi, protein, vitamin, mineral, dan air. Pembelajaran ini sering kali dilaksanakan di tingkat pendidikan perawat, ahli gizi, atau tenaga kesehatan lainnya, dengan fokus pada prinsip-prinsip dasar pemberian makanan yang sesuai dengan kondisi pasien

4.2 Prosedur tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi

4.2.1 Mengukur Berat Badan

1. Definisi

Mengukur berat badan adalah proses pengukuran massa tubuh seseorang menggunakan alat ukur khusus yang disebut timbangan. Berat badan merupakan salah satu parameter penting yang digunakan untuk menilai status gizi seseorang dan dapat memberikan gambaran tentang kesehatan tubuh secara umum. Pengukuran ini biasanya dilakukan dalam satuan kilogram (kg).

2. Tujuan Mengukur Berat Badan

- **Menilai Status Gizi:** Untuk mengetahui apakah seseorang mengalami kekurangan berat badan, berat badan normal, atau

kelebihan berat badan yang dapat menjadi indikasi dari masalah gizi atau kesehatan.

- Pemantauan Kesehatan: Mengetahui perubahan berat badan dapat membantu memantau kondisi kesehatan atau penyakit yang memengaruhi metabolisme tubuh, seperti penyakit jantung, diabetes, atau gangguan hormon.
- Evaluasi Terapi atau Diet: Mengukur berat badan secara berkala dapat digunakan untuk mengevaluasi efektivitas terapi nutrisi atau diet yang dijalani oleh pasien.
- Menentukan Indeks Massa Tubuh (IMT): Pengukuran berat badan diperlukan untuk menghitung IMT, yang digunakan untuk mengklasifikasikan seseorang dalam kategori berat badan (normal, obesitas, atau kurus).

3. Indikasi Mengukur Berat Badan

- Penilaian Status Gizi: Untuk menentukan apakah seseorang mengalami kekurangan gizi, obesitas, atau berat badan yang normal.
- Pemantauan Perawatan Pasien: Pada pasien yang menjalani terapi medis atau bedah untuk mengetahui apakah ada perubahan berat badan yang signifikan, misalnya pada pasien kanker, pasien diabetes, atau pasien pascaoperasi.
- Pemeriksaan Kesehatan Rutin: Pada pemeriksaan kesehatan tahunan untuk mengetahui apakah ada fluktuasi berat badan yang perlu mendapat perhatian medis.
- Pengaturan Diet atau Program Penurunan Berat Badan: Pada pasien yang sedang menjalani diet atau program penurunan berat badan untuk memantau kemajuan.

4. Prosedur Kerja Mengukur Berat Badan

Persiapan:

1. Pilih Timbangan yang Tepat: Gunakan timbangan yang akurat dan terkalibrasi dengan baik (biasanya timbangan digital atau manual).
2. Pastikan Kondisi Lingkungan yang Tepat: Lakukan pengukuran di tempat yang datar, stabil, dan bebas dari gangguan.
3. Instruksi kepada Pasien: Berikan instruksi yang jelas kepada pasien untuk mengukur berat badan dengan benar, seperti melepaskan alas kaki dan pakaian yang berat (misalnya jaket atau baju tebal).

Langkah-Langkah Pengukuran:

1. Posisikan Pasien dengan Benar:
 - Minta pasien untuk berdiri dengan posisi tegak di tengah timbangan, dengan kedua kaki rapat dan berat badan tersebar merata.
 - Pastikan pasien berdiri dengan punggung lurus dan tangan terletak di samping tubuh.
2. Lakukan Pengukuran:
 - Periksa timbangan dan pastikan angka yang terbaca menunjukkan berat badan pasien.
 - Untuk timbangan manual, pastikan jarum atau angka pada indikator timbangan menunjukkan hasil yang stabil.
 - Untuk timbangan digital, tunggu sampai angka berhenti bergerak dan memberikan hasil akhir yang stabil.
3. Catat Hasil Pengukuran:
 - Catat berat badan yang terukur dalam kilogram (kg).

- o Jika pengukuran dilakukan pada pasien yang perlu dipantau secara rutin, catat tanggal dan waktu pengukuran.

Evaluasi:

- Tinjau Hasil Pengukuran: Evaluasi hasil pengukuran dengan membandingkan dengan nilai referensi seperti rentang berat badan sehat (berdasarkan usia, jenis kelamin, dan tinggi badan).
- Pemantauan Perubahan Berat Badan: Jika ada perubahan signifikan dalam berat badan, evaluasi lebih lanjut untuk mencari penyebab perubahan tersebut (misalnya kekurangan gizi, obesitas, atau kondisi medis lainnya).

Pemeliharaan Alat:

- Pastikan timbangan yang digunakan tetap terkalibrasi dengan baik untuk menghindari kesalahan pengukuran.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Mengukur Berat Badan

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> • Alat pengukur Berat badan • Catatan • Alat Tulis 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	1. Posisikan Pasien dengan Benar: <ul style="list-style-type: none"> o Minta pasien untuk berdiri dengan posisi tegak di tengah timbangan, dengan kedua kaki rapat dan berat badan tersebar merata. o Pastikan pasien berdiri dengan punggung lurus dan tangan terletak di samping tubuh. 			
	2. Lakukan Pengukuran: <ul style="list-style-type: none"> o Periksa timbangan dan pastikan angka yang terbaca menunjukkan berat badan pasien. o Untuk timbangan manual, pastikan jarum atau angka pada indikator timbangan menunjukkan hasil yang stabil. o Untuk timbangan digital, tunggu sampai angka berhenti bergerak dan memberikan hasil akhir yang stabil. 			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Catat berat badan yang terukur dalam kilogram (kg).			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4.2.2 Mengukur Tinggi Badan

1. Definisi

Mengukur tinggi badan adalah prosedur untuk menentukan jarak vertikal dari dasar kaki hingga bagian atas kepala seseorang. Pengukuran tinggi badan umumnya dilakukan untuk mengetahui

status pertumbuhan individu, mengidentifikasi kelainan postural, atau sebagai bagian dari penilaian status gizi. Biasanya, pengukuran tinggi badan dilakukan dalam satuan sentimeter (cm).

2. Tujuan

- Menilai Status Pertumbuhan: Pengukuran tinggi badan penting untuk menilai pertumbuhan pada anak-anak dan remaja, serta memantau apakah seseorang tumbuh sesuai dengan kurva pertumbuhan yang sehat.
- Menilai Status Gizi: Tinggi badan dapat menjadi indikator dari status gizi jangka panjang, karena kekurangan gizi pada masa kanak-kanak dapat memengaruhi pertumbuhan tubuh.
- Menentukan Indeks Massa Tubuh (IMT): Tinggi badan diperlukan untuk menghitung IMT (BMI) yang digunakan untuk mengklasifikasikan seseorang dalam kategori berat badan yang sehat, kurang, atau berlebih.
- Pemantauan Kondisi Medis: Pengukuran tinggi badan dilakukan untuk mendeteksi kelainan postural atau gangguan pertumbuhan, seperti kelainan pada tulang belakang (misalnya skoliosis) atau disfungsi hormon.

3. Indikasi

- Pemeriksaan Rutin: Pengukuran tinggi badan dilakukan selama pemeriksaan kesehatan rutin, terutama pada anak-anak dan remaja untuk memantau pertumbuhan fisik mereka.
- Penilaian Status Gizi: Untuk memeriksa apakah seseorang mengalami gangguan pertumbuhan yang disebabkan oleh malnutrisi atau kelainan medis lainnya.
- Identifikasi Gangguan Endokrin: Mengukur tinggi badan dapat membantu dalam diagnosis kelainan hormon yang dapat

memengaruhi pertumbuhan, seperti kekurangan hormon pertumbuhan atau hipotiroidisme.

- Evaluasi Pascaoperasi: Pada pasien yang menjalani prosedur medis yang dapat memengaruhi pertumbuhan tulang, misalnya pada kasus tulang belakang atau kelainan bentuk tubuh.

4. Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Alat yang Diperlukan:

- Pengukur tinggi badan (stadiometer), atau alat lain yang sesuai seperti pengukur tinggi badan dengan papan datar dan pengukur vertikal.
- Pengukur ini harus terkalibrasi dengan baik dan dapat memberikan hasil yang akurat.

2. Persiapkan Pasien:

- Minta pasien untuk berdiri tegak dengan kaki rapat, telapak kaki menyentuh permukaan dasar, dan posisi tubuh yang lurus.
- Pastikan pasien berdiri tegak tanpa sepatu atau alas kaki, dengan punggung lurus dan kepala menghadap ke depan.
- Minta pasien untuk menatap lurus ke depan, tidak menunduk atau mendongak.

Langkah-Langkah Pengukuran:

1. Posisikan Pasien:

- Minta pasien untuk berdiri tegak dengan punggung lurus, tumit, pantat, dan kepala menyentuh pengukur atau dinding vertikal.

- Pastikan pasien tidak membungkuk atau berdiri terlalu tegak.
2. Pengukuran:
- Gunakan alat ukur tinggi badan (stadiometer) untuk mengukur tinggi badan dengan menurunkan pengukur vertikal atau pengukur kepala ke bagian atas kepala pasien.
 - Pastikan pengukur terpasang dengan rapat dan sejajar dengan kepala pasien.
3. Mencatat Hasil:
- Catat hasil pengukuran dalam satuan sentimeter (cm).
 - Pastikan pengukuran dilakukan dengan tepat dan hasil yang terbaca stabil.
4. Evaluasi:
- Verifikasi apakah pengukuran dilakukan dengan benar dan hasilnya konsisten dengan pengukuran sebelumnya (jika dilakukan pengukuran berulang).
 - Jika diperlukan, lakukan pengukuran beberapa kali untuk memastikan hasil yang akurat.

Pemeliharaan Alat:

- Pastikan stadiometer atau alat ukur tinggi badan tetap terkalibrasi dengan benar dan digunakan sesuai prosedur untuk memperoleh hasil yang akurat.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Mengukur Tinggi Badan

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			

	<p>2. Persiapan alat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pengukur tinggi badan (stadiometer), atau alat lain yang sesuai seperti pengukur tinggi badan dengan papan datar dan pengukur vertikal. ○ Pengukur ini harus terkalibrasi dengan baik dan dapat memberikan hasil yang akurat. 			
2	<p>Orientasi</p> <p>PERSIAPAN PASIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi • Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	<p>2. Posisikan Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta pasien untuk berdiri tegak dengan punggung lurus, tumit, pantat, dan kepala menyentuh pengukur atau dinding vertikal. • Pastikan pasien tidak membungkuk atau berdiri terlalu tegak. 			
	<p>Pengukuran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gunakan alat ukur tinggi badan (stadiometer) untuk mengukur tinggi badan dengan menurunkan pengukur vertikal atau pengukur kepala ke bagian atas kepala pasien. ○ Pastikan pengukur terpasang dengan rapat dan sejajar dengan kepala pasien. 			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	<ul style="list-style-type: none"> • Catat hasil pengukuran dalam satuan sentimeter (cm). • Pastikan pengukuran dilakukan dengan tepat dan hasil yang terbaca stabil. 			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4.2.3 Mengukur Lingkar Lengan Atas

1. Definisi

Mengukur lingkar lengan atas adalah prosedur untuk menentukan ukuran keliling lengan pada bagian tengah antara siku dan bahu. Pengukuran ini biasanya dilakukan untuk menilai status gizi seseorang, terutama untuk menilai kekurangan atau kelebihan gizi pada individu, dan sering digunakan untuk mendeteksi malnutrisi pada anak-anak, ibu hamil, atau individu yang berisiko.

2. Tujuan

- Menilai Status Gizi: Lingkar lengan atas dapat digunakan sebagai indikator malnutrisi, terutama untuk mengidentifikasi kekurangan gizi protein atau kalori, yang dapat terlihat pada penurunan ukuran lingkar lengan.
- Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan: Pada anak-anak, pengukuran ini digunakan untuk memantau perkembangan tubuh dan status gizi mereka, terutama pada bayi dan anak balita.
- Deteksi Malnutrisi pada Ibu Hamil: Pada ibu hamil, pengukuran lingkar lengan atas digunakan untuk menilai apakah ada tanda-tanda malnutrisi atau kekurangan gizi yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin.
- Penyaringan Risiko Malnutrisi: Mengukur lingkar lengan atas bisa menjadi alat skrining awal untuk mendeteksi malnutrisi pada individu yang mungkin tidak menunjukkan gejala yang jelas.

Indikasi

- Evaluasi Status Gizi pada Anak: Pengukuran lingkaran lengan atas pada anak-anak digunakan untuk mendeteksi potensi kekurangan gizi yang dapat mempengaruhi pertumbuhan mereka.
- Pemantauan Kondisi Malnutrisi: Pada pasien yang memiliki kondisi medis atau penyakit kronis yang dapat menyebabkan malnutrisi, pengukuran lingkaran lengan atas membantu dalam menilai tingkat keparahan kondisi tersebut.
- Pemantauan Kehamilan: Pada ibu hamil, pengukuran lingkaran lengan atas dapat memberikan gambaran tentang kecukupan gizi dan dapat digunakan untuk mendeteksi kekurangan gizi yang memengaruhi ibu dan janin.
- Skrining Gizi pada Populasi Berisiko: Individu yang berisiko mengalami malnutrisi, seperti lansia atau pasien yang sedang menjalani perawatan jangka panjang, bisa diminta untuk mengukur lingkaran lengan atas sebagai bagian dari pemantauan status gizi mereka.

Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Alat yang Diperlukan:
 - Pengukur pita atau meteran fleksibel yang terkalibrasi dengan baik.
 - Pengukur pita harus cukup fleksibel untuk mengikuti bentuk tubuh dan cukup presisi untuk mendapatkan ukuran yang akurat.

2. Persiapkan Pasien:

- Pastikan pasien atau individu yang akan diukur duduk dalam posisi yang nyaman, dengan tangan yang tidak terkunci atau tegang.
- Pastikan area yang diukur bebas dari pakaian atau benda yang dapat menghalangi pengukuran.

Langkah-Langkah Pengukuran:

1. Menentukan Titik Pengukuran:

- Tentukan titik tengah antara siku dan bahu pada lengan dominan (lengan kanan atau kiri).
- Titik ini biasanya sekitar $1/2$ hingga $2/3$ jarak dari ujung siku ke ujung bahu.

2. Posisikan Pengukur Pita:

- Tempatkan pengukur pita secara horizontal pada titik tengah lengan atas.
- Pastikan pengukur pita melingkar dengan rapat tetapi tidak terlalu ketat, sehingga dapat mengukur lingkaran dengan akurat tanpa meremas kulit atau jaringan.

3. Membaca dan Mencatat Hasil:

- Bacalah angka pada pengukur pita ketika pengukur pita berada dalam posisi yang benar.
- Catat hasil pengukuran dalam satuan sentimeter (cm).

4. Verifikasi:

- Lakukan pengukuran dua atau tiga kali untuk memastikan hasil yang konsisten.
- Jika ada perbedaan besar antara pengukuran pertama dan kedua, periksa kembali posisi pengukur pita dan lakukan pengukuran ulang.

Evaluasi:

- Analisis Hasil Pengukuran: Evaluasi apakah ukuran lingkaran lengan atas berada dalam rentang normal untuk usia dan jenis kelamin individu yang diukur.
- Penyimpangan Hasil: Jika lingkaran lengan atas menunjukkan hasil yang sangat kecil atau menurun, ini bisa menjadi tanda malnutrisi dan perlu ditindaklanjuti dengan pemeriksaan lebih lanjut atau intervensi medis.

Pemeliharaan Alat:

- Pastikan pengukur pita yang digunakan bersih dan dalam kondisi baik untuk mendapatkan pengukuran yang akurat.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Mengukur Lingkaran Lengan Atas

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	3. Pra Interaksi 4. Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pengukur pita atau meteran fleksibel yang terkalibrasi dengan baik. ○ Pengukur pita harus cukup fleksibel untuk mengikuti bentuk tubuh dan cukup presisi untuk mendapatkan ukuran yang akurat.. 			
2	B. Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi • Kesiapan klien dikaji ulang 			

3	C. Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	1. Menentukan Titik Pengukuran: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tentukan titik tengah antara siku dan bahu pada lengan dominan (lengan kanan atau kiri). ○ Titik ini biasanya sekitar 1/2 hingga 2/3 jarak dari ujung siku ke ujung bahu. 			
	5. Posisikan Pengukur Pita: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tempatkan pengukur pita secara horizontal pada titik tengah lengan atas. ○ Pastikan pengukur pita melingkar dengan rapat tetapi tidak terlalu ketat, sehingga dapat mengukur lingkaran dengan akurat tanpa meremas kulit atau jaringan. 			
4	D. Tahap Terminasi			
	5. Lepaskan sarung tangan			
	6. Cuci tangan			
	<ul style="list-style-type: none"> • Bacalah angka pada pengukur pita ketika pengukur pita berada dalam posisi yang benar. • Catat hasil pengukuran dalam satuan sentimeter (cm). 			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4.2.4 Mengukur lingkaran Paha

Definisi

Mengukur lingkaran paha adalah prosedur untuk menentukan ukuran keliling paha pada bagian terluar paha, biasanya diukur sekitar satu pertiga bagian dari jarak antara lutut dan pinggul.

Pengukuran ini digunakan untuk menilai status gizi, mendeteksi kelebihan atau kekurangan jaringan lemak tubuh, serta untuk pemantauan dalam konteks kondisi medis atau rehabilitasi tertentu.

Tujuan

- Menilai Status Gizi: Pengukuran lingkar paha dapat digunakan sebagai indikator status gizi tubuh, khususnya dalam menilai distribusi lemak tubuh. Lingkar paha yang terlalu kecil dapat menunjukkan malnutrisi, sedangkan lingkar paha yang besar mungkin mengindikasikan kelebihan lemak tubuh atau obesitas.
- Pemantauan Kesehatan Fisik: Lingkar paha yang lebih kecil dari normal dapat mengindikasikan adanya atrofi otot, dehidrasi, atau penurunan massa otot, sementara ukuran yang lebih besar bisa terkait dengan penimbunan lemak berlebih.
- Evaluasi Terapi atau Rehabilitasi: Mengukur lingkar paha dapat digunakan untuk memantau efektivitas terapi fisik atau rehabilitasi setelah cedera atau operasi pada area kaki atau paha.
- Penyaringan Risiko Metabolik: Mengukur lingkar paha pada individu yang berisiko untuk masalah metabolik (misalnya, diabetes atau penyakit jantung) dapat memberikan informasi terkait distribusi lemak tubuh yang berhubungan dengan risiko tersebut.

