

# BUKU AJAR PRAKTIK KEPERAWATAN DASAR

Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B  
Anida, S.Kep. Ns., M.Sc  
Tuti Elyta, S.Kep., Ns., M.Bmd.  
Ns. Dedeh Ri'ayatul Maula, M.Kep.  
Wiwik Utami, APP, S.Pd., M.Kes.  
Mugi Hartoyo, MN.  
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes.  
Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Siti Munawaroh, M. Kep.  
Trimar Handayani, S.Kep., Ns, M.Biomed.  
Ns. Firmina Theresia Kora, S.Kep., M.P.H.



# BUKU AJAR PRAKTIK KEPERAWATAN DASAR

## Penulis:

Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B

Anida, S.Kep. Ns., M.Sc

Tuti Elyta, S.Kep., Ns., M.Bmd.

Ns. Dedeh Ri'ayatul Maula, M.Kep.

Wiwik Utami, APP., S.Pd., M.Kes.

Mugi Hartoyo, MN.

Meliani Sukmadewi Harahap, S,Kep., M.Kes.

Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Siti Munawaroh, M. Kep.

Trimar Handayani, S.Kep., Ns, M.Biomed.

Ns. Firmina Theresia Kora, S.Kep., M.P.H.



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

# **BUKU AJAR PRAKTIK KEPERAWATAN DASAR**

## **Penulis:**

Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B  
Anida, S.Kep. Ns., M.Sc  
Tuti Elyta, S.Kep., Ns., M.Bmd.  
Ns. Dedeh Ri'ayatul Maula, M.Kep.  
Wiwik Utami, APP., S.Pd., M.Kes.  
Mugi Hartoyo, MN.  
Meliani Sukmadewi Harahap, S,Kep., M.Kes.  
Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Siti Munawaroh, M. Kep.  
Trimar Handayani, S.Kep., Ns, M.Biomed.  
Ns. Firmina Theresia Kora, S.Kep., M.P.H.

## **Desain Cover:**

Ivan Zumarano

## **Tata Letak:**

Siti Hartina Fatimah  
Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-67-2

Cetakan Pertama:

**Desember, 2023**

Hak Cipta 2023

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

**Copyright © 2023**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram: @bimbel.optimal

## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala anugerah dan rahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul **Buku Ajar Praktik Keperawatan Dasar**. Materi dalam buku ini disusun untuk memfasilitasi mahasiswa dan praktisi keperawatan dalam melakukan prosedur keperawatan secara sistematis agar keterampilan (*skill*) keperawatan lebih optimal. Buku ini membahas praktik keperawatan dasar yang meliputi memindahkan pasien dari tempat tidur ke tempat tidur/brancard/tandu, memutar dan memosisikan pasien, melatih ROM, memasang sarung tangan dan gaun steril melalui mode tertutup, menyiapkan obat oral, menyiapkan obat dari vial, pemberian obat peroral, pemberian obat intracutan (ic), pemberian obat subcutan (sc), pemberian obat intramuscular (im), pemberian obat intravena (iv). Setiap prosedur diawali dengan penjelasan definisi, tujuan, indikasi, kontraindikasi, hal yang perlu diperhatikan, contoh soal UKOM mengenai prosedur keperawatan, pembahasan dan tahapan prosedur disertai gambar yang dapat membuat pembaca lebih memahami materi.

Tentunya materi ini akan bermanfaat bagi mahasiswa dan praktisi keperawatan untuk mempertahankan standar tinggi praktik keperawatan. Mempertahankan standar pelayanan dalam pendidikan keperawatan dan praktik keperawatan merupakan hal yang penting untuk meningkatkan kualitas keperawatan. Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Penulis menerima setiap kritikan dan masukan yang membangun agar buku ini menjadi lebih baik dan sempurna pada masa yang akan datang. Semoga Allah SWT meridhai segala usaha kita. Amin.

Tim Penulis

# KATA SAMBUTAN

**Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.  
Ketua Tim Pokja**



***Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,***

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, karena atas limpahan rahmat-Nya, kita dapat menyaksikan peluncuran buku Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan ini. Saya, Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat, dengan rasa rendah hati dan penuh kebanggaan, ingin menyampaikan kata pengantar ini sebagai ungkapan terima kasih dan harapan untuk masa depan keperawatan di Indonesia. Buku ini bukanlah sekadar kumpulan aturan dan tata cara, melainkan representasi dari komitmen bersama untuk meningkatkan standar pelayanan keperawatan di negeri ini. Melalui satu tahun perjalanan yang penuh perjuangan dan dedikasi, Tim Pokja Keperawatan berhasil menyusun SOP ini dengan memperhatikan kearifan lokal, norma keperawatan internasional, dan pengalaman praktisi keperawatan di seluruh Indonesia.

Kami menyadari bahwa keperawatan bukan hanya sebuah pekerjaan, tetapi sebuah panggilan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi panduan yang praktis dan relevan bagi seluruh tenaga keperawatan di Indonesia, dari sabang hingga merauke. Saya ingin menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya kepada seluruh anggota Tim Pokja yang telah berkontribusi dengan penuh semangat, pemikiran kritis, dan keahlian tim penulis dalam menyusun buku ini. Keberhasilan ini adalah hasil kolaborasi tim yang kuat dan kerjasama yang erat.

Tidak lupa, terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan berharga selama proses penyusunan. Semoga buku ini tidak hanya menjadi buku panduan, tetapi juga menjadi sumber inspirasi dan motivasi bagi semua praktisi keperawatan di tanah air. Kepada para pembaca, semoga buku SOP Keperawatan ini dapat menjadi teman setia dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Mari kita terus berkolaborasi dan berkontribusi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Akhir kata, kami menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas dukungan dan kepercayaan Anda. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemajuan keperawatan Indonesia.

***Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.***

**Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.  
Ketua Tim Pokja**

## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
KATA SAMBUTAN.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE TEMPAT TIDUR/BRANCARD/TANDU .....	1
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMUTAR DAN MEMPOSISIKAN PASIEN.....	7
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)/RENTANG GERAK SENDI .....	17
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMASANG SARUNG TANGAN DAN GAUN STERIL MELALUI MODE TERTUTUP .....	35
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENYIAPKAN OBAT PER-ORAL .....	43
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENYIAPKAN OBAT DARI VIAL.....	57
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT PERORAL .....	65
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT INTRACUTAN (IC) ...	75
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT SUBKUTAN .....	87
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN INJEKSI INTRAMUSKULER (IM).....	97
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT INTRA VENA (IV) ..	119
PROFIL PENULIS.....	131



**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN  
MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT  
TIDUR KE TEMPAT  
TIDUR/BRANCARD/TANDU**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Tempat Tidur/Brancard/Tandu**

### **1. Definisi**

Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur KeTempat Tidur/Brancard/Tandu adalah memindahkan pasien secara aman, baik aman untuk pasien dan perawat dengan memperhatikan body mekanik.

### **2. Tujuan**

- a. pasien aman dan nyaman saat pindahkan
- b. Perawat terbebas dari cedera tulang belakang akibat mobilisasi pasien dan transportasi

### **3. Indikasi**

Untuk semua pasien yang memerlukan perpindahan dari tempat tidur ke brancar atau sebaliknya untuk keperluan terapeutik atau keperluan pemeriksaan yang dibutuhkan pasien

### **4. Kontraindikasi**

Berat badan pasien melebihi berat badan perawat

### **5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)**

Bagi perawat yang akan mengangkat pasien diharapkan memperhatikan body mekanik untuk mencegah terjadinya cedera tulang belakang. Element body mekanik yang harus diperhatikan adalah :

- a. Body Alignment (Postur Tubuh)  
Susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian tubuh yang lain.
- b. Balance / Keseimbangan  
Keseimbangan tergantung pada interaksi antara pusat gravity, line gravity dan base of support.
- c. Coordinated body movement (Gerakan tubuh yang terkoordinir)  
Dimana body mekanik berinteraksi dalam fungsi muskuloskeletal dan sistem syaraf.

### **6. Contoh Kasus**

Kasus :

Perawat di IGD akan memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankar, 3 perawat sudah memosisikan masing - masing dan tangan perawat sudah diletakkan dibagian tubuh pasien sesuai dengan instruksi perawat

1. Berat badan pasien 70 kg. Leader ada pada perawat kesatu yang berada diposisi kepala.

Apa langkah selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus di atas ?

- a. Mengangkat pasien langsung
- b. Menunggu aba - aba dari perawat kesatu
- c. Membawa langsung pasien ke brancar
- d. Memberikan posisi supinasi
- e. Meminta pasien menekuk lututnya

Jawab : B

7. Pembahasan soal kasus

Sesuai urutan SOP adalah sebagai berikut : Ketiga perawat berdiri disamping tempat tidur pasien, Lipat kedua tangan klien didada, letakkan tangan perawat sesuai dengan posisi masing - masing, dan selanjutnya adalah setelah siap, salah satu perawat memberi aba-aba untuk mengangkat bersama-sama, angkat klien bersamaan. Jadi jawabannya adalah B

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assesment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Membaca catatan medik  2. Menyiapkan alat 3. Mencuci tangan	Mengecek kesesuaian identitas pasien  Mencegah kontaminasi antara perawat dan pasien atau sebaliknya
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> 4. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) Brancart Selimut	
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> 5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien dengan mengecek gelasng pasien 6. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan	Memastikan kesesuaian identitas pasien  Pasien mudah diajak

<p>dilakukan</p> <p>7. Berikan pasien posisi supinasi</p> <p>8. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya</p>	<p>bekerjasama jika mengetahui tujuan yang akan kita lakukan Mudah untuk mengangkat</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>9. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> <p>10. Turunkan penghalang tempat tidur / brancar</p>	<p>Memudahkan pasien untuk diangkat</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>11. Atur posisi pasien</p> <p>12. Kunci brancar / tempat tidur</p> <p>13. Ketiga perawat berdiri disamping tempat tidur pasien dengan posisi :</p> <p>a. Perawat I (paling tinggi) berdiri di bagian kepala</p> <p>b. Perawat II berdiri di bagian pinggang</p> <p>c. Perawat III berdiri di bagian kaki</p> <p>14. Lipat kedua tangan klien didada</p> <p>15. Letakkan :</p> <p>a. lengan kiri perawat I di bawah kepala dan</p>	<p>Berikan posisi supinasi untuk mempermudah pasien diangkat</p> <p>Agar pada saat mengangkat dan meletakkan pasien, brancar atau tempat tidur tidak bergerak dan tetap aman untuk pasien dan perawat</p>  

- pangkal lengan pasien dan lengan satunya dibawah punggung pasien
- b. Lengan kiri perawat II lengan kiri di bawah pinggang, lengan kanan di bawah bokong.
  - c. Lengan perawat III, keduanya mengangkat seluruh tungkai.