Indikasi

- Penilaian Status Gizi pada Pasien dengan Malnutrisi atau Obesitas: Untuk mengetahui distribusi lemak tubuh dan otot, serta untuk memantau perkembangan status gizi pasien.
- Pemantauan Perkembangan Anak atau Remaja: Lingkar paha juga digunakan untuk memantau pertumbuhan anak-anak dan remaja dalam konteks gizi mereka.

- Pemantauan Kondisi Pascaoperasi atau Cedera: Pada pasien yang menjalani operasi pada kaki atau paha, pengukuran lingkaran paha digunakan untuk memantau pemulihan otot dan jaringan tubuh.
- Evaluasi Kondisi Medis Tertentu: Pada pasien dengan penyakit metabolik atau gangguan endokrin, pengukuran lingkaran paha dapat membantu dalam evaluasi distribusi lemak tubuh.
- Screening untuk Obesitas: Pengukuran lingkaran paha dapat digunakan sebagai salah satu parameter dalam screening untuk obesitas atau distribusi lemak tubuh.

Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Alat yang Diperlukan:
 - Pengukur pita atau meteran fleksibel yang terkalibrasi dengan baik.
 - Pengukur pita harus cukup fleksibel untuk mengikuti kontur tubuh dan cukup presisi untuk mendapatkan ukuran yang akurat.
2. Persiapkan Pasien:
 - Pasien diminta untuk berdiri dengan posisi tegak dan santai, dengan kaki sedikit terpisah untuk memudahkan pengukuran.
 - Pakaian yang ketat atau alat yang dapat menghalangi pengukuran harus dilepas, dan pengukuran dilakukan langsung pada kulit atau di atas pakaian tipis.

Langkah-Langkah Pengukuran:

1. Menentukan Titik Pengukuran:

- Tentukan lokasi pengukuran, yaitu pada bagian tengah paha (biasanya sekitar sepertiga bagian antara lutut dan pinggul).
- Pengukuran dilakukan pada bagian terluar paha, yang melingkari otot dan jaringan tubuh.

2. Posisikan Pengukur Pita:

- Tempatkan pengukur pita secara horizontal melingkar di sekitar paha, memastikan pita tersebut tidak terlalu ketat atau longgar.
- Pengukur pita harus berada di posisi sejajar dengan lantai.

3. Membaca dan Mencatat Hasil:

- Bacalah angka pada pengukur pita ketika pita berada dalam posisi yang benar dan stabil.
- Catat hasil pengukuran dalam satuan sentimeter (cm).

4. Verifikasi:

- Lakukan pengukuran dua atau tiga kali untuk memastikan hasil yang konsisten.
- Jika terdapat perbedaan besar antara hasil pengukuran pertama dan kedua, periksa kembali posisi pengukur pita dan lakukan pengukuran ulang.

Pemeliharaan Alat:

- Pastikan pengukur pita yang digunakan dalam kondisi baik dan bersih agar pengukuran tetap akurat.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/ data klien			
	2. Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pengukur pita atau meteran fleksibel yang terkalibrasi dengan baik. ○ Pengukur pita harus cukup fleksibel untuk mengikuti kontur tubuh dan cukup presisi untuk mendapatkan ukuran yang akurat. 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi • Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Menentukan Titik Pengukuran: <ul style="list-style-type: none"> • Tentukan lokasi pengukuran, yaitu pada bagian tengah paha (biasanya sekitar sepertiga bagian antara lutut dan pinggul). • Pengukuran dilakukan pada bagian terluar paha, yang melingkari otot dan jaringan tubuh. 			
	3. Posisikan Pengukur Pita: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tempatkan pengukur pita secara horizontal melingkar di sekitar paha, memastikan pita tersebut tidak terlalu ketat atau longgar. ○ Pengukur pita harus berada di posisi sejajar dengan lantai 			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Bacalah angka pada pengukur pita ketika pita berada dalam posisi yang benar dan stabil.			

	4. Catat hasil pengukuran dalam satuan sentimeter (cm).			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4.2.5 Menghitung Indeks Massa Tubuh

Definisi

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) adalah ukuran yang digunakan untuk menilai apakah seseorang memiliki berat badan yang proporsional dengan tinggi badan.

IMT dihitung dengan rumus:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

IMT merupakan indikator yang digunakan untuk mengklasifikasikan status gizi seseorang, apakah mereka termasuk dalam kategori berat badan normal, kurang, lebih, atau obesitas. IMT memberikan gambaran mengenai distribusi lemak tubuh dan digunakan dalam evaluasi kesehatan umum.

Tujuan

- Menilai Status Gizi: IMT digunakan untuk menilai apakah seseorang memiliki berat badan yang sehat, kurang, atau berlebih. Ini adalah salah satu alat skrining awal untuk mendiagnosis obesitas atau kekurangan gizi.

- **Pemantauan Kesehatan:** Menghitung IMT digunakan untuk memantau perubahan berat badan dalam waktu tertentu, yang penting untuk mengevaluasi efektivitas program penurunan berat badan atau pemulihan pascaoperasi.
- **Evaluasi Risiko Kesehatan:** IMT yang terlalu tinggi atau rendah dapat menunjukkan risiko kesehatan, seperti peningkatan risiko penyakit jantung, diabetes, dan gangguan metabolik. IMT juga digunakan dalam penilaian risiko penyakit kronis terkait dengan berat badan yang berlebih atau kekurangan.
- **Panduan dalam Perencanaan Perawatan:** Dalam setting medis, IMT digunakan untuk merencanakan intervensi nutrisi, terapi, atau pengobatan yang diperlukan berdasarkan status berat badan pasien.

Indikasi

- **Penilaian Status Gizi:** IMT digunakan untuk menilai status gizi seseorang, baik dalam pemeriksaan rutin maupun dalam situasi medis tertentu.
- **Pemantauan Berat Badan:** IMT digunakan untuk memantau pasien dengan gangguan berat badan, seperti obesitas atau anoreksia, serta untuk melihat perubahan berat badan dalam proses diet atau pemulihan.
- **Evaluasi Resiko Penyakit:** IMT digunakan untuk memprediksi risiko penyakit terkait dengan obesitas (seperti diabetes tipe 2, hipertensi, penyakit jantung) atau penyakit yang disebabkan oleh kekurangan gizi.
- **Skrining Kesehatan pada Anak dan Remaja:** IMT digunakan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak-anak dan remaja untuk mengidentifikasi masalah gizi yang lebih awal.

4. Prosedur Kerja Menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT)

Persiapan:

1. Alat yang Diperlukan:
 - Timbangan untuk mengukur berat badan (dalam kilogram).
 - Pengukur tinggi badan (dalam meter).
2. Persiapkan Pasien:
 - Pastikan pasien berdiri tegak dengan posisi tubuh yang normal dan tanpa alas kaki.
 - Pasien diinstruksikan untuk tidak mengenakan pakaian berat yang dapat mempengaruhi hasil pengukuran.

Langkah-Langkah Pengukuran:

1. Mengukur Berat Badan:
 - Gunakan timbangan yang akurat untuk mengukur berat badan pasien dalam kilogram (kg).
2. Mengukur Tinggi Badan:
 - Gunakan pengukur tinggi badan untuk mengukur tinggi badan pasien dalam meter (m). Pastikan pasien berdiri tegak dengan posisi tubuh yang lurus dan menghadap ke depan.
3. Menghitung IMT:

Gunakan rumus berikut untuk menghitung IMT: rumus:

Berat Badan (kg)

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Contoh : jika berat badan seseorang 70 kg dan tinggi badan 1,75 m, IMT dihitung sebagai berikut:

70 (kg)

$$\text{IMT} = \frac{70 \text{ (kg)}}{1,75 \text{ (m)}^2}$$

IMT= 22,86

4. Klasifikasi IMT:

- Berdasarkan nilai IMT yang dihitung, klasifikasikan status berat badan dengan referensi standar:
 - IMT < 18,5: Berat badan kurang
 - IMT 18,5 - 24,9: Berat badan normal
 - IMT 25 - 29,9: Kelebihan berat badan
 - IMT ≥ 30: Obesitas

5. Evaluasi:

- Evaluasi hasil penghitungan IMT untuk menentukan apakah pasien memiliki status berat badan yang normal, kurang, atau lebih.
- Berdasarkan hasilnya, pertimbangkan tindakan selanjutnya, seperti program diet, olahraga, atau intervensi medis.

Pemeliharaan Alat:

- Pastikan timbangan dan pengukur tinggi badan yang digunakan terkalibrasi dengan benar untuk menghasilkan pengukuran yang akurat.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Menghitung IMT

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	5. Pra Interaksi 6. Mengecek dokumentasi/data klien			

	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Timbangan untuk mengukur berat badan (dalam kilogram). ○ Pengukur tinggi badan (dalam meter).. 			
2	B. Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi • Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	C. Tahap Kerja			
	. 1. Cuci tangan			
	3. Mengukur Berat Badan: Gunakan timbangan yang akurat untuk mengukur berat badan pasien dalam kilogram (kg).			
	Mengukur Tinggi Badan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gunakan pengukur tinggi badan untuk mengukur tinggi badan pasien dalam meter (m). Pastikan pasien berdiri tegak dengan posisi tubuh yang lurus dan menghadap ke depan. 			
	Menghitung IMT: Gunakan rumus berikut untuk menghitung IMT: rumus: $IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi hasil penghitungan IMT untuk menentukan apakah pasien memiliki status berat badan yang normal, kurang, atau lebih. • Berdasarkan hasilnya, pertimbangkan tindakan selanjutnya, seperti program diet, olahraga, atau intervensi medis. 			

5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4.2.6 Memberikan Makan per Oral

1. Definisi

Memberikan makanan per oral adalah tindakan memberikan makanan atau cairan kepada pasien melalui mulut. Ini adalah cara utama untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien yang dapat menelan dengan aman dan memiliki fungsi pencernaan yang normal. Memberikan makan per oral mencakup pemberian makanan padat, cair, atau suplemen yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien.

Tujuan

- Memenuhi Kebutuhan Nutrisi: Memberikan makanan per oral bertujuan untuk memberikan energi, protein, lemak, vitamin, dan mineral yang diperlukan untuk tubuh pasien.
- Mendukung Pemulihan Kesehatan: Pasien yang sedang dalam proses pemulihan setelah operasi, penyakit, atau cedera sering memerlukan pemberian makanan per oral untuk mendukung penyembuhan dan memulihkan kondisi tubuh mereka.
- Meningkatkan Status Gizi: Pada pasien dengan malnutrisi atau kekurangan gizi, pemberian makanan secara oral bertujuan untuk meningkatkan status gizi mereka.

- Memberikan Rasa Nyaman: Memberikan makanan per oral juga memberikan kenyamanan dan meningkatkan kualitas hidup pasien, terutama bagi mereka yang dapat makan dengan mandiri atau dengan sedikit bantuan.
- Menghindari atau Mengurangi Penggunaan Alat Pemberian Makanan Lain: Pada pasien yang dapat makan melalui mulut tetapi memerlukan bantuan atau pengawasan, pemberian makanan per oral mengurangi ketergantungan pada alat pemberian makanan seperti selang nasogastrik atau gastrostomi.

2. Indikasi

- Kebutuhan Nutrisi Pasien yang Mampu Menelan: Pemberian makan per oral digunakan untuk pasien yang memiliki kemampuan menelan yang baik dan tidak mengalami gangguan pada sistem pencernaannya.
- Pemulihan Pascaoperasi atau Pasien Rawat Inap: Pada pasien yang telah menjalani prosedur medis atau pembedahan dan telah mendapatkan izin untuk memulai pemberian makanan secara oral setelah periode puasa atau diet cair.
- Penyakit Kronis atau Gangguan Pencernaan: Pasien dengan kondisi medis yang menyebabkan penurunan nafsu makan atau kesulitan makan (seperti kanker, penyakit jantung, atau stroke) dapat diberikan makanan per oral sesuai dengan kemampuan mereka.
- Pemenuhan Kebutuhan Gizi pada Ibu Hamil dan Menyusui: Memberikan makanan dengan kandungan gizi yang tepat untuk ibu hamil dan menyusui, untuk memastikan kesehatan ibu dan janin atau bayi.

- Pemeliharaan Berat Badan pada Individu yang Terancam Kekurangan Gizi: Pemberian makanan per oral juga digunakan pada individu yang berisiko mengalami malnutrisi, seperti lansia atau pasien yang membutuhkan asupan tambahan untuk mencegah penurunan berat badan.

Prosedur Kerja

Persiapan:

1. Alat yang Diperlukan:

- Piring atau wadah makanan dengan makanan yang telah dipersiapkan sesuai kebutuhan nutrisi pasien.
- Sendok atau alat makan yang sesuai untuk pasien (misalnya sendok kecil jika pasien sulit menelan).
- Air atau cairan tambahan jika diperlukan.

2. Persiapkan Pasien:

- Pastikan pasien duduk dalam posisi yang nyaman, lebih baik dalam posisi tegak (90 derajat) untuk menghindari risiko tersedak.
- Periksa apakah pasien mampu menelan dan tidak memiliki gangguan pada kemampuan menelan (dysphagia).
- Pastikan pasien tidak sedang dalam kondisi puasa atau diet tertentu yang melarang pemberian makanan oral.

Langkah-Langkah Pemberian Makanan:

1. Verifikasi Menu Makanan:

- Pastikan makanan yang akan diberikan sesuai dengan kebutuhan gizi pasien, apakah itu diet biasa, diet cair, atau diet khusus (misalnya rendah garam, rendah gula, atau tinggi protein).

2. Memastikan Keamanan Makanan:
 - Periksa suhu makanan sebelum memberikannya kepada pasien, pastikan makanan tidak terlalu panas atau terlalu dingin untuk menghindari ketidaknyamanan atau potensi cedera.
3. Memberikan Makanan secara Perlahan:
 - Berikan makanan sedikit demi sedikit dengan menggunakan sendok atau alat makan yang sesuai. Jika pasien kesulitan menelan, berikan makanan dalam bentuk cair atau lembut.
 - Jika pasien memiliki kesulitan menelan atau risiko tersedak, pertimbangkan untuk memberikan makanan dalam bentuk yang lebih lembut, seperti puree, atau menggunakan bantuan tekstur makanan khusus.
4. Pemantauan Selama Pemberian:
 - Pastikan pasien makan dengan tenang dan tidak terburu-buru, serta pastikan mereka tidak mengalami kesulitan saat menelan. Jika terjadi batuk atau sesak napas, segera hentikan pemberian makanan dan bantu pasien.
 - Perhatikan jika ada tanda-tanda ketidaknyamanan, kesulitan menelan, atau reaksi alergi terhadap makanan yang diberikan.
5. Mencatat dan Memantau Asupan:
 - Catat jumlah makanan yang telah diberikan dan pantau apakah pasien dapat menghabiskan makanan tersebut. Pemantauan asupan makanan penting untuk menilai apakah pasien cukup mendapatkan gizi yang diperlukan.

6. Bersihkan Pasien dan Lingkungan:

- Setelah selesai memberi makan, pastikan pasien membersihkan diri jika ada sisa makanan pada mulut atau tangan.
- Bersihkan alat makan dan tempat makan agar tetap higienis.

Pemeliharaan Alat:

- Pastikan piring dan alat makan yang digunakan dalam keadaan bersih dan steril untuk mencegah kontaminasi.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik Memberikan Makan per Oral

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi Mengecek dokumentasirencana Tindakan /data klien			
	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Piring atau wadah makanan dengan makanan yang telah dipersiapkan sesuai kebutuhan nutrisi pasien. ○ Sendok atau alat makan yang sesuai untuk pasien (misalnya sendok kecil jika pasien sulit menelan). ○ Air atau cairan tambahan jika diperlukan. 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN <ul style="list-style-type: none"> • salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu • Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti • Rencana program divalidasi kembali • Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi • Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			

	<p>1. Verifikasi Menu Makanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pastikan makanan yang akan diberikan sesuai dengan kebutuhan gizi pasien, apakah itu diet biasa, diet cair, atau diet khusus (misalnya rendah garam, rendah gula, atau tinggi protein). 			
	<p>Memastikan Keamanan Makanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Periksa suhu makanan sebelum memberikannya kepada pasien, pastikan makanan tidak terlalu panas atau terlalu dingin untuk menghindari ketidaknyamanan atau potensi cedera. 			
	<p>Memberikan Makanan secara Perlahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berikan makanan sedikit demi sedikit dengan menggunakan sendok atau alat makan yang sesuai. Jika pasien kesulitan menelan, berikan makanan dalam bentuk cair atau lembut. ○ Jika pasien memiliki kesulitan menelan atau risiko tersedak, pertimbangkan untuk memberikan makanan dalam bentuk yang lebih lembut, seperti puree, atau menggunakan bantuan tekstur makanan khusus. 			
4	Tahap Terminasi			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	Catat jumlah makanan yang telah diberikan dan pantau apakah pasien dapat menghabiskan makanan tersebut. Pemantauan asupan makanan penting untuk menilai apakah pasien cukup mendapatkan gizi yang diperlukan.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4.3 Daftar Pustaka

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia

Pustaka Indonesia.

Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.

Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 5

Praktika pemenuhan kebutuhan eliminasi

5.1 Deskripsi Pembelajaran

Pembelajaran prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi adalah suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada perawat dalam melaksanakan prosedur yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan eliminasi tubuh pasien. Eliminasi tubuh, yang mencakup pengeluaran urin, feses, dan gas, merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat mempengaruhi kesejahteraan fisik pasien. Oleh karena itu, perawat memiliki peran penting dalam membantu pasien untuk menjalani proses eliminasi ini dengan cara yang aman, efektif, dan nyaman.

Prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi melibatkan serangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk mendukung pasien dalam mengeliminasi produk sisa metabolisme tubuh. Pembelajaran ini mengajarkan perawat untuk memahami prinsip-prinsip dasar eliminasi, serta cara-cara yang tepat untuk menangani berbagai masalah eliminasi seperti inkontinensia urin, konstipasi, atau retensi urin. Prosedur ini juga mencakup penanganan pasien yang memerlukan intervensi lebih lanjut, seperti pemasangan kateter urin, pengelolaan colostomy, atau pemberian laksatif.

Dalam pembelajaran prosedur ini, perawat diajarkan untuk melakukan penilaian yang mendalam terhadap kondisi pasien, mencatat gejala yang dialami, serta memahami faktor-faktor yang mempengaruhi proses eliminasi. Ini meliputi pengawasan terhadap frekuensi dan konsistensi eliminasi urin dan feses pasien, serta pemantauan tanda-tanda

komplikasi yang mungkin timbul, seperti infeksi saluran kemih (ISK) atau gangguan pencernaan.

Pembelajaran prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi juga melibatkan pemberian edukasi kepada pasien dan keluarganya. Perawat mengajarkan pentingnya menjaga pola hidup sehat yang mendukung fungsi eliminasi tubuh, seperti mengonsumsi cukup cairan, mengonsumsi makanan kaya serat, serta pentingnya menjaga kebersihan diri untuk mencegah infeksi. Edukasi ini bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarganya dalam mengelola kondisi kesehatan mereka secara mandiri.

5.2 Tindakan Keperawatan Dasar Pemenuhan Kebutuhan eliminasi

5.2.1 Membantu pasien eliminasi BAB/BAK diatas tempat tidur

1. Pengertian

Membantu pasien eliminasi BAB (Buang Air Besar) dan BAK (Buang Air Kecil) di atas tempat tidur adalah suatu tindakan keperawatan yang dilakukan oleh tenaga medis atau perawat untuk membantu pasien yang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas buang air besar atau kecil secara mandiri, terutama pada pasien yang tidak dapat bergerak atau berbaring di tempat tidur. Tindakan ini dilakukan dengan menggunakan alat bantu seperti bedpan atau urinal untuk mengumpulkan urine atau feses pasien.

2. Indikasi

- Pasien Terbaring di Tempat Tidur karena Keterbatasan Mobilitas
- Pasien dengan Penyakit yang Membatasi Kemampuan untuk Bergerak
- Pasien yang Sakit Kritis atau Dalam Perawatan Intensif
- Pasien dengan Inkontinensia Urine atau Feses
- Pasien dalam Proses Pemulihan Pasca Operasi
- Pasien dengan Gangguan Mental atau Kesadaran

3. Tujuan

Tujuan dari membantu pasien melakukan eliminasi BAB dan BAK di tempat tidur adalah untuk:

- Menjaga Kenyamanan Pasien
- Mencegah Infeksi Saluran Kemih atau Kulit
- Memenuhi Kebutuhan Dasar Pasien
- Meningkatkan Kesehatan Pasien
- Memberikan Dukungan Psikologis
- Cara kerja

Berikut adalah langkah-langkah yang dilakukan oleh perawat atau tenaga medis saat membantu pasien dalam melakukan eliminasi BAB dan BAK di atas tempat tidur:

1. Persiapkan Alat yang Diperlukan:

Siapkan alat bantu seperti bedpan (untuk BAB) atau urinal (untuk BAK). Pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan siap digunakan. Siapkan juga pelindung tempat tidur seperti alas penyerap untuk mencegah kebocoran pada tempat tidur.

2. Persiapkan Pasien:

Pastikan pasien dalam posisi yang nyaman. Bantu pasien berbaring dalam posisi setengah duduk atau miring, tergantung pada kenyamanan pasien dan jenis eliminasi yang akan dilakukan.

Beri selimut atau kain penutup untuk menjaga privasi pasien. Pastikan juga untuk menjaga kenyamanan dan kehangatan pasien selama proses eliminasi.

3. Bantu Pasien Menggunakan Bedpan atau Urinal:

Jika pasien akan buang air besar, bantu mereka untuk menggunakan bedpan dengan hati-hati. Letakkan bedpan di bawah bokong pasien dan pastikan posisinya nyaman.

Untuk buang air kecil, berikan urinal kepada pasien. Jika pasien tidak dapat memegangnya sendiri, bantu dengan hati-hati agar urinal tetap pada posisinya.

4. Pemantauan Selama Proses Eliminasi:

Selama pasien melakukan eliminasi, pantau keadaan pasien untuk memastikan mereka merasa nyaman dan tidak kesulitan.

Berikan dukungan psikologis dengan berbicara lembut atau memberikan kata-kata penghiburan untuk mengurangi rasa malu pasien.

5. Bersihkan Pasien dan Area Sekitar:

Setelah pasien selesai, bantu mereka membersihkan diri dengan menggunakan tisu basah atau kain lap. Pastikan area genital pasien dibersihkan dengan lembut untuk mencegah iritasi kulit.

Jika diperlukan, bantu pasien mengganti pakaian atau ganti tempat tidur jika ada kebocoran.

6. Membersihkan Alat dan Lingkungan:

Setelah proses eliminasi selesai, pastikan untuk membersihkan bedpan atau urinal dengan sabun dan air bersih. Jangan lupa untuk mencuci tangan dengan baik untuk menghindari kontaminasi atau penyebaran infeksi. Pastikan tempat tidur pasien tetap bersih dan kering, serta tempatkan pasien kembali ke posisi tidur yang nyaman.

7. Dokumentasi:

Catat hasil eliminasi pasien (jumlah, warna, konsistensi, dsb) dalam catatan medis untuk pemantauan lebih lanjut oleh tim medis.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			

	<p>2. Persiapan alat: Siapkan alat bantu seperti bedpan (untuk BAB) atau urinal (untuk BAK). Pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan siap digunakan. Siapkan juga pelindung tempat tidur seperti alas penyerap untuk mencegah kebocoran pada tempat tidur dan pispot.</p>			
2	<p>Orientasi PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramah pada saat bertemu 4. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur, dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 5. Rencana program divalidasi kembali 6. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 7. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Bantu Pasien Menggunakan Bedpan atau Urinal: Jika pasien akan buang air besar, bantu mereka untuk menggunakan bedpan dengan hati-hati. 3. Letakkan bedpan di bawah bokong pasien dan pastikan posisinya nyaman. 4. Untuk buang air kecil, berikan urinal kepada pasien. Jika pasien tidak dapat memegangnya sendiri, bantu dengan hati-hati agar urinal tetap pada posisinya. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pemantauan Selama Proses Eliminasi: Selama pasien melakukan eliminasi, pantau keadaan pasien untuk memastikan mereka merasa nyaman dan tidak kesulitan. 6. Berikan dukungan psikologis dengan berbicara lembut atau memberikan kata-kata penghiburan untuk mengurangi rasa malu pasien. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Bersihkan Pasien dan Area Sekitar: Setelah pasien selesai, bantu mereka membersihkan diri dengan menggunakan tisu basah atau kain lap. Pastikan area genital pasien dibersihkan dengan lembut untuk mencegah iritasi kulit. 8. Jika diperlukan, bantu pasien mengganti pakaian atau ganti tempat tidur jika ada kebocoran. 			
	9. Membersihkan Alat dan Lingkungan:			

	Setelah proses eliminasi selesai, pastikan untuk membersihkan bedpan atau urinal dengan sabun dan air bersih.			
	7. Mencuci tangan dengan baik untuk menghindari kontaminasi atau penyebaran infeksi. Pastikan tempat tidur pasien tetap bersih dan kering, serta tempatkan pasien kembali ke posisi tidur yang nyaman.			
4	Tahap Terminasi			
	• Lepaskan sarung tangan			
	• Cuci tangan			
	• Catat hasil eliminasi pasien (jumlah, warna, konsistensi, dsb) dalam catatan medis untuk pemantauan lebih lanjut oleh tim medis.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

5.2.2 Memberikan enema

1. Pengertian

Enema adalah prosedur medis yang melibatkan pemberian cairan atau obat melalui anus untuk merangsang buang air besar (BAB) atau untuk membersihkan usus. Cairan yang diberikan dapat berupa air hangat, larutan salin, atau obat tertentu yang bertujuan untuk membersihkan usus besar, melunakkan tinja yang keras, atau memberikan obat untuk perawatan medis tertentu.

2. Indikasi

- Konstipasi (Sembelit)
- Persiapan Prosedur Medis
- Pengobatan Intoksikasi atau Keracunan

- Gangguan Pencernaan atau Peradangan Usus
- Pemulihan Pasca Operasi
- Kondisi Medis Tertentu yang Mempengaruhi Fungsi Usus

3. Tujuan

Tujuan pemberian enema antara lain:

1. Meringankan Konstipasi
 2. Membersihkan Usus untuk Prosedur Medis
 3. Mengeluarkan Zat Berbahaya:
 4. Memberikan Obat Secara Topikal:
 5. Mempercepat Pemulihan Pasca Operasi
4. Cara kerja

Berikut adalah langkah-langkah dalam memberikan enema dengan aman:

1. Persiapkan Alat dan Bahan:

Siapkan alat yang diperlukan, seperti kantong enema (atau botol), larutan enema (air hangat atau larutan salin), dan pelumas. Pastikan semua alat dalam keadaan bersih dan steril.

2. Persiapkan Pasien:

Jelaskan prosedur kepada pasien agar mereka merasa tenang dan memahami apa yang akan dilakukan. Bantu pasien berbaring dalam posisi yang nyaman, biasanya posisi miring ke kiri (posisi Sims) untuk mempermudah cairan enema masuk ke usus.

3. Cuci Tangan dan Kenakan Sarung Tangan:

Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian kenakan sarung tangan medis untuk menjaga kebersihan dan mencegah infeksi.

4. Siapkan Larutan Enema:

Pastikan larutan enema yang digunakan sesuai dengan jenis yang diresepkan, baik itu air hangat, larutan salin, atau obat tertentu. Pastikan larutan tidak terlalu panas atau terlalu dingin.

5. Lubrikasi Nozzle Enema:

Oleskan pelumas pada ujung nozzle (alat penghubung antara kantong enema dan tubuh pasien) untuk memudahkan proses pemasangan dan mengurangi rasa sakit.

6. Pemasangan Nozzle atau Rute Pemberian Enema:

Dengan hati-hati, masukkan nozzle enema ke dalam anus pasien dengan sudut yang sesuai, biasanya sekitar 3-4 inci untuk dewasa. Lakukan dengan lembut untuk menghindari cedera atau rasa sakit.

7. Pemberian Cairan Enema:

Setelah nozzle terpasang dengan benar, buka katup atau tekan kantong enema untuk memungkinkan cairan mengalir ke dalam usus pasien. Lakukan dengan perlahan agar pasien tidak merasa sakit atau tidak nyaman.

8. Pemantauan Selama Prosedur:

Selama pemberian enema, pantau kondisi pasien. Jika pasien merasa sakit atau tidak nyaman, hentikan pemberian cairan dan berikan waktu bagi pasien untuk beristirahat sejenak.

9. Tunggu Beberapa Menit:

Setelah cairan enema masuk, pasien diminta untuk menahan cairan tersebut selama beberapa menit (umumnya 5-15 menit), tergantung pada jenis enema yang diberikan.

10. Pembersihan:

Setelah prosedur selesai, pastikan pasien membersihkan diri dengan lembut menggunakan tisu basah atau lap, dan pastikan tempat tidur atau area sekitar tetap bersih.

12. Dokumentasi:

Catat prosedur yang dilakukan, jenis cairan enema yang digunakan, respons pasien, dan hasil eliminasi dalam catatan medis untuk pemantauan lebih lanjut.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pra Interaksi ▪ Mengecek dokumentasi/data klien 			
	<p>Persiapan alat: Siapkan alat yang diperlukan, seperti kantong enema (atau botol), larutan enema (air hangat atau larutan salin), dan pelumas. Pastikan semua alat dalam keadaan bersih dan steril.</p>			
2	<p>B. Orientasi PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 3. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 4. Rencana program divalidasi kembali 5. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 6. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	Cuci tangan			
	Siapkan Larutan Enema: Pastikan larutan enema yang digunakan sesuai dengan jenis yang diresepkan, baik itu air hangat, larutan salin, atau obat tertentu. Pastikan larutan tidak terlalu panas atau terlalu dingin.			
	Lubrikasi Nozzle Enema: Oleskan pelumas pada ujung nozzle (alat penghubung antara kantong enema dan tubuh pasien) untuk memudahkan proses pemasangan dan mengurangi rasa sakit.			
	Pemasangan Nozzle atau Rute Pemberian Enema: Dengan hati-hati, masukkan nozzle enema ke dalam anus pasien dengan sudut yang sesuai, biasanya sekitar 3-4 inci untuk dewasa. Lakukan dengan lembut untuk menghindari cedera atau rasa sakit.			
	Pemberian Cairan Enema: Setelah nozzle terpasang dengan benar, buka katup atau tekan kantong enema untuk memungkinkan cairan mengalir ke dalam usus pasien. Lakukan dengan			

	perlahan agar pasien tidak merasa sakit atau tidak nyaman.			
	Tunggu Beberapa Menit: Setelah cairan enema masuk, pasien diminta untuk menahan cairan tersebut selama beberapa menit (umumnya 5-15 menit), tergantung pada jenis enema yang diberikan. Pembersihan: Setelah prosedur selesai, pastikan pasien membersihkan diri dengan lembut menggunakan tisu basah atau lap, dan pastikan tempat tidur atau area sekitar tetap bersih.			
	Tahap Terminasi			
	<ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan sarung tangan 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan 			
	Catat prosedur yang dilakukan, jenis cairan enema yang digunakan, respons pasien, dan hasil eliminasi dalam catatan medis untuk pemantauan lebih lanjut.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

5.2.3 Memasang diapers/popok

1. Pengertian

Pemasangan diapers atau popok adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk membantu pasien atau individu, baik bayi, anak-anak, atau orang dewasa yang mengalami inkontinensia (ketidakmampuan untuk mengontrol buang air), untuk tetap kering dan nyaman. Popok atau diapers adalah alat penampung urine dan feses yang digunakan untuk menutupi area genital, membantu menjaga kebersihan

tubuh, serta mencegah iritasi atau infeksi akibat kontak langsung dengan urine atau tinja.

2. Indikasi

- Bayi dan Anak-Anak
- Orang Dewasa dengan Inkontinensia Urine atau Feses
- Orang Dewasa dengan Inkontinensia Urine atau Feses
- Pasien dengan Gangguan Mental atau Kesadaran
- Pasien dalam Proses Pemulihan Pasca Operasi
- Penggunaan Popok pada Pasien yang Terisolasi
- Pasien lansia dengan kelemahan

3. Tujuan

- Menjaga Kebersihan dan Kenyamanan
- Mencegah Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- Mencegah Terjadinya Ruam atau Iritasi Kulit
- Memberikan Kenyamanan pada Pasien yang Terbatas Mobilitasnya
- Memenuhi Kebutuhan Dasar Pasien
- Mempermudah Perawatan Pasien

4. Cara kerja

Berikut adalah langkah-langkah cara kerja dalam pemasangan diapers atau popok untuk pasien atau individu:

1. Persiapkan Alat dan Bahan:

Siapkan popok yang sesuai dengan ukuran tubuh pasien atau individu. Pastikan popok dalam kondisi bersih dan dalam kemasan yang tidak rusak. Siapkan juga alas atau tempat tidur yang bersih, tisu atau kain lap basah, serta bahan pembersih jika diperlukan.

2. Cuci Tangan dan Kenakan Sarung Tangan:
Sebelum memulai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir untuk menghindari penyebaran kuman. Kemudian kenakan sarung tangan medis untuk menjaga kebersihan.
3. Posisikan Pasien atau Individu dalam Posisi yang Nyaman:
Jika pasien berada di tempat tidur, pastikan mereka berbaring dalam posisi yang nyaman dan aman. Bantu pasien untuk mengangkat tubuh atau menggulingkan tubuh ke satu sisi jika perlu.
4. Buka Popok Lama (Jika Ada):
Jika pasien sudah memakai popok lama, buka dan buang popok lama dengan hati-hati. Gunakan tisu atau lap basah untuk membersihkan area genital pasien, pastikan untuk mengelap dengan lembut agar tidak menyebabkan iritasi.
5. Pasang Popok Baru:
Ambil popok yang baru dan lipat popok tersebut dengan benar. Tempatkan bagian belakang popok di bawah bokong pasien dan tarik bagian depan popok ke atas. Pastikan popok menutupi area genital dengan baik dan posisinya tidak terlalu ketat atau terlalu longgar.
6. Sesuaikan dan Perbaiki Posisi Popok:
Sesuaikan popok dengan tubuh pasien untuk memastikan popok terpasang dengan baik dan nyaman. Pastikan popok menutupi seluruh area yang diperlukan dan posisinya tidak mengganggu pergerakan pasien.
7. Pasang Tali atau Perekat Popok:
Jika popok menggunakan perekat atau tali pengikat, rapatkan dengan hati-hati di kedua sisi tubuh pasien untuk memastikan popok tetap terpasang dengan aman.

8. Periksa Kembali Kenyamanan Pasien:

Setelah popok terpasang, pastikan pasien merasa nyaman dan tidak ada bagian popok yang menekan tubuh mereka atau menyebabkan ketidaknyamanan. Sesuaikan jika diperlukan.

9. Membersihkan dan Membuang Popok Lama

Buang popok lama yang sudah digunakan di tempat sampah yang sesuai dan pastikan untuk membersihkan tangan dengan baik setelah menangani popok.

10. Dokumentasi:

Catat pemasangan popok dalam catatan medis pasien, termasuk waktu pemasangan dan kondisi pasien terkait eliminasi tubuh (jika diperlukan).