16. Setelah siap, salah satu perawat memberi aba-aba untuk mengangkat bersama-sama, angkat klien bersamaan



17. Dengan langkah yang sama, mulai berjalan bersama-sama menuju ke tempat tidur/brankar yang telah disiapkan



18. Letakkan tubuh pasien ke tempat tidur atau brancar



19. Atur posisi pasien dan rapikan pasien ditempat tidur/brancar



20. Pasang pengaman tempat tidur / brancar



<p>21. Buka kunci brancar / tempat tidur</p> <p>22. Dorong pasien dengan brancar / tempat tidur</p>	 <p>Agar brancar mudah dimobilisasi</p> <p>Dorong sesuai dengan arah tujuan</p>
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p>	
<p>23. Evaluasi klien terhadap kenyamanan posisi di tempat tidur / brancar</p> <p>24. Beri reinforcement positif</p> <p>25. Cuci tangan</p>	<p>Untuk memberi posisi yang nyaman untuk pasien</p> <p>Untuk menyampaikan apresiasi kepada pasien telah bekerjasama dengan perawat dalam memindah pasien secara kooperatif</p> <p>Untuk mencegah kontaminasi</p>
<p><b>Sikap</b></p>	
<p>26. Menerapkan hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>27. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>28. Komunikatif dengan pasien</p> <p>29. Percaya diri</p>	

### Daftar Pustaka

- Perry, Peterson, & Potter. (2005). Buku Saku Keterampilan & Prosedur Dasar Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Potter , & Perry. (2009). Fundamental Of Nursing Fundamental Keperawatan Buku 2 Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMUTAR DAN MEMPOSISIKAN PASIEN**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## Memutar dan Memposisikan Pasien

### 1. Definisi

Membantu klien pada posisi tertentu dengan body alignment yang tepat, baik untuk melakukan pemeriksaan fisik area tertentu atau untuk merubah dari satu posisi ke posisi yang lain.

### 2. Tujuan

- a. Mempertahankan sirkulasi darah.
- b. Menstimulasi pernafasan.
- c. Menurunkan stasis gas dalam usus.
- d. Memfasilitasi ambulasi dini.
- e. Menghindarkan penumpukan lendir pada saluran pernafasan.
- f. Menghindarkan terjadinya decubitus (Kozier, 2010).

### 3. Indikasi

- a. Klien yang lemah.
- b. Klien dengan paralisis.
- c. Pasien dengan bedrest.
- d. Klien yang mengalami nyeri.
- e. Pasien dengan penurunan kesadaran.
- f. Pasien yang menjalani operasi dengan bedrest lama pada masa post operasi.

### 4. Kontraindikasi

Pada kasus tertentu, tidak dianjurkan pada pasien pembedahan dengan pembiusan spinal pada 12 jam pertama.

### 5. Hal Yang Perlu Diperhatikan

- a. Pada beberapa klien yang mengalami nyeri sedang sampai dengan berat kadang membutuhkan obat penurun rasa nyeri (analgesik) sebelum memindahkan atau merubah posisi.
- b. Gunakan bantal yang cukup untuk mengurangi tekanan bersih dan kering. Linen yang lembab dan kusut dapat meningkatkan risiko luka akibat penekanan.

- c. Yakinkan linen tempat tidur dalam keadaan bersih dan kering. Linen yang lembab dan kusut dapat meningkatkan risiko luka akibat penekanan.
- d. Lakukan perubahan posisi terutama pada klien dengan penurunan kesadaran atau klien dengan paralisis paling tidak setiap 2 jam. Perawat dapat pula melibatkan pihak keluarga dengan cara mengajarkan teknik perubahan posisi dan tanda-tanda kontraktur (Anggraini, dkk. 2019).

## 6. Contoh Kasus

Seorang Perempuan, 48 tahun dirawat di Rumah sakit dengan stroke. Hasil pengkajian, pasien tidak dapat berjalan, sudah bedrest dalam jangka waktu yang lama. Pasien mengeluh nyeri didaerah bokong dan tampak kemerahan pada area tersebut.

Apakah Intervensi keperawatan yang tepat pada pasien tersebut?

- A. Dukungan emosional
- B. Edukasi teknik ambulasi
- C. Ajarkan dan fasilitasi alat bantu jalan
- D. Kolaborasi untuk pemberian oabat anti nyeri
- E. Lakukan tindakan memutar dan memposisikan pasien

## 7. Pembahasan soal kasus

Dalam merencanakan tindakan keperawatan yang tepat, kita harus menentukan masalah keperawatan utamanya terlebih dahulu. Pada kasus diatas, masalah keperawatannya adalah gangguan mobilitas fisik (D.OO54) , dimana terjadi keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2017). Jadi Intervensi keperawatan yang tepat pada pasien adalah Dukungan mobilisasi (I. 05173) dimana perawat memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (SIKI, 2018) yaitu E. Lakukan tindakan memutar dan memposisikan pasien.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengecek program mobilisasi memutar dan memposisikan pasien</li> <li>2. Melakukan kontrak waktu pelaksanaan latihan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Menentukan jenis latihan dengan tepat, beberapa kasus tertentu latihan dapat menjadi kontraindikasi.</li> <li>● Mempersiapkan pasien dan keluarga untuk dapat mendukung pasien untuk melakukan tindakan memutar dan memposisikan pasien</li> </ul>
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b>PERSIAPAN ALAT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bantal secukupnya</li> <li>● Selimut</li> <li>● Tempat tidur</li> <li>● Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li> </ul> </li> </ol>	

<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>4. Memberikan salam dan melakukan identifikasi pasien.</p> <p>5. Menjelaskan tujuan tindakan memutar dan memposisikan pasien.</p> <p>6. Menanyakan persetujuan/ kesiapan pasien untuk melakukan tindakan memutar dan memposisikan pasien.</p> <p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>7. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Memastikan pasien yang benar, sesuai dengan standar keselamatan pasien.</li> <li>● Informasi membantu pasien untuk memahami pentingnya tindakan dan dapat memotivasi dalam berlatih. Pasien cenderung untuk mempelajari keterampilan baru ketika mereka tahu manfaat yang akan mereka dapatkan.</li> <li>● Kesepakatan untuk melakukan latihan tindakan akan membuat pasien lebih mudah menerima dan mengingat latihan yang diajarkan oleh perawat.</li> <li>● Membuat lingkungan kondusif untuk melakukan tindakan.</li> </ul> 
<p>8. Turunkan penghalang tempat tidur</p>	<p>Untuk memudahkan melakukan tindakan</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	

<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>9. Mencuci tangan 6 langkah</p> <p>10. Pasang sarung tangan, <i>jika perlu</i></p> <p>11. Mengkaji kemampuan pasien untuk bergerak di tempat tidur.</p> <p>12. Menganjurkan pasien untuk posisi terlentang saat latihan berpindah.</p> <p>13. Pasang pagar tempat tidur pada posisi yang berlawanan</p> <p>14. Membantu pasien menekuk lutut dan menganjurkan pasien untuk menekan tumit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mencegah transmisi organisme</li> <li>● Mengidentifikasi, menilai kemampuan otot tubuh untuk melakukan pergerakan, menentukan adanya keterbatasan pergerakan.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Posisi dimulai pada sisi tempat tidur sehingga berbalik ke sisi lain tidak akan menyebabkan pasien jatuh meluncur arah tepi tempat tidur.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mencegah pasien dari resiko jatuh selama dilakukan Tindakan</li> <li>● Membuat posisi yang kokoh agar pada saat memutar meminimalkan</li> </ul>
--	---

<p>15. Menganjurkan pasien untuk menempatkan tangan kanan untuk menahan.</p> <p>16. Memasang pengaman kedua sisi tempat tidur terpasang dan terkunci dengan baik.</p> <p>17. Meminta pasien memegang sisi kanan tempat tidur dengan tangan kiri saat berguling ke sisi kanan dan perawat berdiri pada sisi panggul yang berlawanan sambil menahan tangan kanan dan kiri pasien</p>	<p>tarikan selama berpindah.</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mendukung posisi pasien untuk berputar ke arah kanan pasien</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Menjaga pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Memantapkan pegangan tangan pasien untuk berputar ke arah kanan</li> </ul>
--	---

18. Balikkan dan topang tubuh pasien sehingga pasien menghadap ke arah perawat.



- Menarik ke sisi tempat tidur mengurangi usaha yang diperlukan untuk berpindah.

19. Membantu pasien meletakkan guling agar posisi menjadi lebih nyaman.



- memiliki manfaat mengganti, titik tumpu berat badan yang tertekan pada area tubuh yang lain, mempertahankan sirkulasi darah pada daerah yang tertekan, dan dapat menurunkan tekanan pada tonjolan tulang (Maryam, 2021)

20. Menganjurkan pasien untuk reposisi setiap 2 jam saat terjaga.

21. Lepaskan sarung tangan, *jika menggunakan*  
22. Mencuci tangan 6 langkah



- Mencegah transmisi organisme

<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>23. Merapikan pasien</p> <p>24. Berpamitan dengan pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Memberi rasa aman dan nyaman kepada pasien</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Merupakan komunikasi terapeutik</li> </ul>
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
<p>25. Evaluasi hasil perubahan posisi klien</p> <p>26. Evaluasi respon : memberi kesempatan pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas atau belum dimengerti pasien</p> <p>27. Evaluasi tindakan : menanyakan apakah pasien sudah mengerti dan mampu melakukan secara mandiri</p> <p>28. Dokumentasi : mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Memastikan body alignment pada pasien sudah tepat atau belum</li> <li>● Memastikan pasien sudah memahami cara dan manfaat tentang perubahan posisi</li> <li>● sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan</li> </ul>
<b>Sikap</b>	

29. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	● Mencegah transmisi organisme
30. Melakukan tindakan dengan sistematis	● Mencegah kesalahan saat melakukan tindakan
31. Komunikatif dengan pasien	● Menerapkan komunikasi efektif
32. Percaya diri	● Memberikan keyakinan kuat pada diri untuk melakukan tindakan

### DAFTAR PUSTAKA

Kozier, et al. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7. Jakarta : EGC

Siti Maryam, S.M. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan : Integritas kulit (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*, Jakarta: Persatuan perawat Nasional Indonesia, cetakan ke-3.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, Jakarta: Persatuan perawat Nasional Indonesia, cetakan ke-2.

Yanti Anggraini, dkk. (2019). Petunjuk Praktikum Keperawatan Dasar. UK

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**  
**LATIHAN RANGE OF MOTION**  
**(ROM)/RENTANG GERAK SENDI**



**Nuansa**  
**Fajar**  
**Cemerlang**

## LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)/RENTANG GERAK SENDI

### 1. Definisi

*Range of Motion* (ROM) adalah latihan menggerakkan bagian tubuh untuk memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi. Latihan *range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005).

### 2. Tujuan

- a. Mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien.
- b. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.
- c. Mencegah risiko atrofi otot pada klien yang mengalami imobilisasi
- d. Mencegah terjadinya kontraktur pada sendi

### 3. Indikasi

- a. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik
- b. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
- c. Klien dengan tirah baring yang lama,
- d. Klien dengan penurunan tingkat kesadaran,
- e. Kelemahan otot, dan fase rehabilitasi fisik.

### 4. Kontraindikasi

Kontraindikasi latihan intradialitik menurut (Thomas J. Wilkinson et al., 2019) adalah :

- a. Klien dengan fraktur,
- b. Kelainan sendi atau tulang,
- c. Klien dengan nyeri berat
- d. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).
- e. Resiko dengan muskuluskeletal : renal bone, tulang kropos, dan rupture tendon
- f. Adanya trombus dan emboli serta peradangan pada pembuluh darah

### 5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Keterbatasan pergerakan atau ketidakmampuan menggerakkan sendi.
  - b. Bengkak, nyeri, kemerahan, krepitus, deformitas pada sendi.
  - c. Saat melakukan ROM pasif, berikan sokongan sendi.
  - d. Lakukan setiap gerakan dengan perlahan dan berhati-hati.
  - e. Setiap gerakan dilakukan sesuai kemampuan
6. Contoh Kasus (Dalam bentuk soal UKOM – Sesuai dengan Topik/Judul)  
Seorang laki-laki, 63 tahun, dirawat di ruang intensif dengan stroke. Hasil pengkajian: kelemahan pada sisi kiri, tonus otot pada ekstremitas atas kiri 2, TD 90/50 mm Hg, frekuensi nafas 22x/menit, frekuensi nadi 87x/menit, suhu 37,2<sup>0</sup>C kadar hemoglobin 10 g/dl. Apakah tindakan yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Observasi TTV
  - B. Berikan posisi nyaman
  - C. Pemberian nutrisi yang adekuat
  - D. Lakukan latihan ROM ekstremitas atas kiri
  - E. Merubah pola dan gaya hidup pasien

Jawaban : D

7. Pembahasan soal kasus

Kunci jawaban : D

ROM dapat meningkatkan fleksibilitas otot dan sendi ekstremitas atas kiri.

Observasi TTV, dalam kasus sudah dilakukan.

Posisi nyaman, hasil pengkajian kelemahan pada sisi kiri, bukan diakibatkan posisi istirahat yang salah atau tidak nyaman.

Pemberian nutrisi yang adekuat : kelemahan pada pasien bukan diakibatkan karena nutrisi yang kurang, namun gerak sendi dan kekuatan otot yang menurun.

Pola hidup sehat pada pasien dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, dan rom ini bagian dari pola hidup sehat.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keluhan pasien</li> </ol>	<p>Mengidentifikasi, menilai kemampuan otot sendi ekstremitas</p> 
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baki instrumen berisi handscoon</li> <li>• Handuk kecil</li> <li>• Lotion/ baby oil</li> </ul> </li> </ol>	
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>4. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>5. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)</li> </ol>	

<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>6. Jaga privasi klien(tutup tirai)</p>	
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>7. Cuci tangan</p> <p>8. Pakai handscoen</p> <p>9. Anjurkan klien berbaring dalam posisi yang nyaman</p> <p>10. Lakukan latihan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan gerakan perlahan dan lembut</li> <li>• Mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi</li> <li>• Menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan</li> </ul>	
<p>Lakukan latihan sebagaimana dengan cara berikut :</p> <p>11. Latihan pada leher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fleksi-ekstensi: tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lau Kembali ke posisi tegak</li> <li>• Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiri</li> <li>• Rotasi lateral: palingkan wajah ke kiri dan kanan</li> </ul>	<p>Gerakan menekuk persendian leher dapat menghilangkan kekakuan sendi dan otot leher. Pembuluh darah pada otot yang bergerak akan melebar dan akan terjadi peningkatan sirkulasi ke otot-otot yang bergerak. Memberikan fleksibilitas pada otot sternocleidomastoid</p> 

Memberikan fleksibilitas pada otot trapezius



Memberikan fleksibilitas pada otot sternokleidomastoid



Memberikan fleksibilitas pada otot sternokleidomastoid trapezius



<p>12. Latihan sendi bahu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Satu tangan perawat menopang dan memegang siku, tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan.</li> <li>• Luruskan siku pasien, gerakan lengan pasien menjauhi dari tubuhnya ke arah perawat (Abduksi).</li> </ul>	<p>Melakukan fleksi pada lengan Mengaktifkan kemampuan system saraf mengaktifasi otot untuk melakukan kontraksi, semakin banyak serabut otot yang teraktivasi semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan oleh otot tersebut. Memberikan fleksibilitas pada otot deltoid, supraspinatus</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemudian Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi).</li> <li>• Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur,</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot pektoralis mayor,</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• telapak tangan menghadap ke bawah (rotasi internal).</li> <li>• Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus.</li> <li>• Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur,</li> <li>• telapak tangan menghadap ke atas (rotasi eksternal).</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot pektoralis mayor, latisimus dorsi, teres mayor dan subskapularis</p>

- Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus.
- Hindari penguluran yang berlebihan pada bahu.



Memberikan fleksibilitas pada otot ifraspinatus, teres mayor, deltoid



Memberikan fleksibilitas pada ototlatismusdors, teres mayor, trisep brachi



### 13. Latihan sendi siku

- Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya menahan lengan bagian atas

posisi lengan lurus menjadi lengan di tekuk, otot biceps brachii berkontraksi dalam pola kerja isotonik.

Memberikan fleksibilitas pada otot bisep brachil, brachialis, brakhioradialis

	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi tangan pasien supinasi, kemudian lakukan gerakan menekuk (fleksi) dan meluruskan (ekstensi) siku.</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Pastikan gerakan yang diberikan berada pada midline yang benar</li> <li>• Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas.</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot bicip brachil, brachialis, brakhioradialis</p> 
<p>14. Latihan lengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat memegang area siku pasien dengan satu tangan, tangan yang lain menggenggam tangan pasien ke arah luar (telentang/supinasi) dan ke arah dalam (telungkup/pronasi).</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> </ul>	<p>mula berkontraksi secara isotonik yang menghasilkan fleksi pada jari – jari tangan. Selanjutnya otot ini berkontraksi isometrik yang menghasilkan dipertahankannya fleksi jari – jari untuk menggenggam</p> <p>Memberikan fleksibilitas pada otot pronator teres, pronator quadratus</p> <p>Memberikan fleksibilitas pada otot supinator bicip brachi</p> 

	
<p>15. Latihan sendi pergelangan tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat memegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, serta tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> </ul>	<p>Latihan sendi pergelangan tangan membantu pemulihan kekuatan otot motorik pasien stroke. Fleksor karpi ulnaris, fleksor karpi radialis</p>   
<p>16. Latihan sendi jari-jari tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan mengepal/menekuk jari-jari tangan dan kemudian meluruskan jari-jari tangan pasien.</li> <li>• Perawat memegang telapak tangan dan keempat jari pasien dengan satu tangan,</li> </ul>	<p>Otot dan persendian yang digerakkan secara teratur dapat membantu dalam meningkatkan kemampuan pembuluh darah menjadi lebih lentur atau elastis, Memberikan fleksibilitas pada otot lumbrikalis, interosius volaris, interosius dorsalis</p>

tangan lainnya memutar ibu jari tangan.

- Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari pasien kemudian merapatkan kembali.
- Instruksikan agar pasien tetap rileks



Memberikan fleksibilitas pada otot intersius dorsalis



Memberikan fleksibilitas pada otot abduktor pollicis brevis



Memberikan fleksibilitas pada otot propirus, ekstensor digitarum kkommunis, ekstensor indicis propirus



	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot intersius dorsalis</p>  <p>Memberikan fleksibilitas pada otot interisus volaris</p> 
<p>17. Latihan sendi pangkal paha</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.</li> <li>• Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur,</li> <li>• gerakkan kaki menjauhi badan pasien</li> <li>• Gerakkan kaki mendekati badan pasien</li> <li>• Kembali ke posisi semula</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot psoas mayor, iliakus illi obsoas, sortorius</p>  <p>Memberikan fleksibilitas pada otot adduktor longus, adduktor brevis, adduktor magnus</p>

	 <p>Memberikan fleksibilitas pada otot gluteus medius, gluteus minimus</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemudian letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.</li> <li>• Putar kaki menjauhi perawat.</li> <li>• Putar kaki ke arah perawat</li> <li>• Kembali ke posisi semula</li> <li>• Hindari pengangkatan yang berlebihan pada kaki.</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali atau sesuai toleransi.</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot gluteus maksimus, semitendinosus, semimembranosus</p>  <p>Dengan memutar kaki keluar Memberikan fleksibilitas pada otot obturatorus internus,</p>  <p>Dengan memutar kedalam</p>

**Latihan Range of Motion (R**



	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot gluteus medius, gluteus minimus, tensor fasciae latae</p> 
<p>18. Latihan sendi lutut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain</li> <li>• Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.</li> <li>• Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin</li> <li>• Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Pastikan gerakan yang diberikan berada pada midline yang benar</li> <li>• Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas.</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot rektus femoralis, vastus lateralis, vastus intermedius</p> <p>Memberikan fleksibilitas pada otot bicep femoralis semi tendonosus</p>  <p>Memberikan fleksibilitas pada otot bicep femoralis semi tendonosus</p>  
<p>19. Latihan sendi pergelangan kaki</p>	<p>Memberikan fleksibilitas pada</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat memegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.</li> <li>• Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya (inversi)</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul>	<p>otot tibialis posterior, anterior</p>  <p>Memberikan fleksibilitas pada otot peronius longus, peroneus brevis</p>  <p>Memberikan fleksibilitas pada otot tibialis anterior</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien (plantar fleksi)</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> </ul>	<p>Memberikan fleksibilitas pada otot gartroknimus, soleus</p> 

<p>20. Latihan sendi jari-jari kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat memegang pergelangan kaki pasien dengan satu tangan,</li> <li>• membantu pasien membuat gerakan menekuk jari-jari kaki dan kemudian meluruskan jari-jari kaki pasien.</li> <li>• Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari kaki pasien kemudian merapatkan kembali.</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak</li> </ul>	<p>memegang pergelangan kaki dengan stau tangan memberikan</p>  <p>Gerakan menekuk jari-jari kaki memberikan fleksibilitas pada otot abduktor halusis, interoseus dorsalis</p>  <p>Meluruskan kembali jari-jari memberikan fleksibilitas pada otot abduktor hallusis interoseus dorsalis</p> 
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p>	
<p>21. Kaji pengaruh/efek latihan pada klien</p> <p>22. Atur posisi nyaman</p>	
<p><b>Sikap</b></p>	
<p>23. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p>	

24. Melakukan tindakan dengan sistematis	
25. Komunikatif dengan pasien	
26. Percaya diri	

### **DAFTAR PUSTAKA**

Hidayat, A. (2006). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Potter & Perry. (2006). Fundamental of Nursing 3Th ed. The Art and Science of Nursing Care. Philadelphia-New York : Lippincolt.

Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. 2021. Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta Selatan: DPP PPNI



**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN  
MEMASANG SARUNG TANGAN DAN  
GAUN STERIL MELALUI MODE  
TERTUTUP**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **Memasang Sarung Tangan dan Gaun Steril Melalui Mode Tertutup**

### 1. Definisi

Sarung tangan steril dan gaun steril merupakan komponen penting dalam perlengkapan pelindung setiap petugas kesehatan.

### 2. Tujuan

- a. Untuk melindungi bagian tubuh yang dioperasi serta alat steril dari kontaminasi petugas dan sebaliknya
- b. Melindungi petugas dari kontak darah dan cairan tubuh lainnya. sarung tangan supaya tetap tidak menyentuh permukaan.

### 3. Indikasi

Melindungi daerah operasi, melindungi petugas dari kontak darah dan cairan pasien, mencegah kontaminasi.

### 4. Kontraindikasi

-

### 5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Sarung tangan: jangan menggunakan hand sanitizer sebelum menggunakan sarung tangan karena akan merusak sarung tangan
- b. Gaun steril: pada prinsipnya gaun harus dapat melindungi dari penetrasi cairan. Selalu dikemas dalam kondisi steril hanya digunakan pada saat melakukan tindakan pembedahan dalam ruang operasi dan dikenakan dengan cara tertentu guna menjaga sterilitas.

### 6. Contoh Kasus

Tn. A laki-laki, umur 56 tahun, masuk ruang operasi akan dilakukan operasi laparatomi indikasi apendisitis kronis. Klien terpasang infus 20 tetes/menit, puasa, skirn, kebersihan kulit, kuku, pelepasan asesoris, gigi palsu, klien memakai mitela, baju operasi, jadwal operasi 30 menit lagi. Perawat akan memakai APD diantaranya sarung tangan dan gaun steril

melalui mode tertutup. Pada tindakan memakai gaun setelah semua bagian badan dan lengan dipakai maka langkah selanjutnya adalah

- a. Memakai sarung tangan
- b. Membuka sarung tangan
- c. Membuka bungkus sarung tangan
- d. Mengikat gaun dengan kedua tangan
- e. Meminta petugas lain yang tidak steril untuk membantu mengikat gaun

7. Pembahasan soal kasus

**Jawaban : E.** Meminta petugas lain yang tidak steril untuk membantu mengikat gaun

**Kata Kunci:** operasi laparatomi, sarung tangan dan gaun langkah selanjutnya

**Strategi Menjawab Soal:** Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah “apakah SOP setelah memakai semua gaun?” Setelah memakai gaun dan sebelum memakai sarung tangan adalah menta tolong petugas lain mengikat gaun

**Tips Menjawab:** Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP memakai gaun dan memasang handscoen

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji kelengkapan APD 2. Kaji kesiapan tim 3. Review catatan medis dokter	
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> 4. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i> ) a. Tutup kepala steril* b. Masker bedah* c. Jas steril yang ditempatkan di meja yang sudah ditutup dengankain alas steril. d. Sarung tangan steril* e. Bengkok*	

<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Sepatu tertutup*</li> <li>g. Sabun cuci tangan</li> <li>h. Air mengalir</li> </ul>	
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>-</p>	
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memakai gaun steril dilakukan setelah melakukan prosedur cuci tangan bedah.</li> <li>b. Prosedur dilakukan dengan prinsip steril.</li> <li>c. Gaun steril khusus untuk operasi (lengan panjang, kaos elastic pada ujung lengan</li> <li>d. Model <i>overlapping</i> yaitu sisi kanan bagian belakang menutup semua bagian belakang.</li> <li>e. Kuku dijaga agar selalu pendek</li> <li>f. Lepaskan cincin, jam tangan dan perhiasan lain, cuci tangan sesuai prosedur standar</li> </ul>	
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Cuci tangan dengan sabun</li>   <li>6. Keringkan tangan dan lengan satu persatu bergantian dimulai dari tangan kemudian lengan bawah memakai handuk steril</li> <li>7. Jaga agar tangan tidak menyentuh jubah steril taruh handuk bekas pada satu wadah</li> </ul>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;">  <p style="text-align: center;">Menyucihamakan mikroorganisme dan kotoran di tangan</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">   </div> </div>

8. Ambil jubah dengan memegang bagian dalam yaitu pada bagian pundak. Biarkan jubah terbuka, masukkan tangan-tangan kedalam lubang. Posisi lengan diletakkan setinggi dada, menjauh dari tubuh.

Kulit basah menyulitkan penetrasi tangan



9. Gerakan lengan dan tangan kedalam lubang jubah

Efisiensi bekerja tanpa onsteril



10. Bagian belakang gaun ditutup/diikat dengan bantuan petugas lain yang tidak steril

Memudahkan memasukkan lengan



### Memakai Handscoen

11. Siapkan area yang cukup luas, bersih, kering untuk membuka paket sarung tangan, perhatikan tempat menaruhnya

Asistansi pada bagian belakang mencegah onsteril

12. Buka pembungkus sarung tangan, minta bantuan petugas lain membuka pembungkus sarung tangan, letakkan sarung tangan dengan bagian telapak tangan menghadap ke atas

13. Ambil salah satu sarung tangan dengan memegang pada sisi sebelah dalam lipatnya, yaitu bagian yang akan



bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai

Menghindari bersentuhan dengan obyek sekitar



14. Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka, masukkan tangan (jaga sarung tangan supaya tetap tidak menyentuh permukaan)

Supaya sarung tangan tetap tidak menyentuh permukaan



15. Ambil sarung tangan yang kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatan, yaitu bagian yang tidak akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai

Menjaga sarung tangan supaya tetap tidak menyentuh permukaan



16. Pasang sarung tangan yang kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan kemudian luruskan lipatan dan atur posisi sarung tangan sehingga pas dan enak di tangan

Mempertahankan keseterilan sarung tangan sebelah



### Fase Terminasi

<p>17. Gaun dan handscoend terpakai, terjaga kesterilannya</p>	<p>Sarung tangan terasa pas dan nyaman di tangan</p>  <p>Perawat siap bekerja</p>
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p>	
<p>1. Evaluasi gaun dan handscoen terjaga kesterilannya</p>	
<p><b>Sikap</b></p>	
<p>2. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan  3. Melakukan tindakan dengan sistematis  4. Komunikatif dengan tim  5. Percaya diri</p>	

**DAFTAR PUSTAKA**

Kementrian Kesehatan RI. 2021. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian coronavirus Disease . Jakarta. Kemenkes RI.

PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional. Jakarta .DPP PPNI

PPNI. 2021. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta .DPP PPNI

PPNI. 2021. Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta .DPP PPNI

PPNI. 2021. Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Keperawatan. Jakarta .DPP PPNI



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENYIAPKAN OBAT PER-ORAL**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## Menyiapkan Obat Per-oral

### 1. Definisi

Menyiapkan obat per-oral adalah tindakan menyiapkan sediaan obat yang diminum, ditelan dengan cairan, dan atau diserap melalui saluran pencernaan baik dalam bentuk padat (misalnya tablet, kapsul, kaplet, butiran, bubuk/puyer dan tablet salut enterik), dan bentuk cair (misalnya cairan, sirup, ramuan, minuman beralkohol, minyak dan suspensi) (Potter & Perry, 2015; Taylor, et al., 2011).

Sebagian besar obat diberikan melalui rute oral. Pengobatan oral adalah rute yang paling disukai oleh pasien dan merupakan salah satu rute pemberian obat yang paling umum digunakan oleh penyedia layanan, dan karena pemberian obat secara oral merupakan metode yang paling aman, nyaman, dan paling murah. Obat-obatan yang diberikan secara oral tersedia dalam berbagai bentuk: tablet, tablet salut enterik, kapsul, sirup, ramuan, minyak, cairan, suspensi, bubuk, dan butiran. Sebelum diberikan kepada pasien, beberapa obat oral memerlukan persiapan khusus, seperti mencampurkan obat dengan jus/sirup agar rasanya lebih enak; terutama obat oral yang sediaannya berupa minyak, bubuk, dan butiran paling sering memerlukan persiapan seperti itu (Taylor, et al., 2011; Craven, & Hirnle, 2012).

Kadang-kadang obat oral diresepkan dengan dosis yang lebih tinggi daripada obat parenteral karena setelah diserap melalui sistem gastro intestinal (saluran cerna), obat tersebut segera dipecah oleh hati sebelum mencapai sirkulasi sistemik. Sebagian besar obat-obatan oral memiliki permulaan kerja yang lebih lambat dan untuk obat cair dan obat-obatan oral yang tertelan, mungkin juga memiliki efek yang lebih lama. Tablet salut enterik dilapisi dengan bahan yang mencegah larut dan penyerapan sampai tablet mencapai usus halus. Rute pengobatan oral tambahan meliputi pemberian sublingual, di mana sediaan diletakkan di bawah lidah untuk larut, dan pemberian bukal, yang melibatkan penempatan obat di area pipi antara gusi dan selaput lendir untuk larut (Potter & Perry, 2015).

Saat menyiapkan dan memberikan obat tablet dan obat cair oral, perawat harus mempertimbangkan apakah obat tersebut sesuai dengan kondisi medis pasien, alergi obat, dan status klinis saat ini serta kapan dosis obat sebelumnya telah diberikan. Pasien dengan perubahan fungsi gastrointestinal (misalnya muntah dan mual) tidak boleh diberikan obat oral, karena mereka tidak akan mampu mempertahankan obat tersebut. Pemberian obat juga mengharuskan perawat memiliki pengetahuan tentang tujuan pengobatan, efek samping, dan preferensi pasien (Taylor, et al., 2011).

Semua perintah pemberian obat-obatan harus memuat informasi berikut:

- a. Nama pasien
- b. Usia atau tanggal lahir
- c. Tanggal dan waktu pemesanan
- d. Nama obat
- e. Dosis, frekuensi, dan rute
- f. Nama/tanda tangan pemberi resep
- g. Berat pasien untuk memudahkan perhitungan dosis bila berlaku (Perhatikan bahwa penghitungan dosis didasarkan pada metrik berat: kilogram untuk anak-anak/dewasa atau gram untuk bayi baru lahir).
- h. Persyaratan perhitungan dosis, bila berlaku
- i. Kekuatan atau konsentrasi yang tepat, bila memungkinkan
- j. Kuantitas dan/atau durasi resep, bila berlaku
- k. Petunjuk penggunaan khusus, bila berlaku
- l. Saat meninjau pesanan pengobatan, perawat harus memastikan komponen-komponen ini disertakan dalam resep sebelum memberikan obat. Jika informasi terkait tidak disertakan, perawat harus menghubungi penyedia resep untuk mengklarifikasi dan memperbaiki perintah tersebut.