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi			
	1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	2. Persiapan alat: - Siapkan popok yang sesuai dengan ukuran tubuh pasien atau individu. - Pastikan popok dalam kondisi bersih dan dalam kemasan yang tidak rusak. - Siapkan juga alas atau tempat tidur yang bersih - tisu atau kain lap basah - serta bahan pembersih jika diperlukan.			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN			
	1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu			
	2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti			
	3. Rencana program divalidasi Kembali			
	4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi			

	5. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	<ul style="list-style-type: none"> - Cuci Tangan dan Kenakan Sarung Tangan: Sebelum memulai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir untuk menghindari penyebaran kuman. Kemudian kenakan sarung tangan medis untuk menjaga kebersihan. - Posisikan Pasien atau Individu dalam Posisi yang Nyaman: - Jika pasien berada di tempat tidur, pastikan mereka berbaring dalam posisi yang nyaman dan aman. Bantu pasien untuk mengangkat tubuh atau menggulingkan tubuh ke satu sisi jika perlu. - Buka Popok Lama (Jika Ada): Jika pasien sudah memakai popok lama, buka dan buang popok lama dengan hati-hati. Gunakan tisu atau lap basah untuk membersihkan area genital pasien, pastikan untuk mengelap dengan lembut agar tidak menyebabkan iritasi. Pasang Popok Baru: - Ambil popok yang baru dan lipat popok tersebut dengan benar. Tempatkan bagian belakang popok di bawah bokong pasien dan tarik bagian depan popok ke atas. Pastikan popok menutupi area genital dengan baik dan posisinya tidak terlalu ketat atau terlalu longgar. - Sesuaikan dan Perbaiki Posisi Popok: Sesuaikan popok dengan tubuh pasien untuk memastikan popok terpasang dengan baik dan nyaman. Pastikan popok menutupi seluruh area yang diperlukan dan posisinya tidak mengganggu pergerakan pasien. - Membersihkan dan Membuang Popok Lama Buang popok lama yang sudah digunakan di tempat sampah yang sesuai dan pastikan untuk membersihkan tangan dengan baik setelah menangani popok 			
4	Tahap Kerja			
	Lepaskan sarung tangan			
	Cuci tangan			
	Catat pemasangan popok dalam catatan medis pasien, termasuk waktu pemasangan dan kondisi pasien terkait eliminasi tubuh (jika diperlukan).			

5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

5.3 Daftar Pustaka

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 6

Praktika Tindakan Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Aman Nyaman

6.1 Deskripsi Pembelajaran

Latihan relaksasi fisik adalah suatu kegiatan yang dirancang untuk mengurangi ketegangan tubuh, menenangkan pikiran, dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Pembelajaran tentang latihan relaksasi fisik umumnya mencakup teknik-teknik yang dapat membantu seseorang untuk mengatasi stres, kecemasan, dan kelelahan fisik maupun mental.

6.2 Tindakan Keperawatan pemenuhan kebutuhan Dasar aman dan nyaman

6.2.1 Latihan relaksasi fisik

1) pengertian

Latihan relaksasi fisik adalah serangkaian teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan pada otot-otot tubuh, menenangkan sistem saraf, dan menciptakan rasa rileks baik secara fisik maupun mental. Latihan ini dapat melibatkan teknik pernapasan, peregangan, atau relaksasi otot progresif yang membantu tubuh kembali ke keadaan seimbang dan nyaman setelah mengalami stres atau aktivitas fisik yang berlebihan.

2) Indikasi

- Stres atau Kecemasan
- Kelelahan Otot
- Masalah Kesehatan Tertentu
- Pemulihan Pasca-Latihan

3) Tujuan

- Mengurangi Ketegangan Otot

- Menurunkan Stres dan Kecemasan
- Meningkatkan Kualitas Tidur
- Meningkatkan Sirkulasi Darah
- Meningkatkan Kesejahteraan Fisik dan Mental

4) Cara kerja

Cara kerja latihan relaksasi fisik tergantung pada teknik yang digunakan, namun umumnya bekerja dengan:

- Mengatur Pola Pernapasan: Teknik pernapasan dalam dan lambat, seperti pernapasan diafragma, dapat merangsang sistem saraf parasimpatis yang menurunkan detak jantung dan tekanan darah, membawa tubuh ke dalam keadaan tenang.
- Mengurangi Ketegangan Otot: Teknik seperti Progressive Muscle Relaxation (PMR) melibatkan pengetatan dan pelepasan otot-otot tubuh secara bergantian, yang meningkatkan kesadaran terhadap ketegangan fisik dan cara mengendalikannya.
- Meningkatkan Kesadaran Tubuh: Latihan seperti peregangan tubuh dan yoga membantu seseorang lebih sadar terhadap kondisi fisiknya, yang berfungsi untuk mengurangi ketegangan atau ketidaknyamanan.
- Menenangkan Pikiran: Beberapa teknik seperti meditasi atau visualisasi mengalihkan fokus pikiran ke hal-hal yang positif, mengurangi stres dan kecemasan yang berlebihan.

6.2.2 Backrub

1. Pengertian

Backrub adalah teknik pemijatan yang fokus pada area punggung untuk mengurangi ketegangan otot, memperbaiki sirkulasi darah, dan memberikan rasa relaksasi.

2. Indikasi

- Stres atau ketegangan emosional.

- Kekakuan otot punggung.
- Nyeri otot ringan.
- Kelelahan fisik setelah aktivitas berat.

3. Tujuan

- Mengurangi stres dan meningkatkan relaksasi.
- Memperbaiki sirkulasi darah di area punggung.
- Meredakan ketegangan otot.
- Meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental.

4. Cara kerja

Persiapan

- Individu berbaring atau duduk dalam posisi yang nyaman, dengan punggung yang mudah dijangkau oleh pemijat.
- Minyak pijat atau losion dapat digunakan untuk mengurangi gesekan dan meningkatkan relaksasi.
- Penerapan Gerakan Pemijatan
 - Pemijat menggunakan ujung jari, telapak tangan, atau ibu jari untuk memberikan tekanan ringan hingga sedang pada otot punggung.
 - Gerakan melingkar atau menggosok diterapkan untuk mengendurkan otot-otot tegang.
 - Teknik Rotasi dan Peregangan
Pemijat menerapkan gerakan rotasi kecil di sepanjang punggung, mengikuti otot besar seperti trapezius dan latissimus dorsi.
- Jika diperlukan, peregangan otot punggung dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan fleksibilitas.

5. Evaluasi Respons Klien

- Pemijat memantau respons klien terhadap tekanan dan teknik yang digunakan. Jika klien merasa sakit atau tidak nyaman, teknik atau tekanan disesuaikan.

6. Relaksasi Akhir

- Setelah selesai, individu diberi waktu untuk bersantai sebelum bangun dari posisi pijat.
- Efek relaksasi sering dirasakan langsung, dan sesi dapat diakhiri dengan minuman hangat untuk memperkuat rasa nyaman.

6.2.3 Pemeliharaan lingkungan pasien

1. Pengertian

Pemeliharaan lingkungan pasien adalah upaya menjaga kebersihan, kenyamanan, dan keamanan di lingkungan tempat pasien dirawat. Tujuannya adalah menciptakan lingkungan yang mendukung penyembuhan, mencegah infeksi, dan meningkatkan kesejahteraan fisik maupun psikologis pasien. Pemeliharaan ini mencakup aspek kebersihan, pengendalian infeksi, pengaturan suhu, pencahayaan, dan tata ruang yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Indikasi

- Pasien dengan sistem imun lemah, seperti pasien kanker, HIV/AIDS, atau pascaoperasi.
- Pasien rawat inap di rumah sakit, panti jompo, atau fasilitas kesehatan lainnya.
- Area dengan risiko tinggi penyebaran infeksi, seperti ICU (Intensive Care Unit) dan NICU (Neonatal Intensive Care Unit).
- Lingkungan perawatan pasien dengan penyakit menular untuk mencegah penyebaran infeksi.

- Pasien yang membutuhkan kenyamanan ekstra, misalnya, pasien dalam perawatan paliatif.

3. Tujuan

- Pencegahan Infeksi: Mengurangi risiko penularan mikroorganisme patogen di lingkungan tempat pasien dirawat.
- Meningkatkan Kesembuhan: Lingkungan yang bersih dan nyaman membantu proses penyembuhan fisik dan mental.
- Keamanan: Memastikan lingkungan bebas dari benda atau kondisi yang berpotensi menyebabkan kecelakaan atau cedera.
- Kenyamanan Psikologis: Mengurangi stres dan kecemasan pasien dengan menciptakan lingkungan yang menenangkan.
- Kepatuhan Standar: Memenuhi standar kebersihan dan pengendalian infeksi yang ditetapkan oleh organisasi kesehatan, seperti WHO atau Kementerian Kesehatan.

2. Cara kerja

Kebersihan Lingkungan

- Membersihkan dan mendisinfeksi permukaan secara rutin, termasuk tempat tidur, meja, dan peralatan medis.
- Pengelolaan sampah medis dan non-medis sesuai prosedur yang aman dan ramah lingkungan.

Pengendalian Infeksi

- Menyediakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan dan masker untuk tenaga medis.
- Menggunakan disinfektan dan teknik sterilisasi yang efektif.
- Mengatur ventilasi udara untuk memastikan aliran udara bersih dan mencegah penyebaran droplet.

Pengaturan Lingkungan Fisik

- Mengatur suhu ruangan agar tetap nyaman (20-25°C) dan sesuai kebutuhan pasien.
- Memastikan pencahayaan yang cukup tanpa menyilaukan pasien.
- Menyusun tata letak barang di ruangan agar bebas hambatan untuk mobilitas pasien dan tenaga medis.

Pelibatan Pasien dan Keluarga

- Memberikan edukasi tentang pentingnya kebersihan lingkungan bagi kesembuhan pasien.
- Mendorong keterlibatan pasien dan keluarga dalam menjaga lingkungan tetap rapi dan bersih.

Monitoring dan Evaluasi

- Melakukan audit kebersihan secara berkala untuk memastikan prosedur dipatuhi.
- Melacak dan melaporkan kejadian infeksi yang mungkin terkait dengan lingkungan.

6.3 Daftar Pustaka

Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.

Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans:*

Diagnoses, Interventions, and Outcomes.

- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Hota, B., dkk. (2021). *Pembersihan dan Desinfeksi Lingkungan: Praktik Terbaik untuk Mencegah Infeksi Terkait Perawatan Kesehatan*.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Kumar, A., & Smith, R. (2020). *Peran Lingkungan Rumah Sakit dalam Keselamatan Pasien: Kebersihan dan Pengendalian Infeksi*.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.

BAB 7

Praktika Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas

7.1 Deskripsi Pembelajaran

Pemenuhan kebutuhan aktivitas merupakan bagian penting dalam perawatan pasien yang bertujuan untuk mempertahankan fungsi tubuh, mencegah komplikasi akibat imobilisasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Aktivitas fisik mencakup gerakan tubuh yang dilakukan untuk menjaga atau meningkatkan kekuatan otot, fleksibilitas, koordinasi, dan sirkulasi darah. Pembelajaran tentang pemenuhan kebutuhan aktivitas melibatkan pemahaman tentang pentingnya aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi pasien, jenis aktivitas yang dapat diberikan, serta cara mendukung pasien agar tetap aktif secara aman. Dalam konteks keperawatan, pemenuhan kebutuhan aktivitas sering disesuaikan dengan kemampuan fisik dan psikologis pasien, serta mempertimbangkan batasan kesehatan atau penyakit yang dialaminya.

7.2 Tindakan Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Aktivitas

7.2.1 Menerima pasien

1. Pengertian

Menerima pasien baru adalah proses awal yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan untuk menyambut, mengidentifikasi, dan mendokumentasikan informasi pasien yang akan mendapatkan layanan kesehatan. Proses ini mencakup verifikasi data pasien, orientasi terhadap fasilitas, dan pengaturan kebutuhan medis sesuai dengan kondisi pasien.

2. Indikasi

- Pasien yang pertama kali datang untuk rawat inap atau rawat jalan.
- Pasien yang dirujuk dari fasilitas kesehatan lain.
- Pasien yang membutuhkan penanganan segera (gawat darurat).
- Pasien yang mengikuti program kesehatan tertentu, seperti rehabilitasi atau perawatan jangka panjang.

3. Tujuan

- Memastikan Identifikasi yang Tepat: Menghindari kesalahan identitas pasien dengan mendokumentasikan data yang akurat.
- Menjamin Keamanan dan Kenyamanan Pasien: Memberikan panduan awal agar pasien merasa nyaman dan memahami prosedur perawatan.
- Mendukung Proses Diagnostik dan Terapi: Memastikan kebutuhan medis dan administratif pasien terkoordinasi dengan baik.
- Mematuhi Standar Administrasi: Menyelaraskan proses penerimaan dengan kebijakan rumah sakit dan regulasi pemerintah.
- Meningkatkan Pengalaman Pasien: Memberikan kesan positif melalui pelayanan yang ramah, cepat, dan profesional

4. Cara kerja

Cara Kerja Menerima Pasien Baru

1. Pendaftaran dan Verifikasi Identitas
 - Staf administrasi memeriksa dokumen pasien seperti KTP, kartu asuransi, atau surat rujukan.
 - Data pasien dimasukkan ke dalam sistem informasi rumah sakit (SIR).

2. Pengumpulan Informasi Awal
 - Mengumpulkan data pribadi, riwayat kesehatan, alergi, dan informasi kontak darurat.
 - Untuk pasien gawat darurat, informasi awal diambil secara cepat untuk mendukung keputusan klinis.
3. Penilaian Awal oleh Tenaga Kesehatan
 - Pemeriksaan awal oleh perawat atau dokter untuk menilai kondisi umum pasien.
 - Pasien diprioritaskan berdasarkan tingkat keparahan (triase).
4. Orientasi dan Informasi kepada Pasien
 - Memberikan penjelasan tentang layanan yang tersedia, peraturan, dan hak pasien.
 - Mengarahkan pasien ke ruang perawatan atau tempat konsultasi yang ditentukan.
5. Dokumentasi dan Penyimpanan Data
 - Semua informasi yang dikumpulkan dicatat dalam rekam medis pasien.
 - Data pasien dijaga kerahasiaannya sesuai dengan undang-undang privasi.
6. Koordinasi Lanjutan
 - Menginformasikan tim medis terkait tentang kebutuhan pasien.
 - Untuk pasien rawat inap, kamar atau fasilitas lain disiapkan sesuai kebutuhan.

7.2.2 Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi

1. Pengertian

Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi pasien adalah tindakan yang dilakukan untuk membantu pasien berpindah dari posisi berbaring di tempat tidur ke posisi duduk di kursi. Proses ini bertujuan

untuk meningkatkan mobilitas pasien, mencegah komplikasi akibat imobilisasi, serta memberikan kenyamanan dan kemandirian bagi pasien.

2. Indikasi

Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi dilakukan pada kondisi berikut:

- Pasien yang menjalani pemulihan setelah operasi atau cedera.
- Pasien dengan keterbatasan mobilitas akibat usia lanjut, gangguan neurologis, atau kelemahan fisik.
- Pasien yang membutuhkan perubahan posisi untuk mencegah tekanan pada tubuh, seperti mencegah dekubitus.
- Pasien yang mengikuti program rehabilitasi atau terapi fisik.
- Pasien yang membutuhkan aktivitas ringan untuk mendukung sirkulasi darah dan fungsi tubuh lainnya.

3. Tujuan

Adapun tujuannya adalah :

- Meningkatkan Mobilitas Pasien: Membantu pasien bergerak dan beradaptasi dengan posisi duduk.
- Mencegah Komplikasi: Mengurangi risiko dekubitus, atrofi otot, trombosis vena dalam, dan pneumonia akibat imobilisasi.
- Meningkatkan Sirkulasi Darah: Membantu meningkatkan aliran darah ke seluruh tubuh melalui perubahan posisi.
- Memberikan Kenyamanan dan Kemandirian: Memastikan pasien merasa nyaman dan mampu menjalani aktivitas dengan dukungan minimal.
- Mendukung Program Rehabilitasi: Sebagai bagian dari langkah terapi untuk meningkatkan fungsi fisik pasien.

4. Cara kerja

Cara Kerja Memindahkan Pasien dari Tempat Tidur ke Kursi

1. Persiapan

- Pastikan lingkungan aman dan bebas hambatan.
- Periksa kondisi fisik pasien, termasuk kekuatan otot dan tanda vital.
- Siapkan kursi yang stabil, idealnya dengan sandaran dan pegangan tangan.
- Gunakan alat bantu seperti transfer belt jika diperlukan.

2. Komunikasi dengan Pasien

- Jelaskan tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan.
- Minta kerja sama pasien jika memungkinkan untuk mempermudah proses.

3. Prosedur Pemindahan

- Posisi Pasien: Bantu pasien dari posisi berbaring ke posisi duduk di tepi tempat tidur.
- Stabilisasi: Pastikan pasien stabil sebelum memulai pemindahan.
- Pemindahan ke Kursi: Berdiri di samping pasien, gunakan teknik ergonomis untuk memindahkan pasien dengan aman ke kursi. Jika pasien tidak mampu berdiri, gunakan alat bantu transfer seperti lift pasien.

4. Setelah Pemindahan

- Pastikan posisi pasien nyaman dan aman di kursi.
- Berikan bantal atau sandaran jika diperlukan untuk mendukung posisi duduk pasien.
- Periksa kembali kondisi pasien setelah pemindahan untuk memastikan tidak ada keluhan atau gangguan.

5. Monitoring dan Dokumentasi

- Catat aktivitas yang dilakukan, termasuk respons pasien dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- Lakukan evaluasi untuk memastikan keberhasilan proses pemindahan.

7.2.3 Memindahkan pasien dari tempat tidur ke tempat tidur lain

1. Pengertian

Memindahkan pasien dari tempat tidur ke tempat tidur lain adalah proses perawatan yang dilakukan untuk memindahkan pasien dari satu tempat tidur ke tempat tidur yang lain, baik karena alasan medis, kenyamanan, atau perawatan. Tindakan ini bertujuan untuk mengubah posisi pasien, memberikan akses perawatan lebih lanjut, dan memfasilitasi proses rehabilitasi atau pemulihan pasien.

2. Indikasi

Proses pemindahan pasien dari tempat tidur ke tempat tidur lain dilakukan dalam kondisi berikut:

- 1) Pasien Rawat Inap: Pasien yang perlu dipindahkan ke tempat tidur lain untuk mendapatkan perawatan lebih intensif atau pemantauan lebih lanjut.
- 2) Pasien dengan Kondisi Gawat Darurat: Pasien yang membutuhkan pemindahan segera untuk menerima perawatan atau terapi medis lain di tempat tidur yang lebih sesuai.
- 3) Perawatan Pasca Operasi: Pasien pasca-operasi yang perlu dipindahkan untuk mendukung pemulihan atau pengawasan medis yang lebih ketat.
- 4) Pasien dengan Gangguan Mobilitas: Pasien yang kesulitan bergerak sendiri dan membutuhkan bantuan untuk pindah tempat tidur karena keterbatasan fisik.