## **2. Tujuan**

Tujuan menyiapkan sediaan obat per-oral adalah:

- a. Agar obat per-oral yang akan diberikan benar nama obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar nama pasien dan benar dokumentasi.
- b. Tersedianya obat-obatan per-oral yang sesuai dengan order dokter, kondisi medis pasien, alergi obat, dan status klinis pasien saat ini serta kapan dosis obat sebelumnya telah diberikan.

- c. Tersedianya bentuk sediaan obat oral (padat atau cair) yang sesuai dengan kemampuan pasien menelan.

### **3. Indikasi**

Indikasi menyediakan sediaan obat per-oral adalah untuk pasien yang mendapat resep obat oral dan yang mampu menelan, dan pada kondisi khusus yang dapat diberikan melalui selang nasogastrik (NGT) (Nettina, 2010).

### **4. Kontraindikasi**

Kontraindikasi sediaan obat per-oral adalah:

- a. Pasien yang tidak kooperatif.
- b. Pasien yang tidak sadarkan diri.
- c. Pasien yang tidak mampu menelan karena masalah medis.
- d. Pasien dengan perubahan fungsi gastrointestinal (misalnya muntah dan mual), karena mereka tidak akan mampu mempertahankan obat tersebut.
- e. Dosis oral yang biasanya diresepkan untuk orang dewasa mungkin berbahaya bagi pasien lanjut usia.

### **5. Hal yang perlu diperhatikan**

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyiapkan obat per-oral:

- a. Lakukan kebersihan tangan sebelum menyiapkan obat.
- b. Siapkan obat untuk satu pasien dalam satu waktu.
- c. Verifikasi obat oral sebanyak tiga kali sebelum diberikan kepada pasien (saat mengambil, saat akan membuka kemasan/bungkus obat, dan saat akan diberikan pada pasien).
- d. Antisipasi potensi efek samping dari obat oral yang akan diberikan.
- e. Periksa tanda vital pasien sebelum memberikan obat jantung, tekanan darah dan detak jantung pasien biasanya dinilai untuk memastikan bahwa obat tersebut berada dalam kisaran parameter pemberian.
- f. Lakukan penilaian pernapasan sebelum memberikan obat pernapasan, saturasi O<sub>2</sub>, detak jantung, laju pernapasan, dan suara paru. Respons pasien terhadap pengobatan kemudian dibandingkan dengan data pra-penilaian untuk menentukan efektivitas.
- g. Tinjau hasil lab sebelum memberikan diuretik seperti furosemide, perawat menilai tingkat kalium pasien berdasarkan hasil laboratorium

- terakhir. Jika kadar kalium lebih rendah dari kisaran normal, perawat menghentikan pengobatan dan memberitahu pemberi resep.
- h. Lakukan penilaian nyeri sebelum memberikan obat pereda nyeri, perawat melakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh berdasarkan mnemonik PQRST. Respon pasien terhadap pengobatan setelah diterima kemudian dibandingkan dengan data pra-penilaian untuk menentukan efektivitas.
  - i. Berhati-hatilah dalam mengukur dosis obat oral cair yang ditentukan.
  - j. Jangan memberikan obat dari wadah/botol yang berlabel buruk/tidak jelas atau tidak berlabel.
  - k. Jangan mencoba memberi label atau memperkuat label obat sendiri. Ini harus dilakukan oleh apoteker.
  - l. Jangan pernah memberikan obat yang disiapkan oleh orang lain.
  - m. Jangan biarkan baki obat Anda lepas dari pandangan Anda. Tindakan ini mencegah siapapun mengatur ulang obat atau meminumkannya pada pasien tanpa sepengetahuan Anda.
  - n. Jangan pernah mengembalikan obat yang belum dibungkus/ditutup atau yang sudah disiapkan ke dalam tempat persediaan. Sebaliknya, beri tahu apotek atau buanglah. Perlu diingat bahwa pembuangan obat narkotika apa pun harus atas izin perawat lain, sebagaimana diamanatkan oleh undang-undang.
  - o. Jika pasien bertanya kepada Anda tentang obat atau dosisnya, periksa kembali catatan pengobatannya. Jika pengobatannya benar, yakinkan pasien. Pastikan Anda menjelaskan perubahan apa pun pada obat atau dosisnya. Jika perlu, ajarkan tentang kemungkinan dampak buruknya. Minta pasien untuk melaporkan apa pun yang dianggap sebagai efek buruk.
  - p. Untuk menghindari kerusakan atau noda pada gigi pasien, berikan obat/preparat besi menggunakan sedotan. Cairan yang rasanya tidak enak biasanya dapat menjadi lebih enak jika diminum melalui sedotan karena cairan tersebut lebih sedikit bersentuhan dengan indra perasa.
  - q. Jika pasien tidak dapat menelan tablet atau kapsul, tanyakan kepada apoteker apakah obat tersedia dalam bentuk cair atau dapat diberikan melalui cara lain. Jika tidak, tanyakan pada apoteker apakah Anda boleh menghancurkan tabletnya atau membuka kapsulnya dan mencampurkannya dengan makanan. Ingatlah bahwa banyak obat-obatan dan kapsul gelatin yang dilapisi enterik atau tidak boleh

- dihancurkan. Ingatlah untuk menghubungi dokter untuk perintah mengubah rute pemberian bila diperlukan.
- r. Kapsul dengan *time release/extended release*, tablet salut enterik, tablet *effervescent*, obat yang mengiritasi lambung, obat yang rasanya tidak enak, dan obat sublingual tidak boleh dihancurkan/dijadikan puyer.
  - s. Saat menyiapkan dan memberikan obat tablet dan cairan oral, perawat harus mempertimbangkan apakah obat tersebut sesuai dengan kondisi medis pasien, alergi obat, dan status klinis saat ini serta kapan dosis obat sebelumnya telah diberikan.
  - t. Pemberian obat juga mengharuskan perawat memiliki pengetahuan tentang tujuan pengobatan, efek samping, dan preferensi pasien.
  - u. Dokumentasikan pemberian edukasi/pengajaran pada pasien tentang pemberian obat.
  - v. Tetap bersama pasien sampai setiap obat ditelan. Jangan pernah meninggalkan obat di samping tempat tidur pasien. Jika pasien kebingungan atau diketahui menimbun pil, mintalah pasien membuka mulutnya dan memeriksa bagian bawah lidah.
  - w. Sebagian besar obat sublingual bekerja dalam 15 menit, dan sebagian besar obat oral bekerja dalam 30 menit.
  - x. Catat obat yang diberikan, dosis, tanggal dan waktu, serta efek samping apa pun. Jika terjadi reaksi merugikan, dokumentasikan intervensi Anda dan respons pasien terhadap intervensi tersebut. Jika pasien menolak suatu obat, dokumentasikan penolakan tersebut dan beri tahu perawat yang bertanggung jawab dan dokter pasien, jika diperlukan. Catat juga jika suatu obat dihilangkan atau ditahan karena alasan lain, seperti pemeriksaan radiologi atau laboratorium, atau jika, menurut penilaian Anda, obat tersebut dikontraindikasikan pada waktu yang dipesan. Tanda tangani semua zat/obat-obatan yang harus dikendalikan yang diberikan pada pasien pada catatan zat yang dikendalikan.

## 6. Contoh Kasus

Perawat geriatri memberikan obat setiap malam kepada seorang wanita berusia 65 tahun yang menderita disfagia. Pasien mampu menelan obat yang dihancurkan yang dicampur dengan air sirup. Berikut adalah obat oral yang diresepkan untuk klien. Mana dari obat berikut yang tidak boleh dihancurkan oleh perawat?

- a. Potasium klorida
- b. Parasetamol
- c. Multivitamin
- d. Pantoprazol ER
- e. Sertralin HCl

Jawaban yang benar:

- d. Pantoprazol ER

**7. Pembahasan soal kasus**

Pantoprazole ER tidak boleh dihancurkan (dijadikan puyer). "ER" adalah singkatan dari *extended release* (rilis diperpanjang). Obat dengan pelepasan yang diperpanjang akan larut dalam jangka waktu yang tertunda. Menghancurkan obat menghasilkan tingkat penyerapan yang lebih cepat oleh jaringan tubuh karena terganggunya lapisan yang memungkinkan pelepasannya dalam waktu lama.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) / Pengkajian:</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Review order obat oral dari dokter	Mereview order obat agar obat yang akan diberikan ke pasien tepat secara medik dan memenuhi persyaratan tertentu diantaranya: tepat diagnosa, tepat indikasi penyakit, tepat pemilihan obat, tepat dosis, tepat cara pemberian, tepat pasien, tepat informasi, dan waspada terhadap efek samping.
<b>Planning (P) / Perencanaan:</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <b>2. PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catatan administrasi obat dan bagan pengobatan pasien*</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obat oral yang diresepkan: tablet, tablet <i>extended release</i>, tablet salut enterik, kapsul, sirup, ramuan, minyak, cairan, suspensi, puyer, dan butiran *</li> <li>• Cup/cangkir obat, sendok obat, pipet (untuk obat yang ditetes)*</li> <li>• Opsional: bahan penyampur untuk pil yang dihaluskan, seperti jeli atau air sirup (biasanya digunakan pada pasien lanjut usia), dan jus atau air untuk obat cair; sedotan; lesung/mortar dan alu untuk menghancurkan pil; alat pemotong pil/tablet.</li> </ul>	
<p><b>3. PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan rute, bentuk dan dosis khusus usia: pada bayi gunakan pipet atau dot untuk obat cair oral; pada balita, obat oral cair diberikan dengan sendok atau cangkir; anak usia prasekolah dan sekolah biasanya sudah bisa mengonsumsi kapsul dan tablet; dan remaja mendapatkan dosis, rute, dan bentuk pengobatan dewasa.</li> <li>2. Kaji kemampuan pasien menelan</li> <li>3. Kaji apakah pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>4. Kaji apakah pasien mengalami mual atau muntah</li> <li>5. Kaji apakah pasien terpasang selang nasogastrik (NGT)</li> <li>6. Kaji kebiasaan pasien saat minum obat oral, seperti memerlukan jus, sirup, atau pisang.</li> </ol>	<p>Agar obat oral yang akan diberikan pada pasien sesuai dengan kondisi medis pasien, alergi obat, dan status klinis pasien saat ini.</p> <p>Untuk mengidentifikasi bahwa pasien tidak ada masalah dalam mengonsumsi obat secara oral.</p> <p>Penurunan kesadaran merupakan kontra indikasi pemberian obat oral.</p> <p>Mual dan muntah akan mengeluarkan obat yang dikonsumsi, sehingga tujuan pengobatan gagal.</p> <p>Jika terpasang selang nasogastrik, obat oral dapat diberikan melalui selang dengan cara dihaluskan.</p>

	Kebiasaan pasien minum obat adalah cara terbaik memasukkan obat oral.
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>7. Lakukan tindakan menyiapkan obat di tempat yang tenang, hindari percakapan dengan orang lain.</p>	<p>7. Hindari gangguan dan interupsi saat menyiapkan dan memberikan obat untuk mencegah kesalahan pemberian obat.</p>
<b>Implementation (I) / Implementasi:</b>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>8. Kumpulkan perlengkapan: Catatan Administrasi Obat/ elektronik (menyesuaikan sistem pencatatan yang diterapkan oleh rumah sakit).</p> <p>9. Mengetahui tindakan, pertimbangan khusus keperawatan, rentang dosis yang aman, tujuan pemberian, dan potensi efek samping obat yang akan diberikan. Pertimbangkan kesesuaian obat untuk pasien saat ini.</p> <p>10. Baca Catatan Administrasi Obat/elektronik dan pilih obat yang tepat dari sistem persediaan obat atau laci obat pasien. Lakukan pemeriksaan pertama dari tiga pemeriksaan dari enam benar pemberian obat ditambah dua (alergi dan tanggal kadaluwarsa). Lakukan perhitungan yang diperlukan untuk memverifikasi dosis yang benar.</p> <p>a. Pasien yang tepat: Periksa apakah Anda memiliki pasien yang benar menggunakan</p>	<div data-bbox="986 734 1359 1079" data-label="Image"> </div> <p>Agar obat yang diberikan sesuai dengan prinsip 6 benar pemberian obat.</p> <p>Agar perawat dapat memberikan obat secara aman.</p> <p>Untuk menghindari kesalahan pemberian obat.</p> <div data-bbox="1013 1585 1315 1980" data-label="Image"> </div>

<p>dua pengidentifikasi pasien (misalnya nama dan tanggal lahir).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Obat yang tepat: Pastikan Anda memiliki obat yang benar dan sesuai untuk pasien dalam konteks saat ini.</li> <li>c. Dosis yang tepat: Periksa apakah dosis tersebut aman untuk usia, ukuran, dan kondisi pasien. Dosis yang berbeda mungkin diindikasikan untuk kondisi yang berbeda.</li> <li>d. Rute yang benar: Periksa apakah rute tersebut sesuai dengan kondisi pasien saat ini.</li> <li>e. Waktu yang tepat: Patuhi dosis dan jadwal yang ditentukan.</li> <li>f. Dokumentasi yang benar: Selalu verifikasi dokumentasi yang tidak jelas atau tidak akurat sebelum memberikan obat.</li> </ol> <p>11. Label obat harus diperiksa nama, dosis, dan rutenya, dan dibandingkan dengan Catatan Administrasi Obat setidaknya tiga kali berbeda:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Saat obat dikeluarkan dari laci.</li> <li>b. Saat obat sedang disiapkan.</li> <li>c. Di samping tempat tidur, sebelum pemberian obat kepada pasien.</li> </ol> <p>12. Siapkan obat-obatan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Paket dosis satuan: Jangan membuka bungkusnya sampai Anda berada di samping tempat tidur pasien. Pisahkan opioid dan obat-obatan yang memerlukan pengkajian keperawatan khusus dari paket obat lainnya.</li> <li>b. Wadah multidosis: Saat mengeluarkan tablet atau kapsul dari botol multidosis, tuangkan jumlah yang diperlukan ke dalam</li> </ol>	<div data-bbox="1050 1032 1337 1413" data-label="Image"> </div> <p>Hal ini menghindari kesalahan pemberian obat.</p> <p>Hal ini dilakukan untuk mempertahankan agar nama obat tetap dikenali sampai bungkus obat dibuka.</p> <p>Mengeluarkan obat dari botol multidosis dan memasukkan ke dalam cangkir obat bertujuan untuk mencegah kontaminasi obat-obat lain yang berada di</p>
---	---

tutup botol dan kemudian masukkan tablet atau kapsul ke dalam cangkir obat. Potong tablet yang diberi skor, jika perlu, untuk mendapatkan dosis yang tepat. Jika perlu menyentuh tablet, kenakan sarung tangan.

- c. Obat cair dalam botol multidosis: Saat menuangkan obat cair dari botol multidosis, pegang botol sehingga label menempel pada telapak tangan sehingga obat mengalir dari sisi yang berlawanan dengan label sehingga obat tidak mengalir dan menodai atau mengaburkan label. Hapus tetesan dari bibir botol terlebih dahulu dan kemudian dari samping, menggunakan handuk kertas bersih dan lembab. Gunakan alat pengukur yang sesuai saat menuangkan cairan dan baca jumlah obat di bagian bawah meniskus setinggi mata. Untuk cairan yang diukur dalam tetes, gunakan hanya penetes yang disertakan dengan obat.
- d. Obat oral tablet dapat diberikan dalam bentuk puyer jika pasien tidak dapat menelan obat tablet. Untuk menghancurkan tablet menjadi puyer diperlukan mortar dan alu.

13. Tergantung pada kebijakan lembaga, pemeriksaan label yang ketiga mungkin dilakukan pada saat menuangkan obat cair atau saat menghancurkan tablet. Jika ya, setelah semua obat untuk satu pasien disiapkan, periksa kembali label obat terhadap Catatan Administrasi Obat/elektronik sebelum memberikan obat kepada pasien. Namun, banyak lembaga mengharuskan pemeriksaan ketiga dilakukan di samping tempat tidur setelah memperoleh dua identitas pasien dan memindai kode batang pasien.

14. Kembalikan wadah multidosis di laci pasien

dalam botol.

Agar label obat tidak terkotori.



atau sistem persediaan obat. Kunci sistem pasokan obat sebelum meninggalkannya.

15. Saat membawa obat ke tempat tidur pasien, lakukan dengan hati-hati dan jaga agar obat selalu terlihat.

16. Lakukan langkah keselamatan jika obat oral akan diberikan kepada pasien:

- a. Lakukan kebersihan tangan.
- b. Periksa ruangan untuk tindakan pencegahan berbasis penularan.
- c. Perkenalkan diri Anda, peran Anda, tujuan kunjungan Anda, dan perkiraan waktu yang diperlukan.
- d. Konfirmasikan ID pasien menggunakan dua identitas pasien (misalnya nama dan tanggal lahir).
- e. Jelaskan langkah prosedur kepada pasien dan tanyakan apakah mereka mempunyai pertanyaan.
- f. Terorganisir dan sistematis.
- g. Gunakan keterampilan mendengarkan dan bertanya yang tepat.
- h. Dengarkan dan perhatikan isyarat pasien.
- i. Pastikan privasi dan martabat pasien.
- j. Menilai ABC.

#### **Fase Terminasi**

1. Rapikan alat
2. Cuci tangan

Hal ini memudahkan pasien mengkonsumsi obat oral.



Untuk menghindari salah obat dengan cara mengikuti kebijakan rumah sakit.

Untuk menghindari penyalahgunaan obat.

Memastikan bahwa obat yang akan diberikan ke pasien adalah obat yang sesuai.

Hal ini dilakukan untuk mencapai keselamatan pasien selama prosedur pemberian obat oral.



<p><b>Evaluation (E) / Evaluasi:</b></p>	
<p>3. Evaluasi tersedianya obat oral sesuai order dokter</p> <p>4. Evaluasi kondisi klinis pasien saat ini sebelum obat diberikan</p> <p>5. Evaluasi tersedianya Catatan Administrasi Pengobatan/ elektronik</p> <p>6. Dokumentasi tindakan menyiapkan obat oral dan hasil tindakan</p>	<p>Tindakan evaluasi dilakukan sebagai langkah untuk mencapai 6 benar obat dan terwujudnya keselamatan pasien.</p> <p>Dokumentasi sebagai bukti legal bahwa perawat telah melakukan pemberian obat oral sesuai ketentuan.</p>
<p><b>Sikap</b></p>	
<p>7. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>8. Melakukan tindakan dengan cermat dan sistematis</p> <p>9. Percaya diri</p>	<p>Cuci tangan merupakan tindakan kebersihan tangan untuk mengurangi mikroorganisme yang menempel di tangan perawat.</p>  <p>Hal ini mendukung pemberian obat secara aman dan tercapainya keselamatan pasien.</p> <p>Jika perawat memiliki sikap percaya diri maka akan dapat mengembangkan potensinya dengan mantap yang mendukung pekerjaannya.</p>

## DAFTAR PUSTAKA

- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2012). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nettina, S.M. (2010). *Lippincott manual of nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall A. (2015). *Essentials for Nursing Practice*, Eighth Edition. Elsevier. St. Louis, MO.
- Taylor, C., et al. (2011). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Westbrook, J., et al. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of Internal Medicine*, 170(8), 683–690.
- Williams, L. & Wilkins, L. (2013). *Lippincott's Nursing Procedures* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge. Clean care is safer care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MENYIAPKAN OBAT DARI VIAL**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## Menyiapkan Obat Dari Vial

### 1. Definisi

Menyiapkan obat dari vial merujuk pada proses pengambilan dosis obat yang diperlukan dari sebuah vial (botol kecil) yang berisi obat kemasan cair/serbuk.

### 2. Tujuan

- a. Memastikan bahwa dosis obat yang diambil sesuai dengan yang diresepkan oleh dokter.
- b. Menjamin keamanan pasien dengan mengikuti prosedur steril dan menghindari kontaminasi.
- c. Mempermudah administrasi obat melalui injeksi dengan mempersiapkannya dalam spuit.

### 3. Indikasi

- a. Umumnya diindikasikan ketika dokter meresepkan obat dalam bentuk injeksi.
- b. Ketika obat tidak tersedia dalam bentuk yang siap pakai
- c. Beberapa obat hanya tersedia dalam kemasan vial, sehingga perlu disiapkan sebelum pemberian

### 4. Kontraindikasi

- a. Tidak ada obat yang diresepkan dokter dalam bentuk injeksi, prosedur ini tidak diperlukan.
- b. Kontraindikasi spesifik terhadap jenis obat atau cara pemberian tertentu.
- c. Tenaga kesehatan yang tidak terlatih untuk memastikan keamanan dan efektivitasnya.

### 5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Kebersihan Pribadi: Mencuci tangan dan Gunakan sarung tangan steril atau alat pelindung diri
- b. Kebersihan Alat
- c. Pemilihan Alat yang Tepat
- d. Pemilihan Vial yang Tepat
- e. Pemilihan Lokasi yang Tepat
- f. Pemantauan Gelembung Udara
- g. Kesesuaian Dosis
- h. Penanganan Jarum dengan Aman

- i. Pemantauan Reaksi Pasien
- j. Pelaporan Kesalahan atau Insiden
- k. Kepatuhan Terhadap Pedoman dan Prosedur
- l. Pembersihan dan Pembuangan Limbah

## 6. Contoh Kasus

Seorang pasien dengan diagnosis infeksi bakteri perlu menerima dosis antibiotik, Cefatoxin, 1 gram, setiap 12 jam. Sebagai perawat yang bertanggung jawab, Anda diminta untuk menyiapkan dan memberikan injeksi intramuskular .