5) Pasien yang Mengalami Komplikasi Medis: Pasien yang membutuhkan perubahan posisi untuk mencegah komplikasi seperti dekubitus atau gangguan peredaran darah.

3. Tujuan

- Meningkatkan Kenyamanan Pasien: Memberikan kenyamanan kepada pasien dengan memindahkannya ke tempat tidur yang lebih nyaman atau sesuai dengan kebutuhan medis.
- Memfasilitasi Pemulihan Medis: Menyediakan akses yang lebih baik untuk perawatan medis, seperti perawatan luka atau terapi lainnya.
- Mencegah Komplikasi: Mengurangi risiko dekubitus, perdarahan, atau komplikasi lainnya akibat imobilisasi yang berkepanjangan.
- Memberikan Perawatan Lebih Lanjut: Memindahkan pasien ke tempat tidur yang lebih sesuai untuk mendapatkan perhatian medis atau terapeutik lebih lanjut.
- Meningkatkan Mobilitas: Mengubah posisi pasien untuk mendukung mobilitas dan mencegah komplikasi akibat kekakuan otot.

4. Cara kerja

□ Persiapan

- Pastikan tempat tidur yang baru sudah disiapkan dengan baik, termasuk posisi dan tingkat kenyamanan.
- Periksa apakah ada perlengkapan atau alat bantu yang diperlukan seperti alat pemindah pasien, transfer belt, atau kasur anti-dekubitus.
- Pastikan lingkungan sekitar aman dan bebas hambatan.

- Komunikasi dengan Pasien
 - Jelaskan kepada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan dan minta kerjasamanya, jika memungkinkan.
 - Pastikan pasien merasa aman dan tahu bahwa mereka akan dipindahkan ke tempat tidur lain.
- Prosedur Pemindahan
 - Posisi Pasien: Bantu pasien untuk memosisikan tubuh di tepi tempat tidur agar lebih mudah dipindahkan.
 - Teknik Pemindahan: Gunakan teknik yang aman dan ergonomis. Jika pasien mampu membantu, mintalah mereka untuk mendorong tubuh mereka ke arah tempat tidur yang baru. Jika pasien tidak bisa bergerak, gunakan alat bantu atau dua orang staf untuk memindahkan pasien dengan hati-hati.
 - Pengawasan Posisi: Setelah pemindahan, pastikan pasien terletak dengan aman di tempat tidur baru. Sesuaikan posisi tubuh agar pasien nyaman dan tidak ada tekanan pada bagian tubuh tertentu.
- Monitoring Pasca Pemindahan
 - Setelah pasien dipindahkan, periksa kondisi pasien, pastikan mereka merasa nyaman, dan tidak ada keluhan terkait pemindahan.
 - Jika diperlukan, bantu pasien untuk menyesuaikan posisi tidur atau memberikan bantal tambahan untuk kenyamanan.
- Dokumentasi
 - Catat semua informasi terkait pemindahan pasien dalam rekam medis pasien. Dokumentasikan apakah ada kesulitan atau masalah selama proses pemindahan.

7.2.4 Memposisikan pasien fowler, semifowler, lithotomi, dorsal recumbent, Sim (miring kanan-miring kiri), trendelenberg, supinasi

1. Pengertian

Memposisikan pasien adalah tindakan menempatkan tubuh pasien dalam posisi tertentu untuk mendukung kenyamanan, perawatan medis, serta untuk mencegah atau mengatasi komplikasi medis. Posisi yang tepat dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah, pernapasan, serta mempercepat proses pemulihan.

2. Indikasi

Memposisikan pasien dilakukan pada kondisi berikut:

1. Pemulihan Pasca Operasi: Untuk meminimalisir komplikasi dan mendukung pemulihan tubuh.
2. Pasien dengan Gangguan Pernapasan: Posisi tertentu dapat membantu pernapasan yang lebih baik.
3. Pasien dengan Gangguan Kardiovaskular: Untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mendukung fungsi jantung.
4. Pencegahan Dekubitus: Untuk mencegah luka tekan akibat imobilisasi yang lama.
5. Rehabilitasi: Membantu pasien pulih dari cedera atau kondisi medis tertentu.
6. Pengobatan Tertentu: Beberapa posisi digunakan untuk prosedur medis spesifik seperti pemeriksaan atau terapi.

3. Tujuan

- 1) Meningkatkan Sirkulasi Darah: Beberapa posisi membantu peredaran darah agar tidak terhambat di area tubuh tertentu.
- 2) Mempermudah Proses Pernapasan: Beberapa posisi dapat membuka jalan napas dan membantu pasien bernapas dengan lebih mudah.

- 3) Pencegahan Komplikasi: Mengurangi risiko komplikasi seperti dekubitus, penggumpalan darah, atau kesulitan bernapas.
 - 4) Mendukung Perawatan Medis: Posisi tertentu memungkinkan akses yang lebih baik bagi tim medis untuk melakukan prosedur atau terapi.
 - 5) Meningkatkan Kenyamanan Pasien: Menjaga kenyamanan pasien dengan mengubah posisi secara teratur.
4. Cara kerja
- a. Posisi Fowler (Semi-Fowler dan High Fowler)
 - Pengertian: Pasien diposisikan duduk dengan sudut kemiringan kepala tempat tidur sekitar 45-60 derajat (semi-Fowler) atau lebih dari 60 derajat (high Fowler).
 - Indikasi: Membantu pasien dengan masalah pernapasan atau saluran pencernaan, seperti sesak napas atau muntah.
 - Cara Kerja: Kepala tempat tidur dinaikkan dan pasien duduk dengan dukungan bantal untuk kenyamanan.
 - b. Posisi Semi-Fowler
 - Pengertian: Pasien berada pada sudut kemiringan 30-45 derajat.
 - Indikasi: Pasien yang mengalami kesulitan bernapas atau mengalami pencernaan lambat.
 - Cara Kerja: Kepala tempat tidur dinaikkan sedikit untuk menjaga jalan napas tetap terbuka dan meningkatkan kenyamanan.
 - c. Posisi Lithotomi
 - Pengertian: Pasien berbaring telentang dengan kaki terangkat dan ditekuk di lutut, sering digunakan pada pemeriksaan ginekologi atau persalinan.

- Indikasi: Digunakan pada prosedur medis seperti pemeriksaan ginekologi, persalinan, atau operasi pada daerah panggul.
 - Cara Kerja: Kaki pasien ditempatkan pada penopang atau penyangga untuk membuka area panggul.
- d. Posisi Dorsal Recumbent
- Pengertian: Pasien berbaring telentang dengan lutut ditekuk dan kaki rata dengan tempat tidur.
 - Indikasi: Digunakan untuk pemeriksaan jantung, abdomen, atau pemeriksaan internal lain.
 - Cara Kerja: Posisi ini memungkinkan akses mudah ke daerah dada dan perut.
- e. Posisi Sim (Miring Kanan-Miring Kiri)
- Pengertian: Pasien berbaring miring dengan satu kaki diangkat dan lutut ditekuk.
 - Indikasi: Digunakan untuk pasien yang membutuhkan drainase paru, atau untuk mencegah dekubitus pada pasien yang imobilisasi.
 - Cara Kerja: Posisi ini membantu drainase dari paru-paru dan memperbaiki sirkulasi darah.
- f. Posisi Trendelenburg
- Pengertian: Pasien berbaring telentang dengan posisi kepala tempat tidur lebih rendah daripada kaki tempat tidur.
 - Indikasi: Digunakan untuk meningkatkan aliran darah ke otak pada pasien dengan tekanan darah rendah atau syok.
 - Cara Kerja: Kaki tempat tidur dinaikkan tinggi, sementara kepala pasien lebih rendah untuk membantu aliran darah kembali ke tubuh bagian atas.

g. Posisi Supinasi

- Pengertian: Pasien berbaring telentang (dengan punggung menghadap ke atas).
- Indikasi: Digunakan pada pasien yang membutuhkan perawatan medis atau istirahat.
- Cara Kerja: Posisi ini digunakan untuk pemeriksaan fisik umum atau prosedur bedah tertentu.

7.2.5 Membantu ambulasi / berjalan: tanpa alat bantu dan dengan alat bantu jalan

1. Pengertian

Ambulasi adalah proses berjalan atau berpindah dari satu tempat ke tempat lain. Membantu ambulasi pasien berarti memberikan dukungan kepada pasien yang kesulitan atau tidak mampu berjalan sendiri, baik tanpa alat bantu maupun dengan alat bantu jalan. Tujuan utama adalah untuk membantu pasien bergerak dengan aman, meningkatkan mobilitas, dan mendukung proses pemulihan.

2. Indikasi

- Pasien Pasca Operasi: Pasien yang baru saja menjalani operasi dan membutuhkan bantuan untuk mulai bergerak.
- Pasien dengan Keterbatasan Mobilitas: Pasien yang mengalami kelemahan fisik, cedera, atau gangguan neurologis yang menghalangi mereka untuk berjalan secara mandiri.
- Pasien Lansia: Lansia yang rentan terhadap jatuh atau memiliki keseimbangan tubuh yang buruk.
- Rehabilitasi: Pasien yang sedang menjalani program rehabilitasi pasca cedera atau gangguan fisik.
- Pencegahan Komplikasi: Untuk mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus, trombosis vena dalam (DVT), atau gangguan peredaran darah.

3. Tujuan

- Meningkatkan Mobilitas: Membantu pasien untuk mulai bergerak atau berjalan, yang penting untuk kesehatan fisik dan psikologis.
- Mencegah Komplikasi: Mengurangi risiko komplikasi akibat kurangnya gerakan seperti penggumpalan darah, atrofi otot, atau masalah pencernaan.
- Mendukung Rehabilitasi: Membantu pasien dalam pemulihan pasca cedera atau operasi untuk mempercepat proses penyembuhan.
- Meningkatkan Kemandirian: Meningkatkan kemandirian pasien dalam beraktivitas sehari-hari dan meningkatkan rasa percaya diri.
- Meningkatkan Kualitas Hidup: Dengan berjalan, pasien dapat lebih mudah berinteraksi dengan lingkungan dan mendapatkan manfaat psikologis seperti kebebasan bergerak.

4. Cara kerja

1) Tanpa Alat Bantu

- Persiapan:
 - Pastikan lingkungan aman dan bebas hambatan.
 - Periksa vital sign pasien dan pastikan mereka dalam kondisi yang cukup stabil untuk melakukan ambulasi.
 - Jelaskan proses ambulasi kepada pasien agar mereka merasa lebih percaya diri.
- Prosedur:
 - Bantu pasien berdiri dengan dukungan pada bagian pinggang atau pinggul.
 - Setelah pasien berdiri, bantu mereka menjaga keseimbangan dengan memberi dukungan pada lengan atau pinggang.
 - Biarkan pasien berjalan perlahan, mendampingi mereka untuk memastikan mereka merasa aman.

- Pastikan posisi tubuh pasien tetap tegak dan tidak membungkuk.
- 2) Dengan Alat Bantu Jalan
- Persiapan:
 - Pastikan alat bantu jalan (seperti walker, tongkat, atau kruk) sudah dipasang dengan benar dan sesuai dengan ukuran pasien.
 - Pastikan alat bantu jalan dalam kondisi baik dan tidak rusak.
 - Lakukan pemeriksaan awal pada pasien untuk menentukan jenis alat bantu jalan yang diperlukan.
 - Prosedur:
 - Arahkan pasien untuk memegang alat bantu dengan pegangan yang sesuai.
 - Bantu pasien berdiri dengan menggunakan alat bantu jalan untuk menjaga keseimbangan.
 - Berikan dukungan saat pasien mulai berjalan dengan alat bantu.
 - Beri instruksi yang jelas tentang cara menggunakan alat bantu jalan (misalnya, menggunakan walker dengan langkah yang teratur).
 - Periksa kembali posisi dan kestabilan alat bantu agar pasien merasa aman saat berjalan.
- 3) Setelah Ambulasi:
- Bantu pasien kembali ke posisi duduk dengan hati-hati.
 - Evaluasi kondisi pasien setelah ambulasi untuk memastikan tidak ada kelelahan berlebihan atau ketidaknyamanan.
 - Dokumentasikan hasil ambulasi, termasuk respons pasien terhadap aktivitas tersebut.

7.3 Daftar Pustaka

- Andini, S., & Putri, D. (2021). Teknik Pemindahan Pasien yang Efektif di Fasilitas Kesehatan. *Jurnal Keperawatan Klinis Indonesia*, 18(2), 102-110.
- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Dewi, R., & Suryani, T. (2021). Prosedur penerimaan pasien baru di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 18(3), 112-120.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Suryani, T., & Rahmawati, E. (2020). Implementasi Alat Bantu Pemindahan Pasien pada Perawatan Intensif. *Jurnal Pelayanan Kesehatan Indonesia*, 16(4), 45-52.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 8

Praktika Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri dan Berhias

8.1 Deskripsi Pembelajaran

Materi ini berfokus pada keterampilan dasar yang harus dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan pribadi dan perawatan untuk meningkatkan penampilan pasien, serta memfasilitasi pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri mereka. Metode Penilaian.

Pembelajaran ini bertujuan untuk memberikan pemahaman dan keterampilan praktis dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri dan berhias pasien. Peserta pelatihan (baik mahasiswa keperawatan, tenaga medis, atau perawat) diharapkan dapat melaksanakan perawatan diri secara efektif serta memberikan perawatan berhias untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan emosional pasien

8.2 Tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan Perawatan Diri Dan Berhias

8.2.1 Perawatan rambut (mencuci, menyisir)

1. Pengertian

Perawatan rambut adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk menjaga kesehatan dan kebersihan rambut serta kulit kepala. Ini termasuk mencuci rambut untuk menghilangkan kotoran dan minyak, serta menyisir rambut untuk merapikan dan mencegah kerusakan.

2. Indikasi

Perawatan rambut diperlukan dalam kondisi berikut:

- Kebersihan rambut dan kulit kepala
- Rambut berminyak

- Kerusakan rambut
- Pencegahan kerontokan rambut

3. Tujuan

- Menjaga kebersihan rambut
- Mengurangi kerusakan rambut
- Menjaga kesehatan kulit kepala
- Memberikan kelembapan dan nutrisi rambut
- Memperbaiki penampilan rambut .

4. Cara Kerja

Mencuci Rambut:

1. Basahi rambut dengan air hangat.
2. Aplikasikan sampo secukupnya ke telapak tangan dan busakan hingga berbusa.
3. Pijat secara perlahan kulit kepala dengan ujung jari (bukan kuku) untuk merangsang sirkulasi darah dan membersihkan kotoran.
4. Bilas rambut hingga bersih, pastikan tidak ada sampo yang tertinggal.
5. Ulangi langkah tersebut jika diperlukan, terutama jika rambut sangat kotor atau berminyak.

Menyisir Rambut:

1. Setelah mencuci dan membilas rambut, gunakan handuk lembut untuk mengeringkan rambut dengan cara ditepuk-tepuk, hindari menggosok rambut dengan kasar.
2. Gunakan sisir bergigi jarang untuk menyisir rambut dalam keadaan lembap untuk menghindari kerusakan.
3. Jika rambut panjang, bagi rambut menjadi beberapa bagian agar mudah disisir.

4. Mulailah menyisir rambut dari ujung rambut, kemudian perlahan naik ke akar rambut untuk menghindari rambut patah.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	2. Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> • Air Hangat • Handuk • Shampo • Sisir rambut 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1) salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2) Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3) Rencana program divalidasi Kembali 4) Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5) klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	2. Mencuci Rambut: 1) Basahi rambut dengan air hangat. 2) Aplikasikan sampo secukupnya ke telapak tangan dan busakan hingga berbusa. 3) Pijat secara perlahan kulit kepala dengan ujung jari (bukan kuku) untuk merangsang sirkulasi darah dan membersihkan kotoran 4) Bilas rambut hingga bersih, pastikan tidak ada sampo yang tertinggal. 5) Ulangi langkah tersebut jika diperlukan, terutama jika rambut sangat kotor atau berminyak.			
	3. Menyisir Rambut: 1) Setelah mencuci dan membilas rambut, gunakan handuk lembut untuk mengeringkan rambut dengan cara ditepuk-tepuk, hindari menggosok rambut dengan kasar.			

	2) Gunakan sisir bergigi jarang untuk menyisir rambut dalam keadaan lembap untuk menghindari kerusakan. 3) Jika rambut panjang, bagi rambut menjadi beberapa bagian agar mudah disisir. 4) Mulailah menyisir rambut dari ujung rambut, kemudian perlahan naik ke akar rambut untuk menghindari rambut patah.			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Catat waktu pembersihan dan pemeriksaan kateter, jumlah urine yang terkumpul, dan adanya tanda-tanda komplikasi. 4. Dokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan, termasuk perubahan pada kondisi kateter atau pasien.			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8.2.2 Perawatan gigi dan mulut: Menyikat gigi, merawat mulut dan gigi pada pasien yang tidak sadar.

1. Pengertian

Perawatan gigi dan mulut adalah serangkaian tindakan yang dilakukan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan gigi, gusi, serta seluruh area mulut. Ini termasuk menyikat gigi, membersihkan gusi, dan perawatan mulut pada pasien yang tidak sadar atau dalam kondisi terbatas. Tujuan utama dari perawatan ini adalah mencegah infeksi, gigi berlubang, gangguan gusi, serta masalah kesehatan mulut lainnya yang dapat terjadi akibat penurunan kebersihan mulut, terutama pada pasien

yang tidak mampu merawat dirinya sendiri. Chadwick, R. (2022). Pada pasien yang tidak sadar atau pasien dengan kondisi kritis, seperti pasien pasca-operasi atau di unit perawatan intensif (ICU), perawatan mulut lebih difokuskan pada pencegahan komplikasi, seperti infeksi saluran pernapasan atau masalah mulut yang dapat memperburuk kondisi pasien.