Apa tindakan yang dilakukan perawat sebelum melakukan injeksi intramuskular?

- a. Identifikasi pasien
- b. Membersihkan area yang akan di suntik
- c. Mengatur posisi pasien dengan supinasi
- d. Pemilihan Jarum Dan Lokasi Yang Sesuai,
- e. Mengoplos dan Menyiapkan Obat

Jawaban: E

## 7. Pembahasan soal kasus

Prosedur penyuntikan obat harus melakukan pengoplosan obat, mengingat obat cefatoksin injeksi tersedia dalam kemasan berbentuk serbuk untuk injeksi sehingga perlu dilarutkan terlebih dahulu untuk diberikan secara intravena atau [intramuskular](#)

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kebutuhan pengobatan</li> <li>2. Review catatan medis dokter</li> <li>3. Kaji ketersediaan obat untuk dilakukan tindakan melalui penyuntikan</li> </ol>	Memberikan suntikan sesuai petunjuk dokter
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vial obat yang diperlukan</li> </ul> </li> </ol>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sduit dengan jarum suntik yang sesuai</li> <li>• Kaps atau alkohol swab</li> <li>• Tempat pembuangan limbah medis</li> <li>• Label untuk menandai sduit</li> </ul>	
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca Label vial</li> <li>2. Cuci Tangan</li> <li>3. Pakai hanscun</li> <li>• <b>Menyiapkan obat (obat bentuk serbuk/ cair)</b></li> <li>4. - Periksa Vial (Nama obat, kondisi vial, tanggal kadaluarsa, komposisi obat, Dosis, cara penyuntikan) -Buka Tutup Vial yg bebentuk logam -Bersihkan tutup vial dengan kaps atau alkohol swab.</li> <li>5. Pasang jarum suntik pada bagian atas sduit dengan hati-hati.</li> <li>6. Buka Aquades dan ambil 5 cc ke sduit</li> <li>7. Masukkan aqua ke dalam vial dengan</li> </ol>	<p>Memastikan kemasan tidak kadaluarsa dan tidak rusak. Tindakan kebersihan tangan dan Mencegah tranmisisi infeksi</p>  <p>Isoprophyl Alcohol, dibiarkan kering dan mempertahankan sterilitas.</p>  <p>Pelarut yang digunakan dan disesuaikan dengan ketentuan.</p> 

menusuk bagian karet dari tutup vial, lalu tunggu udara yg dari vial masuk ke spuit  
Keluarkan spuit secara perlahan.

8. Letakkan Spuit yang berisi udara ( udara jangan dibuang).
9. Kocok botol obat agar serbuk larut dan merata, dapat diputar2 di telapak tangan

10. Pastikan obat sudah larut semua.

• **Cara mengambil obat dari vial**

11. -Posisikan vial menghadap kebawah (posisi terbalik)  
-Tusuk jarum yg berisi udara tadi atau Isi udara ke dalam Spuit dengan menarik piston spuit kearah luar.  
-Masukkan Jarum ke dalam Vial
12. Masukkan udara dari spuit kedalam vial.

Cairan dimasukkan untuk melarutkan obat serbuk dan Memberikan tekanan negatif sehingga obat tidak berbuih atau membentuk gelembung.



Cairan pelarut homogen dengan serbuk dalam vial

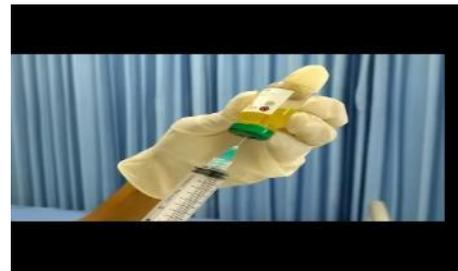


13. Tarik spuit, sehingga ujung jarum berada di dalam cairan obat.
14. Tunggu sampai obat/ cairan akan masuk ke dalam spuit ( akibat tekanan udara yang di masukkan ke dalam Vial tadi) atau Tarik piston spuit dengan perlahan untuk menarik obat ke dalam spuit.
15. Tarik obat sesuai kebutuhan ( Dosis) dan Keluarkan Jarum dari Vial dengan memastikan tidak ada obat yang tumpah
16. Periksa spuit apakah ada gelembung udara di dalamnya dengan posisi jarum tegak lurus kearah atas, Jika ada gelembung udara, tekan piston perlahan untuk mengeluarkannya.
17. Tutup jarum dengan penutup dengan menggunakan satu tangan.
18. Label spuit dengan jelas, termasuk nama obat, dosis, dan tanggal pengambilan.
19. Buang Jarum dengan Aman, sesuai prosedur pengelolaan limbah medis.

**Fase Terminasi**

20. Periksa kembali alat2 yg digunakan
21. Rapikan alat
22. Cuci tangan

Memberikan tekanan positif sehingga obat akan mudah terdorong kedalam spuit.



Memastikan tidak ada udara dalam spuit dan obat diambil sesuai dosis.



	 <p data-bbox="951 546 1378 667">Menghindari kesalahan dalam melaksanakan prosedur tindakan</p>
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
<p data-bbox="225 730 638 763">23. Evaluasi hasil tindakan</p> <p data-bbox="225 772 900 851">24. Evaluasi ulang kebenaran obat dan dosis serta prosedur penyuntikan</p>	<p data-bbox="951 730 1394 896">Evaluasi dilakukan untuk kebenaran tindakan pemberian obat sesuai ketentuan dan menjaga keselamatan pasien.</p>
<b>Sikap</b>	
<p data-bbox="225 947 798 981">25. Meyiapkan alat secara Ergonomis</p> <p data-bbox="225 990 874 1023">26. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p data-bbox="225 1032 488 1066">27. Percaya diri</p>	<p data-bbox="951 947 1286 1025">Memudahkan prosedur tindakan</p>

### DAFTAR PUSTAKA

Adventus, M., Mahendra, D., & Mertajaya, I. M. (2019). Petunjuk Praktik Laboratorium Farmakologi. *Universitas Kristen Indonesia*, 74–77. <http://repository.uki.ac.id/2731/1/BUKUPETUNJUKPRAKTIKLABORATORIU MFARMAKOLOGI.pdf>

Rosyidah, I., & Prasetyaningrat, D. (2019). Ilmu Dasar Keperawatan II ANATOMI. *Modul Praktikum*, 23. [https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/4443/2/Ilmu Dasar Keperawatan II.pdf](https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/4443/2/Ilmu%20Dasar%20Keperawatan%20II.pdf)

dr.Aulia Nizhma Nabila K, M. B. (2018). *Persiapan dan Perhitungan Dosis Obat Injeksi dan Teknik Injeksi Parenteral*.

<https://www.youtube.com/watch?v=GY9KMay7Fug&t=521s>

<https://www.blogperawat.net/2020/04/sop-menyiapkan-obat-dari-ampul-dan-vial.html>

<https://www.healthline.com/health/subcutaneous-injection#howto-steps>

<https://pressbooks.bccampus.ca/clinicalproceduresforsaferpatientcaretrubscn/chapter/safe-injection-administration-and-preparing-medication-from-ampules-and-vials/>

**PROSEDUR TINDAKAN  
KEPERAWATAN  
PEMBERIAN OBAT PERORAL**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## PEMBERIAN OBAT PERORAL

### 1. Definisi

Pemberian obat oral adalah pemberian obat yang dilakukan melalui mulut atau oral.

### 2. Tujuan

Memberikan pengobatan yang mempunyai efek sistematik atau lokal ke dalam saluran pencernaan

### 3. Indikasi

- a. Pada pasien yang tidak membutuhkan absorpsi obat secara cepat
- b. Pada pasien yang tidak mengalami gangguan pencernaan

### 4. Kontraindikasi

- a. Pasien dengan gangguan pada sistem pencernaan seperti kanker oral
- b. Pada pasien dengan gangguan menelan
- c. Pasien dengan kondisi mual muntah
- d. Pasien yang menjalani pengisapan cairan lambung

### 5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Memperhatikan prinsip pemberian obat yaitu, benar obat, benar dosis, benar pasien, benar cara pemberian, dan benar waktu, serta benar pendokumentasian
- b. Jika pasien batuk pada saat pemberian obat, hentikan dengan segera untuk menghindari aspirasi

### 6. Contoh Kasus

Seorang perawat yang baru saja lulus sedang menyiapkan obat saat memasuki ruangan pasien, perawat tersebut menanyakan apakah ia adalah Ny.Anti, Pasien menjawab "Iya", kemudian perawat tersebut menyiapkan untuk memberikan obatnya. Seorang perawat pengawas memasuki ruangan dan menyapa pasien dengan mengatakan "selamat pagi Ny.Tita.

Apa tindakan yang dilakukan oleh perawat baru ?

- a. Menanyakan ke pasien apakah dia Ny.Tita

- b. Memberi tahu perawat pengawas bahwa nama pasien adalah Ny.Anti
- c. Menunda pengobatan sampai identitas pasien dipastikan**
- d. Memberikan obat sesuai dengan rencana dan berbicara dengan pengawas disebelahnya
- e. Tidak memberikan obat tersebut sampai sift berakhir