2. Indikasi

Perawatan gigi dan mulut diperlukan pada kondisi berikut:

- Pasien tidak sadar
- Pasien dengan kondisi medis Misalnya, pasien dengan diabetes, kanker, atau penyakit yang mengganggu sistem kekebalan tubuh.
- Pasien yang tidak bisa merawat diri sendiri
- Mencegah infeksi dan aspirasi.

3. Tujuan

- Menjaga kebersihan mulut dan gigi
- Mengurangi risiko infeksi
- Mengurangi bau mulut (halitosis):
- Mencegah aspirasi

4. Cara Kerja

Menyikat Gigi pada Pasien Sadar:

1. Siapkan alat: Sikat gigi dengan bulu lembut, pasta gigi, dan air.
2. Basahi sikat gigi dengan air, aplikasikan sedikit pasta gigi.
3. Menyikat gigi dengan gerakan melingkar dari atas ke bawah untuk membersihkan seluruh permukaan gigi, termasuk bagian depan, belakang, dan permukaan mengunyah.
4. Bilas mulut dengan air untuk menghilangkan sisa pasta gigi dan kotoran.

Perawatan Gigi dan Mulut pada Pasien yang Tidak Sadar:

1. Siapkan alat: Sikat gigi lembut, kasa, obat kumur antiseptik, pelindung mulut, dan cairan pembersih mulut.
2. Gunakan kasa yang dibasahi dengan larutan antiseptik untuk membersihkan mulut, gigi, dan gusi pasien yang tidak sadar.
3. Jika memungkinkan, gunakan sikat gigi dengan bulu lembut untuk menyikat gigi pasien. Hindari penggunaan pasta gigi berfluoride jika pasien tidak bisa meludah atau membilas mulut.
4. Lakukan pembersihan secara perlahan, pastikan semua permukaan gigi dan lidah dibersihkan untuk mencegah penumpukan kotoran atau plak.
5. Pemantauan dan pencegahan aspirasi: Posisi pasien harus sedikit miring atau dalam posisi semi-supine untuk mencegah cairan atau makanan yang terhirup ke saluran pernapasan.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	2. Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> • Air Hangat • Sikat gigi • Pasta gigi • Handuk • Perlak 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi Kembali			

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 			
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menyikat Gigi pada Pasien Sadar: <ol style="list-style-type: none"> 1) Siapkan alat: Sikat gigi dengan bulu lembut, pasta gigi, dan air. 2) Basahi sikat gigi dengan air, aplikasikan sedikit pasta gigi. 3) Menyikat gigi dengan gerakan melingkar dari atas ke bawah untuk membersihkan seluruh permukaan gigi, termasuk bagian depan, belakang, dan permukaan mengunyah. 4) Bilas mulut dengan air untuk menghilangkan sisa pasta gigi dan kotoran. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Perawatan Gigi dan Mulut pada Pasien yang Tidak Sadar: <ol style="list-style-type: none"> 1) Siapkan alat: Sikat gigi lembut, kasa, obat kumur antiseptik, pelindung mulut, dan cairan pembersih mulut. 2) Gunakan kasa yang dibasahi dengan larutan antiseptik untuk membersihkan mulut, gigi, dan gusi pasien yang tidak sadar. 3) Jika memungkinkan, gunakan sikat gigi dengan bulu lembut untuk menyikat gigi pasien. Hindari penggunaan pasta gigi berfluoride jika pasien tidak bisa meludah atau membilas mulut. 4) Lakukan pembersihan secara perlahan, pastikan semua permukaan gigi dan lidah dibersihkan untuk mencegah penumpukan kotoran atau plak. 5) Pemantauan dan pencegahan aspirasi: Posisi pasien harus sedikit miring atau dalam posisi semi-supine untuk mencegah cairan atau makanan yang terhirup ke saluran pernapasan. 			
4	Tahap Terminasi			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan sarung tangan 			
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cuci tangan 			
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pemantauan dan pencegahan aspirasi: Posisi pasien harus sedikit miring atau dalam posisi semi-supine untuk mencegah cairan atau makanan yang terhirup ke saluran pernapasan. <ul style="list-style-type: none"> • 			
5	Jumlah Score			

6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			
---	-------------------------------------	--	--	--

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8.2.3 Mengganti pakaian pasien

1. Pengertian

Mengganti pakaian pasien adalah tindakan perawatan yang melibatkan penggantian pakaian pasien yang telah kotor atau basah dengan pakaian yang bersih dan nyaman. Ini merupakan bagian dari perawatan dasar yang dilakukan untuk menjaga kebersihan pasien serta memberikan kenyamanan. Penggantian pakaian juga membantu dalam pencegahan infeksi serta memelihara kesehatan kulit dan tubuh pasien.

2. Indikasi

Indikasi atau kondisi yang memerlukan penggantian pakaian pasien antara lain:

- Pakaian kotor atau basah
- Pasien dengan luka
- Pasien pascaoperasi
- Pasien yang tidak dapat merawat diri sendiri

3. Tujuan

Tujuan dari mengganti pakaian pasien adalah:

- Menjaga kebersihan tubuh pasien.
- Mengurangi risiko iritasi kulit
- Meningkatkan kenyamanan pasien
- Mencegah infeksi

4. Cara Kerja

Langkah-langkah Mengganti Pakaian Pasien:

1. Persiapan Alat dan Bahan:

- Pakaian pasien yang bersih (kaos, celana, baju tidur, dll).
- Handuk atau kain lap untuk membersihkan tubuh pasien jika diperlukan.
- Sarung tangan sekali pakai (jika diperlukan).
- Tempat untuk menaruh pakaian kotor.
- Pelindung atau penutup pasien jika diperlukan (terutama untuk pasien yang tidak sadar atau pasien dengan keterbatasan mobilitas).

2. Langkah-langkah Penggantian Pakaian:

- Persiapkan ruangan: Pastikan ruangnya nyaman, dengan pencahayaan yang cukup dan suhu yang sesuai agar pasien merasa nyaman.
- Posisikan pasien: Pastikan pasien dalam posisi yang aman, misalnya berbaring atau duduk dengan dukungan jika pasien tidak bisa berdiri atau bergerak sendiri.
- Kenakan sarung tangan (jika diperlukan) untuk menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi.
- Angkat pakaian kotor: Bantu pasien melepaskan pakaian yang kotor atau basah, dengan hati-hati dan sesuai dengan kondisi fisik pasien. Hindari menarik pakaian secara kasar agar tidak menyebabkan ketidaknyamanan atau cedera.
- Bersihkan tubuh: Gunakan kain lap atau handuk basah untuk membersihkan tubuh pasien, terutama jika ada keringat atau kotoran yang menempel pada kulit.

- Kenakan pakaian bersih: Kenakan pakaian yang bersih, dimulai dari bagian bawah tubuh ke atas atau sebaliknya, tergantung pada kenyamanan pasien.
- Pastikan kenyamanan: Setelah pakaian diganti, pastikan pakaian pas dan nyaman untuk pasien. Sesuaikan posisi pasien jika diperlukan untuk menghindari ketegangan pada pakaian.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi rencana tindakan / data klien			
	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pakaian pasien yang bersih (kaos, celana, baju tidur, dll). ○ Handuk atau kain lap untuk membersihkan tubuh pasien jika diperlukan. ○ Sarung tangan sekali pakai (jika diperlukan). ○ Tempat untuk menaruh pakaian kotor. ○ Pelindung atau penutup pasien jika diperlukan (terutama untuk pasien yang tidak sadar atau pasien dengan keterbatasan mobilitas). 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi Kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1) Cuci tangan			
	2) Persiapkan ruangan: Pastikan ruangnya nyaman, dengan pencahayaan yang cukup dan suhu yang sesuai agar pasien merasa nyaman.			

	3) Posisikan pasien: Pastikan pasien dalam posisi yang aman, misalnya berbaring atau duduk dengan dukungan jika pasien tidak bisa berdiri atau bergerak sendiri.			
	4) Kenakan sarung tangan (jika diperlukan) untuk menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi. 5) Angkat pakaian kotor: Bantu pasien melepaskan pakaian yang kotor atau basah, dengan hati-hati dan sesuai dengan kondisi fisik pasien. Hindari menarik pakaian secara kasar agar tidak menyebabkan ketidaknyamanan atau cedera.			
	4. Bersihkan tubuh: Gunakan kain lap atau handuk basah untuk membersihkan tubuh pasien, terutama jika ada keringat atau kotoran yang menempel pada kulit. 5. Kenakan pakaian bersih: Kenakan pakaian yang bersih, dimulai dari bagian bawah tubuh ke atas atau sebaliknya, tergantung pada kenyamanan pasien.			
	6. Pastikan kenyamanan: Setelah pakaian diganti, pastikan pakaian pas dan nyaman untuk pasien. Sesuaikan posisi pasien jika diperlukan untuk menghindari ketegangan pada pakaian.			
	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Melakukan evaluasi terhadap kenyamanan pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8.2.4 Memandikan pasien di atas Tempat tidur pada pasien sadar dan penurunan kesadaran

1. Pengertian

Memandikan pasien di atas tempat tidur adalah tindakan perawatan pribadi yang dilakukan untuk membersihkan tubuh pasien tanpa memindahkan pasien dari tempat tidur. Proses ini sangat penting, terutama bagi pasien yang tidak dapat bergerak atau bagi pasien yang memiliki keterbatasan fisik, seperti pasien dengan penurunan kesadaran atau pasien pascaoperasi. Memandikan pasien dengan cara ini dilakukan dengan hati-hati untuk menjaga kenyamanan, kebersihan, serta mencegah infeksi pada pasien.

2. Indikasi

Memandikan pasien di atas tempat tidur dilakukan pada pasien yang memiliki kondisi sebagai berikut:

- Pasien tidak mampu bergerak
- Pasien dengan penurunan kesadaran
- Pasien dengan keterbatasan fisik
- Pasien yang memerlukan perawatan intensi

3. Tujuan

Tujuan dari memandikan pasien di atas tempat tidur adalah:

- Menjaga kebersihan tubuh pasien
- Mencegah infeksi
- Memberikan kenyamanan
- Menjaga kesehatan kulit.

4. Cara Kerja

Berikut adalah langkah-langkah dalam memandikan pasien di atas tempat tidur, baik pasien sadar maupun dengan penurunan kesadaran:

A. Persiapan:

1. Alat dan bahan: Handuk bersih, lap mandi, sabun atau cairan pembersih tubuh, air bersih, sarung tangan, pakaian ganti, dan tempat untuk menaruh pakaian kotor.
2. Persiapan lingkungan: Pastikan suhu ruangan nyaman dan tenang, serta alat-alat yang diperlukan sudah tersedia dan dapat dijangkau.
3. Posisikan pasien: Untuk pasien sadar, pastikan posisi pasien nyaman dan aman. Jika pasien tidak sadar, perhatikan posisi tubuh agar tidak tertekan dan aman selama dimandikan.

B. Langkah-langkah Memandikan:

1. Kenakan sarung tangan jika diperlukan untuk menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi.
2. Pembersihan Wajah:
 - 1) Basahi kain lap atau handuk dengan air hangat, bersihkan wajah pasien mulai dari dahi, mata, hidung, dan mulut, menggunakan gerakan lembut.
 - 2) Jika pasien sadar, berikan instruksi singkat atau minta mereka untuk menutup mata selama pembersihan.
3. Mandi Tubuh:
 - 1) Basahi kain lap atau spons dengan air hangat dan sabun pembersih tubuh.
 - 2) Bersihkan bagian tubuh pasien secara perlahan mulai dari bagian atas tubuh menuju bawah (misalnya, mulai dari leher, lengan, badan, punggung, hingga kaki).
 - 3) Untuk pasien yang tidak sadar, pastikan posisi tubuh pasien cukup aman dan tidak ada cairan yang mengalir ke saluran pernapasan. Gunakan posisi tubuh yang sedikit miring jika diperlukan.

4. Membersihkan Area Intim:

- 1) Bersihkan area genital secara hati-hati, mulai dari depan ke belakang, dengan menggunakan lap yang bersih dan lembut. Perhatikan kebersihan pada pasien wanita dan pria secara terpisah untuk mencegah infeksi.

5. Pengeringan:

- 1) Setelah selesai membersihkan tubuh, keringkan tubuh pasien dengan handuk bersih dan lembut. Pastikan tubuh pasien kering untuk menghindari kelembapan berlebih yang dapat menyebabkan iritasi atau infeksi kulit.

6. Pemakaian Pakaian Bersih:

- 1) Kenakan pakaian yang bersih dan nyaman sesuai dengan kondisi pasien. Pakaian harus sesuai dengan kebutuhan medis dan kenyamanan pasien.

C. Pemantauan:

- Selama dan setelah mandi, pastikan tidak ada tanda-tanda iritasi, lecet, atau masalah kulit lainnya. Jika ada luka tekan atau potensi luka, segera lakukan tindakan preventif, seperti memindahkan posisi pasien.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi			
	1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	2. Persiapan alat: Handuk bersih, lap mandi, sabun atau cairan pembersih tubuh, air bersih, sarung tangan, pakaian ganti, dan tempat untuk menaruh pakaian kotor..			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN			

	<ol style="list-style-type: none"> 1. salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2. Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3. Rencana program divalidasi Kembali 4. Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5. Kesiapan klien dikaji ulang 			
3	Tahap Kerja			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kenakan sarung tangan jika diperlukan untuk menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pembersihan Wajah: 3. Basahi kain lap atau handuk dengan air hangat, bersihkan wajah pasien mulai dari dahi, mata, hidung, dan mulut, menggunakan gerakan lembut. 4. Jika pasien sadar, berikan instruksi singkat atau minta mereka untuk menutup mata selama pembersihan. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Membersihkan Area Sekitar Kateter: <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan dan kenakan sarung tangan medis. • Gunakan kasa steril atau lap bersih yang dibasahi dengan antiseptik untuk membersihkan area sekitar kateter dan saluran keluar urine (uretra atau lubang kateter). • Lakukan pembersihan dengan gerakan melingkar dari sekitar kateter ke arah luar untuk mencegah perpindahan bakteri dari area luar ke dalam uretra. • Hindari penggunaan alkohol atau antiseptik yang berlebihan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit atau membran mukosa. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mandi Tubuh: <ol style="list-style-type: none"> 1) Basahi kain lap atau spons dengan air hangat dan sabun pembersih tubuh. 2) Bersihkan bagian tubuh pasien secara perlahan mulai dari bagian atas tubuh menuju bawah (misalnya, mulai dari leher, lengan, badan, punggung, hingga kaki). 3) Untuk pasien yang tidak sadar, pastikan posisi tubuh pasien cukup aman dan tidak ada cairan yang mengalir ke saluran pernapasan. Gunakan posisi tubuh yang sedikit miring jika diperlukan. 			
	<ol style="list-style-type: none"> 8. Membersihkan Area Intim: Bersihkan area genital secara hati-hati, mulai dari depan ke belakang, dengan menggunakan lap yang bersih dan 			

	lembut. Perhatikan kebersihan pada pasien wanita dan pria secara terpisah untuk mencegah infeksi.			
	9. Pengeringan: Setelah selesai membersihkan tubuh, keringkan tubuh pasien dengan handuk bersih dan lembut. Pastikan tubuh pasien kering untuk menghindari kelembapan berlebih yang dapat menyebabkan iritasi atau infeksi kulit. 10. Kenakan pakaian yang bersih dan nyaman sesuai dengan kondisi pasien. Pakaian harus sesuai dengan kebutuhan medis dan kenyamanan pasien.			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. evaluasi terhadap kenyamanan pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8.2.5 Vulva dan penis hygiene

1. Pengertian

Vulva dan penis hygiene merujuk pada praktik pembersihan dan perawatan area genital eksternal (vulva pada wanita dan penis pada pria) untuk menjaga kebersihan, mencegah infeksi, serta menjaga kesehatan kulit dan jaringan di area tersebut. Kebersihan genital yang baik sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi saluran kemih, iritasi, dan masalah kulit lainnya. Pembersihan dilakukan dengan cara yang lembut dan menggunakan produk yang sesuai agar tidak merusak keseimbangan pH alami di area genital. Pada ibu post partum penting untuk membersihkan vulva perawatan perineum yang dilakukan dengan baik

dapat menghindarkan hal berikut ini: 1. Infeksi Kondisi perineum yang terkena lokia dan lembab akan sangat menunjang perkembangbiakan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum. 2. Komplikasi Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir. 3. Kematian ibu post partum Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat kondisi fisik ibu post partum masih lemah

2. Indikasi

Indikasi atau kondisi yang memerlukan perhatian khusus dalam menjaga vulva dan penis hygiene antara lain:

- Kebutuhan menjaga kebersihan
- Pasien dengan risiko infeksi
- Ibu post partum (pasca melahirkan)
- Pasien dengan penyakit kulit atau iritasi
- Pasien pascaoperasi
- Pencegahan penyakit menular seksual (PMS)

3. Tujuan

Tujuan dari menjaga kebersihan vulva dan penis adalah:

- Mencegah infeksi
- Mencegah iritasi dan peradangan.
- Menjaga kesehatan kulit
- Meningkatkan kenyamanan pasien
- Mencegah bau tak sedap
- membersihkan vulva dan daerah sekitarnya pada pasien wanita dengan masa nifas

- Gangguan vulva atau pasien yang tidak dapat melakukannya sendiri

4. Cara Kerja

Berikut adalah langkah-langkah dalam menjaga kebersihan vulva dan penis dengan benar:

A. Persiapan:

1. Alat dan bahan: Air hangat, lap lembut atau kain kasa, sabun yang tidak mengiritasi (lebih baik menggunakan sabun yang pH-nya seimbang dengan kulit), sarung tangan (jika diperlukan), dan pakaian dalam bersih.
2. Lingkungan yang nyaman: Pastikan ruangan memiliki suhu yang nyaman dan alat yang diperlukan sudah tersedia.

B. Langkah-langkah Pembersihan:

1. Vulva (untuk wanita):
 - Posisi pasien: Pastikan pasien berbaring dengan nyaman atau duduk jika memungkinkan.
 - Pembersihan area luar: Gunakan air hangat dan kain lap lembut. Bersihkan area vulva dengan lembut, mulai dari depan (area labia minora) dan bergerak ke belakang (ke anus). Hal ini penting untuk mencegah perpindahan bakteri dari anus ke area genital.
 - Pembersihan lipatan kulit: Pastikan lipatan di antara labia minora dan labia majora juga dibersihkan dengan hati-hati.
 - Hindari penggunaan sabun beraroma atau produk kimia keras, karena bisa mengganggu keseimbangan pH alami vulva.

2. Penis (untuk pria):

- Posisi pasien: Jika pasien sadar, mintalah mereka untuk duduk atau berbaring dengan nyaman. Jika pasien tidak sadar, pastikan pasien berada dalam posisi yang aman dan nyaman.
- Pembersihan area penis: Gunakan air hangat dan kain lap lembut untuk membersihkan seluruh area penis. Bersihkan dengan lembut dari pangkal penis hingga ujung.
- Pembersihan pada kulup (jika ada): Untuk pria yang tidak disunat (uncircumcised), penting untuk membersihkan area di bawah kulup dengan hati-hati, karena daerah ini bisa menjadi tempat berkembangnya kotoran dan bakteri. Pastikan kulup ditarik kembali secara perlahan dan dibersihkan dengan air hangat.
- Pembersihan area sekitar pangkal penis: Bersihkan dengan lembut sekitar area pangkal penis dan selangkangan untuk menghindari penumpukan keringat dan bakteri.

3. Setelah Pembersihan:

- Keringkan area genital dengan handuk bersih dan lembut. Pastikan tidak ada kelembapan yang tertinggal di kulit, karena kelembapan berlebihan dapat menyebabkan infeksi jamur atau iritasi.
- Pakaian dalam bersih: Kenakan pakaian dalam yang bersih dan kering untuk mencegah gesekan yang berlebihan dan menjaga kebersihan.

C. Pemantauan dan Perawatan Lanjutan:

- Perhatikan adanya tanda-tanda iritasi, gatal, atau infeksi. Jika ada keluhan atau tanda infeksi (seperti kemerahan, nyeri, atau keputihan yang abnormal pada wanita), segera laporkan kepada tenaga medis.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	2. Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> • Air hangat • lap lembut atau kain kasa • sabun yang tidak mengiritasi (lebih baik menggunakan sabun yang pH-nya seimbang dengan kulit) • sarung tangan (jika diperlukan), • pakaian dalam bersih. 			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1) salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2) Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3) Rencana program divalidasi Kembali 4) Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5) Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
4	Vulva (untuk wanita): 1) Posisi pasien: Pastikan pasien berbaring dengan nyaman atau duduk jika memungkinkan. 2) Pembersihan area luar: Gunakan air hangat dan kain lap lembut. Bersihkan area vulva dengan lembut, mulai dari depan (area labia minora) dan bergerak ke belakang (ke anus). Hal ini penting			

	<p>untuk mencegah perpindahan bakteri dari anus ke area genital.</p> <p>3) Pembersihan lipatan kulit: Pastikan lipatan di antara labia minora dan labia majora juga dibersihkan dengan hati-hati.</p> <p>4) Hindari penggunaan sabun beraroma atau produk kimia keras, karena bisa mengganggu keseimbangan pH alami vulva.</p>			
	<p>Penis (untuk pria):</p> <p>1) Posisi pasien: Jika pasien sadar, mintalah mereka untuk duduk atau berbaring dengan nyaman. Jika pasien tidak sadar, pastikan pasien berada dalam posisi yang aman dan nyaman.</p> <p>2) Pembersihan area penis: Gunakan air hangat dan kain lap lembut untuk membersihkan seluruh area penis. Bersihkan dengan lembut dari pangkal penis hingga ujung.</p> <p>3) Pembersihan pada kulup (jika ada): Untuk pria yang tidak disunat (uncircumcised), penting untuk membersihkan area di bawah kulup dengan hati-hati, karena daerah ini bisa menjadi tempat berkembangnya kotoran dan bakteri. Pastikan kulup ditarik kembali secara perlahan dan dibersihkan dengan air hangat.</p> <p>4) Pembersihan area sekitar pangkal penis: Bersihkan dengan lembut sekitar area pangkal penis dan selangkangan untuk menghindari penumpukan keringat dan bakteri.</p>			
	<p>Setelah Pembersihan:</p> <p>1) Keringkan area genital dengan handuk bersih dan lembut. Pastikan tidak ada kelembapan yang tertinggal di kulit, karena kelembapan berlebihan dapat menyebabkan infeksi jamur atau iritasi.</p> <p>2) Pakaian dalam bersih: Kenakan pakaian dalam yang bersih dan kering untuk mencegah gesekan yang berlebihan dan menjaga kebersihan.</p>			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			
	2. Cuci tangan			
	3. Melakukan evaluasi terhadap kenyamanan pasien			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = $\text{score} / \text{nilai tertinggi} \times 100$			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8.2.6 Perawatan kuku dan kaki

1. Pengertian

Perawatan kuku dan kaki adalah serangkaian tindakan yang dilakukan untuk menjaga kebersihan, kesehatan, dan kenyamanan kaki serta kuku. Kuku dan kaki yang terawat dengan baik dapat mencegah masalah kesehatan, seperti infeksi, kuku tumbuh ke dalam, serta masalah kulit yang dapat timbul akibat penumpukan kotoran dan kelembapan berlebihan. Perawatan ini sangat penting dilakukan pada pasien yang tidak dapat merawat diri mereka sendiri, termasuk pasien yang terbaring di tempat tidur, lanjut usia, atau pasien dengan kondisi medis tertentu.

2. Indikasi

Perawatan kuku dan kaki dilakukan pada pasien dengan kondisi sebagai berikut:

- Pasien dengan diabetes mellitus
- Pasien yang terbaring lama di tempat tidur
- Pasien dengan gangguan sirkulasi darah
- Pasien dengan masalah kaki atau kuku
- Pasien lanjut usia

3. Tujuan

Tujuan dari perawatan kuku dan kaki adalah:

- Menjaga kebersihan dan kesehatan kaki
- Mencegah infeksi
- Mencegah komplikasi.
- Meningkatkan kenyamanan pasien

- Meningkatkan penampilan

4. Cara Kerja

Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan perawatan kuku dan kaki yang benar:

A. Persiapan:

1. Alat dan bahan:

- Air hangat, sabun antibakteri atau cairan pembersih kaki, gunting kuku atau pemotong kuku, batu apung atau amplas untuk menghaluskan kulit kasar, kapas atau kain lap bersih, lotion atau pelembab kaki, dan sarung tangan (jika diperlukan).

2. Persiapan pasien:

- Pastikan pasien dalam posisi yang nyaman, baik itu duduk atau berbaring. Jika pasien terbaring di tempat tidur, pastikan kaki pasien dapat dijangkau dengan mudah.
- Persiapkan lingkungan yang nyaman, dengan suhu ruangan yang sesuai dan peralatan yang sudah siap digunakan.

B. Langkah-langkah Perawatan Kuku dan Kaki:

1. Perawatan Kuku:

- Pembersihan kuku: Cuci tangan atau kaki pasien dengan air hangat dan sabun antibakteri. Gunakan lap bersih untuk membersihkan kuku dan area sekitarnya dari kotoran atau kuman.
- Pemotongan kuku: Gunakan gunting atau pemotong kuku yang bersih dan tajam untuk memotong kuku sesuai dengan bentuk kuku alami. Hindari memotong kuku

terlalu pendek atau mencongkel ujung kuku, yang dapat menyebabkan infeksi atau kuku tumbuh ke dalam.

- Perawatan kuku kaki: Untuk pasien yang tidak dapat melihat atau merawat kuku kaki mereka, periksa kuku secara berkala dan pastikan tidak ada kuku yang tumbuh ke dalam atau terinfeksi.
- Pembersihan bawah kuku: Gunakan kapas atau sikat lembut untuk membersihkan kotoran yang mungkin tertinggal di bawah kuku.

2. Perawatan Kaki:

- Memandikan kaki: Rendam kaki dalam air hangat yang dicampur dengan cairan pembersih kaki atau sabun lembut selama 10-15 menit. Ini akan membantu melunakkan kulit kasar dan kotoran yang menempel.
- Penghilangan kapalan atau kulit keras: Setelah kaki direndam, gunakan batu apung atau amplas lembut untuk menggosok kulit keras dan kapalan. Lakukan dengan lembut untuk menghindari iritasi.
- Pengeringan kaki: Setelah kaki dibersihkan dan dirawat, keringkan kaki dengan handuk bersih dan lembut. Pastikan tidak ada kelembapan yang tertinggal di antara jari-jari kaki, karena kelembapan berlebih dapat menyebabkan infeksi jamur.
- Pelembapan kaki: Oleskan lotion atau pelembab yang sesuai untuk mencegah kulit kaki menjadi kering dan pecah-pecah. Hindari penggunaan pelembab di antara jari kaki untuk mencegah infeksi jamur.
- Pemeriksaan kaki: Periksa kaki pasien untuk tanda-tanda infeksi, seperti kemerahan, bengkak, luka, atau bau tak

sedap. Laporkan jika ada tanda-tanda tersebut kepada tenaga medis.

C. Pemantauan dan Perawatan Lanjutan

- Periksa kuku dan kaki pasien secara berkala untuk memastikan tidak ada masalah yang berkembang, seperti kuku yang tumbuh ke dalam, infeksi jamur, atau luka pada kulit kaki.
- Jika pasien memiliki diabetes atau gangguan sirkulasi, pastikan untuk lebih sering melakukan pemeriksaan untuk menghindari komplikasi serius.

Lembar Penilaian dan Daftar Tilik

No.	Kegiatan	Score		
		0	1	2
1	Pra Interaksi 1. Mengecek dokumentasi/data klien			
	Persiapan alat: 1. Air hangat 2. sabun antibakteri atau cairan pembersih kaki 3. gunting kuku atau pemotong kuku 4. batu apung atau amplas untuk menghaluskan kulit kasar 5. kapas atau kain lap bersih, lotion atau pelembab kaki 6. sarung tangan (jika diperlukan)..			
2	Orientasi PERSIAPAN PASIEN 1) salam teraupetik disampaikan kepada klien/keluarga dengan ramahpada saat bertemu 2) Rencanatindakan di Jelaskan tujuan, prosedur,dan tindakan yang akan dilakukan jelaskan sampai klien/keluarga mengerti 3) Rencana program divalidasi Kembali 4) Kebutuhan alat dan bahan diidentifikasi 5) Kesiapan klien dikaji ulang			
3	Tahap Kerja			
	1. Cuci tangan			
	Perawatan Kuku:			

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pembersihan kuku: Cuci tangan atau kaki pasien dengan air hangat dan sabun antibakteri. Gunakan lap bersih untuk membersihkan kuku dan area sekitarnya dari kotoran atau kuman. ○ Pemotongan kuku: Gunakan gunting atau pemotong kuku yang bersih dan tajam untuk memotong kuku sesuai dengan bentuk kuku alami. Hindari memotong kuku terlalu pendek atau mencongkel ujung kuku, yang dapat menyebabkan infeksi atau kuku tumbuh ke dalam. ○ Perawatan kuku kaki: Untuk pasien yang tidak dapat melihat atau merawat kuku kaki mereka, periksa kuku secara berkala dan pastikan tidak ada kuku yang tumbuh ke dalam atau terinfeksi. ○ Pembersihan bawah kuku: Gunakan kapas atau sikat lembut untuk membersihkan kotoran yang mungkin tertinggal di bawah kuku. 			
	<p>Perawatan Kaki:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Membersihkan kaki: Rendam kaki dalam air hangat yang dicampur dengan cairan pembersih kaki atau sabun lembut selama 10-15 menit. Ini akan membantu melunakkan kulit kasar dan kotoran yang menempel. ○ Penghilangan kapalan atau kulit keras: Setelah kaki direndam, gunakan batu apung atau amplas lembut untuk menggosok kulit keras dan kapalan. Lakukan dengan lembut untuk menghindari iritasi. ○ Pengeringan kaki: Setelah kaki dibersihkan dan dirawat, keringkan kaki dengan handuk bersih dan lembut. Pastikan tidak ada kelembapan yang tertinggal di antara jari-jari kaki, karena kelembapan berlebih dapat menyebabkan infeksi jamur. ○ Pelembapan kaki: Oleskan lotion atau pelembab yang sesuai untuk mencegah kulit kaki menjadi kering dan pecah-pecah. Hindari penggunaan pelembab di antara jari kaki untuk mencegah infeksi jamur. ○ Pemeriksaan kaki: Periksa kaki pasien untuk tanda-tanda infeksi, seperti kemerahan, bengkak, luka, atau bau tak sedap. Laporkan jika ada tanda-tanda tersebut kepada tenaga medis. 			
4	Tahap Terminasi			
	1. Lepaskan sarung tangan			

	2. Cuci tangan			
	3. Melakukan evaluasi terhadapkenyamanan pasien 4. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan			
5	Jumlah Score			
6	Nilai = score/nilai tertinggi x 100			

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8.3 Daftar Pustaka

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review (10th ed.)*. McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*.

Clinical Pocket Reference.

- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.
- Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 9

Praktika Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur

9.1 Deskripsi Pembelajaran

Deskripsi pembelajaran Praktika Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur dapat dijelaskan sebagai berikut: Pembelajaran ini bertujuan untuk memberikan pemahaman dan keterampilan kepada peserta didik tentang pentingnya tidur dan istirahat yang cukup untuk kesehatan tubuh dan mental. Dalam praktikum ini, peserta akan mempelajari berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas tidur dan bagaimana cara-cara untuk memenuhi kebutuhan istirahat secara optimal.

9.2 TindakanKeperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan tidur

9.2.1 Berdoa/Ritual Menjelang Tidur

1. Pengertian

Berdoa atau melakukan ritual menjelang tidur adalah kegiatan yang dilakukan sebelum tidur untuk menenangkan pikiran, menjaga kedamaian batin, dan memohon perlindungan atau berkah selama tidur. Kegiatan ini dapat berupa doa, meditasi, atau ritual religius yang sesuai dengan keyakinan individu. Berdoa sebelum tidur dipercaya dapat memberikan rasa aman dan meningkatkan kualitas tidur.

2. Indikasi

- a. Rasa Cemas atau Stres
- b. Insomnia atau Gangguan Tidur
- c. Kehidupan yang Sibuk dan Padat
- d. Mencari Perlindungan atau Keharmonisan

- e. Keinginan untuk Meningkatkan Kehidupan Spiritual
3. Tujuan
- a. Menenangkan Pikiran dan Emosi
 - b. Memohon Perlindungan
 - c. Meningkatkan Kualitas Tidur
 - d. Membangun Koneksi Spiritual
 - e. Merefleksikan Hari yang Telah Berlalu
4. Prosedur
- a. Menyiapkan Tempat Tidur: Pastikan tempat tidur bersih dan nyaman. Atur pencahayaan yang redup dan suasana yang tenang untuk mendukung relaksasi.
 - b. Melakukan Relaksasi Sebelum Tidur: Sebelum berdoa, lakukan pernapasan dalam atau meditasi ringan untuk menenangkan tubuh dan pikiran.
 - c. Berdoa atau Melakukan Ritual: Lakukan doa atau ritual sesuai dengan keyakinan dan kebutuhan pribadi. Doa bisa berupa permohonan, ucapan syukur, atau doa perlindungan.
 - d. Fokus pada Ketentraman: Fokuskan pikiran pada perasaan kedamaian dan rasa syukur. Hindari berpikir tentang masalah yang dapat mengganggu ketenangan batin.
 - e. Tidur dengan Tenang: Setelah berdoa atau melakukan ritual, tidurlah dalam keadaan tenang dan rileks, melepaskan segala kekhawatiran dan ketegangan.

9.2.2 Meningkatkan lingkungan kondusif

1. Pengertian

Meningkatkan lingkungan kondusif untuk tidur berarti menciptakan dan mengatur kondisi fisik serta psikologis yang dapat mendukung tidur yang nyenyak dan berkualitas. Hal ini melibatkan pengaturan berbagai elemen seperti suhu ruangan, pencahayaan,

kebisingan, kenyamanan tempat tidur, dan faktor lingkungan lainnya yang dapat mempengaruhi tidur. Tujuan utama adalah menciptakan suasana yang nyaman dan tenang untuk mendukung proses tidur yang optimal.

2. Indikasi

- Kesulitan Tidur atau Insomnia
- Gangguan Tidur yang Sering Terjadi
- Kebisingan atau Gangguan Eksternal
- Lingkungan Tidur yang Tidak Nyaman
- Pola Tidur yang Tidak Teratur

3. Tujuan

- Meningkatkan Kualitas Tidur
- Mengurangi Gangguan Tidur
- Menurunkan Stres dan Kecemasan
- Mendukung Pemulihan Tubuh
- Menciptakan Kebiasaan Tidur yang Baik

4. Prosedur

1. Pengaturan Suhu Ruangan:

- Pastikan suhu ruangan tidur berada pada kisaran 18-22°C. Suhu yang terlalu panas atau dingin dapat mengganggu tidur.
- Gunakan pengatur suhu atau kipas untuk menjaga kenyamanan.

2. Pencahayaan yang Tepat:

- Kurangi pencahayaan yang terang menjelang tidur, karena cahaya terang dapat mengganggu produksi hormon melatonin yang mengatur tidur.
- Gunakan lampu tidur dengan cahaya redup atau lampu malam jika diperlukan.

3. Pengendalian Kebisingan:
 - Minimalkan kebisingan di sekitar tempat tidur. Jika diperlukan, gunakan earplug atau alat white noise untuk membantu menutupi suara yang mengganggu.
 - Hindari suara keras yang dapat membangunkan seseorang di malam hari.
4. Pemilihan Kasur dan Bantal yang Nyaman:
 - Pastikan kasur dan bantal dalam kondisi baik dan sesuai dengan kenyamanan tidur pribadi. Pilih kasur yang mendukung tubuh dengan baik.
 - Gantilah kasur atau bantal yang sudah tidak nyaman.
5. Ciptakan Suasana Tenang dan Bersih:
 - Jaga kebersihan ruang tidur dan pastikan tidak ada gangguan visual atau benda-benda yang membuat stres atau mengganggu konsentrasi saat tidur.
 - Gunakan tirai tebal untuk menahan cahaya luar dan pastikan ruang tidur bebas dari gangguan teknologi seperti ponsel yang menyala.
6. Rutinitas Tidur yang Konsisten:
 - Tentukan waktu tidur yang konsisten dan pastikan lingkungan tidur mendukung kebiasaan tidur yang teratur.
 - Hindari stimulasi mental yang berlebihan, seperti penggunaan perangkat elektronik sebelum tidur.

9.3 Daftar pustaka

- Andini, S., & Putri, D. (2021). Teknik Pemindahan Pasien yang Efektif di Fasilitas Kesehatan. *Jurnal Keperawatan Klinis Indonesia*, 18(2), 102-110.
- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Dewi, R., & Suryani, T. (2021). Prosedur penerimaan pasien baru di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 18(3), 112-120.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Suryani, T., & Rahmawati, E. (2020). Implementasi Alat Bantu Pemindahan Pasien pada Perawatan Intensif. *Jurnal Pelayanan Kesehatan Indonesia*, 16(4), 45-52.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 10

Praktika Pemenuhan Kebutuhan Keseimbangan

Suhu Tubuh

10.1 Deskripsi Pembelajaran

Deskripsi pembelajaran Praktika Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur dapat dijelaskan sebagai berikut: Pembelajaran ini bertujuan untuk memberikan pemahaman dan keterampilan kepada peserta didik tentang pentingnya tidur dan istirahat yang cukup untuk kesehatan tubuh dan mental. Dalam praktikum ini, peserta akan mempelajari berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas tidur dan bagaimana cara-cara untuk memenuhi kebutuhan istirahat secara optimal.

10.2 Tindakan Keperawatan Pemenuhan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh

10.2.1 Keseimbangan suhu tubuh

1. Pengertian

Keseimbangan suhu tubuh (homeostasis suhu) adalah kondisi di mana suhu tubuh dipertahankan dalam kisaran yang optimal untuk menjalankan berbagai fungsi fisiologis tubuh dengan baik. Suhu tubuh manusia yang normal berkisar antara 36,5°C hingga 37,5°C. Sistem tubuh bekerja untuk menjaga suhu tubuh tetap stabil meskipun lingkungan sekitar berubah. Proses ini melibatkan mekanisme pendinginan dan pemanasan tubuh yang dilakukan oleh sistem saraf dan berbagai organ seperti kulit, pembuluh darah, dan kelenjar keringat.

2. Indikasi Keseimbangan Suhu Tubuh:

Indikasi ketidakseimbangan suhu tubuh bisa terlihat dalam beberapa kondisi berikut:

- Hipotermia (Suhu tubuh terlalu rendah)
- Hipertemia (Suhu tubuh terlalu tinggi)
- Demam
- Keringat berlebihan atau kurangnya keringat

3. Tujuan

Tujuan utama dari mempertahankan keseimbangan suhu tubuh adalah untuk:

- Mendukung Fungsi Fisiologis yang Optimal
- Melindungi Tubuh dari Kerusakan
- Meningkatkan Kesehatan Umum
- Mengurangi risiko penyakit terkait suhu ekstrem seperti heatstroke

atau hipotermia.

- Menjaga Keseimbangan Energi

4. Prosedur

1. Pemantauan Suhu Tubuh Secara Rutin: Gunakan termometer untuk memeriksa suhu tubuh secara berkala, terutama jika ada gejala demam atau perubahan suhu yang tidak biasa.
2. Menjaga Kelembapan dan Sirkulasi Udara: Untuk mencegah suhu tubuh meningkat, pastikan sirkulasi udara yang baik di lingkungan sekitar. Gunakan kipas atau pendingin udara jika diperlukan. Sebaliknya, gunakan pemanas atau pakaian hangat di lingkungan yang dingin.

3. Pencegahan Dehidrasi: Minum cukup cairan untuk mencegah dehidrasi, yang dapat mengganggu kemampuan tubuh untuk mengatur suhu dengan baik.
4. Mengatur Aktivitas Fisik: Hindari aktivitas fisik yang berlebihan dalam cuaca yang sangat panas atau dingin. Saat cuaca panas, lakukan aktivitas ringan dan pastikan istirahat secara teratur.
5. Penggunaan Pakaian yang Tepat: Kenakan pakaian yang sesuai dengan suhu lingkungan. Gunakan pakaian ringan dan menyerap keringat saat cuaca panas, dan pakaian hangat saat suhu dingin.
6. Menerapkan Teknik Pendinginan atau Pemanasan: Jika tubuh terlalu panas, rendam dalam air dingin atau kompres dengan kain basah untuk menurunkan suhu tubuh. Sebaliknya, jika tubuh terlalu dingin, gunakan pakaian tebal, selimut, atau sumber panas untuk menghangatkan tubuh.
7. Makan dengan Seimbang: Makanan bergizi dan seimbang membantu tubuh memiliki cadangan energi yang cukup untuk mempertahankan suhu tubuh yang stabil.

10.2.2 Mengukur suhu tubuh: oral, axila, rectal

1. Pengertian

Mengukur suhu tubuh adalah proses untuk mengetahui suhu tubuh seseorang dengan menggunakan alat pengukur suhu, seperti termometer. Suhu tubuh dapat diukur melalui beberapa metode, antara lain oral (mulut), axila (ketiak), dan rektal (dubur). Masing-masing metode pengukuran ini memiliki tingkat akurasi dan cara penggunaan yang berbeda-beda.

- Oral: Pengukuran suhu tubuh dilakukan dengan menempatkan termometer di bawah lidah.
- Axila: Pengukuran suhu tubuh dilakukan dengan meletakkan termometer di bawah ketiak.

- Rektal: Pengukuran suhu tubuh dilakukan dengan memasukkan termometer ke dalam rektum (dubur). Metode ini biasanya dianggap lebih akurat karena lebih mencerminkan suhu internal tubuh.

2. Indikasi

- Demam atau Peningkatan Suhu Tubuh
- Memantau Kondisi Kesehatan
- Pemantauan Kesehatan Anak.
- Mengawasi Pasien dengan Gangguan Metabolisme atau Kondisi Medis Lainnya

3. Tujuan Mengukur Suhu Tubuh:

- Menilai Kondisi Kesehatan
- Mendiagnosis Penyakit
- Memantau Perkembangan Penyakit.
- Mendeteksi Perubahan Kondisi Tubuh
- Menjaga Kesehatan Pasien dalam Perawatan

4. Prosedur Kerja

A. Mengukur Suhu Tubuh Secara Oral:

1. Pastikan termometer dalam keadaan bersih sebelum digunakan.
2. Letakkan ujung termometer di bawah lidah pasien dan mintalah pasien untuk menutup mulut dengan rapat.
3. Biarkan termometer selama beberapa menit (tergantung pada jenis termometer yang digunakan).
4. Setelah itu, baca hasil suhu yang tertera pada termometer.
5. Bersihkan termometer setelah digunakan dengan alkohol atau sabun dan air.

B. Mengukur Suhu Tubuh Secara Axila (Ketiak):

1. Pastikan termometer dalam keadaan bersih sebelum digunakan.

2. Letakkan ujung termometer di bawah ketiak pasien, dan pastikan termometer berada dalam kontak yang baik dengan kulit.
3. Minta pasien untuk menekan lengan mereka agar termometer tetap pada posisi yang tepat.
4. Biarkan termometer selama beberapa menit (tergantung jenis termometer).
5. Baca hasil suhu yang tertera dan catat.
6. Setelah digunakan, bersihkan termometer dengan alkohol atau sabun dan air.

C. Mengukur Suhu Tubuh Secara Rektal:

1. Pastikan termometer dalam keadaan bersih dan gunakan pelindung atau pelumas pada ujung termometer jika diperlukan.
2. Minta pasien untuk berbaring miring atau posisi yang nyaman untuk memasukkan termometer ke dalam dubur.
3. Masukkan ujung termometer dengan hati-hati sekitar 2-3 cm ke dalam dubur (untuk orang dewasa), dan 1-2 cm untuk bayi atau anak kecil.
4. Biarkan termometer selama beberapa menit (tergantung jenis termometer).
5. Baca hasil suhu tubuh yang tertera pada termometer.
6. Bersihkan termometer dengan alkohol atau sabun dan air setelah digunakan.

10.2.3 Memberikan kompres

1. Pengertian Memberikan Kompres:

Memberikan kompres adalah tindakan medis atau perawatan yang dilakukan dengan cara meletakkan kain atau bahan lain yang dibasahi air hangat atau dingin pada bagian tubuh tertentu untuk meredakan rasa sakit, menurunkan suhu tubuh, atau mengurangi peradangan. Kompres dapat dilakukan dengan menggunakan air hangat atau

dingin, tergantung pada tujuan yang ingin dicapai. Kompres hangat sering digunakan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan meredakan ketegangan otot, sementara kompres dingin lebih sering digunakan untuk mengurangi pembengkakan dan peradangan.

2. Indikasi Memberikan Kompres:

- Demam
- Peradangan atau Pembengkakan
- Nyeri Otot atau Sendi
- Ketegangan Otot
- Cedera Olahraga
- Sakit Kepala
- Penyakit Kulit.

3. Tujuan Memberikan Kompres:

- Menurunkan Suhu Tubuh
- Meredakan Nyeri
- Mengurangi Peradangan dan Pembengkakan
- Meningkatkan Sirkulasi Darah
- Memberikan Kenyamanan

4. Prosedur Kerja:

A. Kompres Dingin:

1. Persiapkan kain bersih dan rendam dalam air dingin atau es batu yang dibungkus kain atau kantong plastik.
2. Peras kain agar tidak terlalu basah, lalu letakkan pada area yang membutuhkan perawatan (misalnya, pada bagian tubuh yang bengkak atau nyeri).
3. Biarkan kompres selama 15-20 menit.
4. Jika diperlukan, ulangi proses ini setiap 1-2 jam, terutama dalam 24-48 jam pertama setelah cedera atau munculnya peradangan.

5. Pastikan untuk tidak menaruh kompres dingin terlalu lama agar tidak menyebabkan iritasi atau kerusakan pada kulit.
6. Setelah selesai, keringkan area yang telah diberi kompres dengan lembut.

B. Kompres Hangat:

1. Persiapkan kain bersih dan rendam dalam air hangat (sekitar 37-40°C) atau gunakan botol air hangat.
2. Peras kain agar tidak terlalu basah, lalu letakkan pada area tubuh yang nyeri atau tegang (misalnya, pada otot yang kaku).
3. Biarkan kompres selama 15-20 menit untuk meredakan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi darah.
4. Ulangi kompres hangat ini beberapa kali sehari jika diperlukan, terutama untuk mengatasi ketegangan otot atau sakit pada sendi.
5. Pastikan suhu air tidak terlalu panas agar tidak membakar kulit.
6. Setelah selesai, keringkan area yang telah diberi kompres dengan

10.3 Daftar Pustaka

- Andini, S., & Putri, D. (2021). Teknik Pemindahan Pasien yang Efektif di Fasilitas Kesehatan. *Jurnal Keperawatan Klinis Indonesia*, 18(2), 102-110.
- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu*

- Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Dewi, R., & Suryani, T. (2021). Prosedur penerimaan pasien baru di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 18(3), 112-120.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Suryani, T., & Rahmawati, E. (2020). Implementasi Alat Bantu Pemindahan Pasien pada Perawatan Intensif. *Jurnal Pelayanan Kesehatan Indonesia*, 16(4), 45-52.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y.,

Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.

Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

BAB 11

Praktika Pemenuhan Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan

11.1 Deskripsi Pembelajaran

Pembelajaran praktik tentang pemenuhan kebutuhan menjelang dan akhir kehidupan berfokus pada bagaimana tenaga kesehatan, terutama perawat, dapat memberikan perawatan holistik kepada pasien yang berada dalam fase akhir kehidupan. Ini mencakup pemenuhan kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien untuk memastikan kualitas hidup mereka tetap terjaga hingga akhir hayat. Pembelajaran ini tidak hanya mengajarkan keterampilan teknis, tetapi juga keterampilan komunikasi dan empati yang sangat penting dalam merawat pasien yang menghadapi kematian.

11.2 Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan menjelang dan akhir Kehidupan

11.3 Dukungan Spiritual Menjelang Ajal pada Pasien dan Keluarga

1. Pengertian:

Dukungan spiritual menjelang ajal adalah upaya memberikan bantuan emosional dan psikologis yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan spiritual pasien yang sedang berada pada tahap akhir kehidupan. Dukungan ini juga melibatkan keluarga pasien dalam menghadapi perasaan takut, cemas, atau kehilangan, dengan memberikan ruang untuk refleksi spiritual dan keagamaan. Dukungan spiritual dapat berupa doa, pembacaan kitab suci, meditasi, atau aktivitas lainnya yang dapat memberikan ketenangan, kedamaian batin, dan penerimaan atas proses kematian.

2. Indikasi:

- Pasien dengan Penyakit Terminal: Pasien yang berada pada tahap akhir penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan membutuhkan dukungan emosional serta spiritual dalam menghadapi kematian.
- Keluarga yang Menghadapi Kehilangan: Keluarga pasien yang menghadapi kesulitan emosional dan spiritual dalam mempersiapkan perpisahan dengan orang terkasih.
- Kehilangan Makna atau Tujuan Hidup: Pasien yang merasa kehilangan makna hidup atau tujuan karena kondisi penyakit terminalnya.
- Kebutuhan Agama atau Kepercayaan: Pasien yang memiliki kebutuhan spiritual sesuai dengan agama atau kepercayaan yang mereka anut, seperti doa, sakramen, atau ritual keagamaan.
- Kondisi Emosional yang Berat: Pasien atau keluarga yang merasa cemas, takut, atau tertekan menjelang akhir kehidupan mereka.

3. Tujuan:

- Memberikan Ketenangan Batin: Membantu pasien dan keluarga menemukan kedamaian, mengurangi kecemasan dan ketakutan, serta memberikan kenyamanan spiritual menjelang ajal.
- Meningkatkan Penerimaan atas Proses Kematian: Membantu pasien dan keluarga menerima kenyataan kematian melalui perspektif spiritual atau agama mereka.
- Mendukung Kualitas Hidup Menjelang Ajal: Meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memastikan mereka merasa didukung dalam aspek emosional dan spiritual selama masa-masa akhir kehidupan.

- Memberikan Dukungan untuk Keluarga: Membantu keluarga pasien dalam menghadapi proses berduka, serta memberi mereka pemahaman dan dukungan emosional dalam perjalanan ini.
- Memfasilitasi Pemenuhan Kebutuhan Agama atau Kepercayaan: Memastikan bahwa kebutuhan spiritual dan keagamaan pasien dan keluarga dapat dipenuhi, seperti keinginan untuk doa atau ritual keagamaan.

4. Prosedur Kerja:

1) Identifikasi Kebutuhan Spiritual Pasien:

- a. Lakukan penilaian awal terhadap kebutuhan spiritual pasien dan keluarga melalui komunikasi terbuka dan sensitif.
- b. Tanyakan tentang keyakinan agama atau spiritual pasien serta keinginan mereka untuk mendapatkan dukungan agama tertentu selama proses akhir kehidupan.
- c. Libatkan keluarga dalam penilaian ini, karena mereka seringkali berperan besar dalam mendukung kebutuhan spiritual pasien.

2) Penyediaan Dukungan Spiritual:

- a. Doa dan Pembacaan Kitab Suci: Jika pasien dan keluarga menginginkan, bantu mereka dalam melakukan doa atau pembacaan kitab suci sesuai dengan keyakinan mereka.
- b. Kehadiran Pendeta, Ustadz, atau Pemuka Agama: Jika diminta, fasilitasi kedatangan pemuka agama untuk memberikan sakramen, doa, atau ritual keagamaan lainnya.
- c. Mediasi Spiritual: Untuk pasien yang tidak ingin perawatan keagamaan formal, tawarkan sesi mediasi atau refleksi pribadi yang dapat membantu mereka menemukan kedamaian batin.

- d. Pemberian Kenyamanan Emosional: Luangkan waktu untuk mendengarkan kekhawatiran atau perasaan pasien dan keluarga, serta berikan dukungan emosional tanpa menghakimi.
 - e. Bantuan untuk Keluarga: Berikan dukungan kepada keluarga pasien untuk mengatasi perasaan berduka dan membantu mereka menyiapkan diri untuk perpisahan.
- 3) Dokumentasi dan Koordinasi:
- a. Catat keinginan dan kebutuhan spiritual pasien dalam dokumentasi medis untuk memastikan kontinuitas perawatan.
 - b. Koordinasikan dengan tim medis lainnya, termasuk tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan paliatif atau dukungan psikososial, untuk memastikan pendekatan yang komprehensif.
5. Pemantauan dan Evaluasi:
- 1. Terus memantau kondisi spiritual dan emosional pasien serta keluarga selama masa perawatan menjelang akhir kehidupan.
 - 2. Evaluasi efektivitas dukungan spiritual yang diberikan dan lakukan penyesuaian jika diperlukan, berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarga yang terus berkembang.

11.4 Daftar Pustaka

Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, S. K., Pratiwi, E., Wulandari, B., Rahayu, N. W., ... & Fathonah, S. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Lembaga Omega Medika.

- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Cadwell, E., & Hegner, B. R. (2003). *Asisten Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Ifadah, E., Wada, F. H., Masroni, M., Tinungki, Y. L., Aminah, S., Afrina, R., ... & Nuryani, Y. A. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ong, P., Garrett, B., & Galdas, P. (2016). *Clinical Pocket Reference for Nurses*. Clinical Pocket Reference.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2021). *Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book: Clinical Nursing Skills and Techniques-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Gonzalez, L., & Aebbersold, M. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (p. 1456). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Uliyah, M., & Hidayat, A. A. (2015). *Buku Saku Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Health Books Publishing.
- Setiawan, H., Handayani, N. P. A., Kep, M., Arnianti, S. K., Panma, N. Y., Kep, M., ... & Faridah, V. N. (2023). *Keperawatan Dasar*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Sullivan, E. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.

Wilson, S. F., & Giddens, J. F. (2021). *Concepts in Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