**7. Pembahasan soal kasus**

Pengobatan tidak boleh diberikan sampai identitas pasien dipastikan. Saat meminta pasien untuk menyebutkan namanya, jangan menyebut nama pasien pada kalimat anda. Merupakan hal yang juga penting untuk memeriksa identifikasi pada pergelangan tangan pasien setelah namanya dipastikan. Mengoreksi perawat pengawas merupakan hal yang tidak tepat dan tidak aman untuk memberikan obat sebelum identitas pasien dipastikan.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL DAN GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa apakah ada kontraindikasi</li> <li>2. Tentukan kesukaan dan toleransi pasien terhadap cairan untuk diminum dengan obat-obatan</li> <li>3. Persiapkan keakuratan dan kelengkapan kartu obat beserta instruksi dokter tertulis.</li> <li>4. Persiapkan perlengkapan dan peralatan yang diperlukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan yang benar akan membantu menentukan rute pemberian obat</li> <li>2. Memudahkan pemberian obat-obatan dan meningkatkan masukan cairan</li> <li>3. Instruksi dokter adalah sumber informasi yang paling legal dan terpercaya dan satu-satunya catatan sah tentang obat yang didapatkan pasien.</li> <li>4. Memudahkan pemberian obat dengan efisien dan akurat</li> </ol>
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i>) Meja baki berisi : a. Kartu obat/data pasien*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghindari potensi risiko kesalahan pemberian obat</li> </ol>

b. Obat-obat yang diperlukan dalam tempatnya\*

No.	Nama Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.	Adrian / 2000																				
2.	Amalia / 2000																				
3.	Andriani H.																				
4.	Arif Nurhan																				

b. Mencegah kesalahan persiapan dan memudahkan pemberian obat



c. cangkir obat bahan plastik/cangkir kertas/tutup botol kecil sekali pakai\*

c. Wadah untuk setiap obat pasien secara terpisah



d. Air minum pada tempatnya\*

d. Untuk diberikan pada pasien setelah minum obat



e. Lap makan atau tissue

e. Membersihkan mulut pasien setelah minum obat

<p>f. Gunting</p> <p>g. Martil dan lumpang penggerus (bila diperlukan)</p>	 <p>f. Membuka kemasan obat</p>  <p>g. Menghancurkan/menggerus obat tablet</p> 
<p><b>PERSIAPAN PASIEN</b></p> <p>6. Memberikan salam, perkenalkan diri sebagai pendekatan terapeutik</p> <p>7. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan dan menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan</p>	<p>6. Memperkenalkan diri dan memberi salam sebagai pendekatan terapeutik</p>  <p>7. Agar pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan dan mengetahui keputusan pasien menolak atau menyetujui tindakan yang akan dilakukan</p>

<p>8. Atur posisi pasien duduk atau tidur miring</p>	 <p>8. Mencegah aspirasi</p> 
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>9. Pasang sampiran atau tirai penutup</p> <p>10. Meletakkan alat sedemikian rupa sehingga mudah bekerja</p>	<p>9. Menjaga privasi pasien</p> <p>10. Memudahkan untuk bekerja</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>11. Cuci tangan</p> <p>12. Atur nampan obat dan cangkir diruang obat</p>	<p>11. Mengurangi perpindahan mikro organisme ke obat dan peralatan</p>  <p>12. Pengaturan peralatan menghemat waktu dan mengurangi kesalahan</p> 

13. Siapkan obat-obatan untuk satu pasien pada satu kesempatan. Simpan tiket dan formulir obat-obatan untuk masing-masing pasien

14. Hitung dosis yang tepat. Periksa ulang hasil perhitungan

15. Untuk tablet atau kapsul, tuangkan jumlah yang dibutuhkan dari dalam botol ke tutup botol dan pindahkan ke cangkir obat. Jangan sentuh obat dengan tangan anda. Tablet atau kapsul yang tersisa dapat dituang kembali ke dalam botol.

16. Letakkan semua tablet yang akan diberikan bersamaan dalam satu cangkir obat kecuali yang pemberiannya membutuhkan pengkajian sebelumnya, seperti tanda vital.

17. Jika pasien mempunyai kesulitan menelan, haluskan tablet dalam mortir dengan penumbuk.

18. Jangan tinggalkan obat tanpa pengawasan

19. Bawa obat ke pasien pada waktu yang tepat

20. Identifikasi pasien dengan

13. Mencegah kesalahan persiapan



14. Perhitungan akan lebih akurat jika label obat ada pada kita.

15. Teknik aseptik mempertahankan kebersihan obat.



16. Menyiapkan secara terpisah obat-obatan yang membutuhkan pengkajian sebelumnya dari obat yang lain akan memudahkan penundaan pemberiannya bila diperlukan.



17. Tablet yang besar sulit untuk ditelan.

18. Anda bertanggungjawab terhadap keamanan obat

19. Obat diberikan dalam 30 menit sebelum atau 30 menit sesudah waktu peresapan untuk menjamin efek terapeutik yang dimaksudkan.

20. Pita identifikasi dibuat saat pasien masuk dan merupakan sumber yang paling diandalkan untuk identifikasi.

membandingkan nama pada kartu, fomulir, atau instruksi tertulis dengan nama pada pita identitas pasien. Minta pasien untuk menyebutkan namanya

21. Jelaskan tujuan obat dan aksinya pada pasien

22. Bantu pasien untuk duduk atau posisi miring

23. Berikan obat dengan tepat dan benar. Tawarkan pasien apakah berkeinginan untuk memegang obat ditangan atau cangkir obat sebelum meminumnya.

24. Tetap bersama pasien sampai



21. Pemahaman pasien tentang tujuan pengobatan akan meningkatkan kepatuhannya pada terapi obat



22. Mencegah aspirasi selama penelanan obat



23. Pilihan terapi meningkatkan rasa nyaman pasien.



24. Jika tidak diperhatikan pasien bisa saja tidak minum dosis yang seharusnya

ia selesai menelan obat yang didapatkannya



25. Bantu pasien kembali ke posisi nyaman

25. Menjaga kenyamanan



26. Catat setiap obat yang telah diberikan pada catatan obat

26. Pencatatan dengan cepat mencegah kesalahan seperti pengulangan dosis

No	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Waktu
1.	Amoxicillin	500mg	3 - 1 - 1	08.00, 12.00, 16.00
2.	Dexametason	4mg	1 - 1 - 1	08.00, 12.00, 16.00

27. Kembalikan kartu formulir ke file yang tepat untuk waktu pemberian berikutnya

27. Ini akan digunakan sebagai rujukan untuk waktu pemberian dosis selanjutnya

28. Buang peralatan kotor yang telah digunakan dan bersihkan area kerja.

28. Meningkatkan efisiensi

### Fase Terminasi

29. Beri *reinforcement positif*

29. Motivasi positif merupakan salah satu terapi dalam pemberian asuhan keperawatan

30. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan

30. Memberikan rasa nyaman lingkungan pada pasien setelah dilakukan tindakan.

31. Cuci tangan

31. Mengontrol dan mencegah faktor pencetus infeksi sebelum dan setelah bersentuhan dengan pasien maupun cairan tubuh pasien setelah memberikan tindakan

**Evaluation (E) : Evaluasi**

32. Evaluasi respon pasien terhadap pengobatan	32. Berguna dalam mengkaji keutungan terapeutik obat dan mendeteksi efek samping atau reaksi alergi.
33. Dokumentasi: catat waktu aktual setiap obat diberikan pada catatan obat	33. Dokumentasi prosedur tindakan keperawatan diartikan sebagai catatan tindakan asuhan keperawatan bertujuan mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, evaluasi Intervensi.
<b>Sikap</b>	
34. Menerapkan <i>hand hygienes</i> sebelum dan sesudah tindakan	34. Mengurangi risiko penyebaran infeksi nosokomial baik untuk pasien maupun lingkungan di rumah sakit
35. Melakukan tindakan dengan sistematis	35. Tindakan secara sistematis mengurangi risiko bahaya tindakan keperawatan.
36. Komunikatif dengan pasien	36. Memudahkan tindakan keperawatan
37. Percaya diri	37. Meningkatkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien selama tindakan keperawatan.

#### DAFTAR PUSTAKA:

- Asmadi.(2008). Tehnik Prosedural Keperawatan:Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar, Salemba Madeika.Jakarta.
- Aziz Alimul Hidayat.(2015).Buku Saku:Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik.Health Books Pulishing.Surabaya
- Jacob,A.(2014).Buku Ajar:*Clinical Nursing Procedures*, Jilid Satu.Binarupa Aksara Publisher. Tangerang Selatan.

**PROSEDUR TINDAKAN  
KEPERAWATAN  
PEMBERIAN OBAT INTRACUTAN (IC)**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## PEMBERIAN OBAT INTRACUTAN (IC)

### 1. Definisi

Pemberian obat melalui suntikan intracutan (IC) atau intradermal (ID) adalah memasukkan obat ke dalam jaringan kulit atau *intra dermis* (lapisan dermal kulit tepat dibawah epidermis).

### 2. Tujuan

- a. Pasien mendapatkan pengobatan sesuai program pengobatan dokter
- b. Memperlancar proses pengobatan dan menghindari kesalahan dalam pemberian obat
- c. Membantu menentukan diagnosa terhadap penyakit tertentu (misal : tuberculin tes)
- d. Menghindarkan pasien dari efek alergi obat (*skin test*)
- e. Digunakan untuk tes tuberculin atau tes alergi terhadap jenis obat tertentu
- f. Pemberian vaksin atau imunisasi (BCG)

### 3. Lokasi

#### a. Lengan bawah

Bagian depan lengan, 1/3 dari lekukan siku atau 2/3 dari pergelangan tangan. Pada kulit yang sehat, jauh dari pembuluh darah, untuk tes mantoux dan tes alergi.

#### b. Lengan atas

Tiga jari di bawah sendi bahu, di tengah-tengah daerah muskulus deltoideus, untuk BCG.

### 4. Indikasi

- a. Pasien yang membutuhkan tes alergi (*mantoux tes*)
- b. Pasien yang akan melakukan vaksinasi
- c. Menegakkan diagnosa penyakit
- d. Sebelum memasukkan obat

### 5. Kontraindikasi

- a. Pasien mengalami infeksi pada kulit
- b. Pasien dengan kulit terbuka
- c. Pasien yang sudah dilakukan skin tes

### 6. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Injeksi ke otot yang tegang dapat menimbulkan rasa sakit

- b. Visualisasi yang baik membantu penentuan lokasi injeksi yang tepat
- c. Penentuan lokasi yang tepat menghindari kerusakan jaringan kulit
- d. Patogen di kulit bisa terdorong jarum suntik masuk jaringan jika steril tidak dijaga
- e. Jika diatur secara vertikal, posisi alat dorong suntik bisa bergeser sehingga sebagian obat akan tumpah
- f. Suntikan cepat mengurangi rasa sakit
- g. Menekan kulit area suntik membantu tercapainya jaringan kulit.

7. Hasil tes

- a. Injeksi intrakutan (IC) untuk tes anti biotik penilaian reaksi dilakukan 15 menit setelah penyuntikan. Nilai positif jika terdapat tanda rubor, dolor, calor, melebihi daerah yang sudah ditandai, artinya pasien alergi dengan antibiotik tersebut
- b. Tes Mantoux : bacalah tes tuberkulis setelah 2-3 hari. Indurasi (area keras, padat dan terelevasi) pada kulit di sekitar injeksi menandakan reaksi positif, yaitu :
  - 1) 15 mm atau lebih pada klien tanpa faktor resiko tuberkulosis yang diketahui
  - 2) 10 mm atau lebih pada klien yang bekerja pada lingkungan resiko tinggi, personel laboratorium mikrobakteriologi, anak usia dibawah 4 tahun, anak dan remaja yang pernah terpajan pada dewasa resiko tinggi
  - 3) 5 mm atau lebih pada pasien yang positif HIV, memiliki gambaran fibrotik yang konsisten pada foto dada dengan riwayat infeksi TB sebelumnya, pernah melakukan transplantasi organ atau yang mengalami immunosupresi.

8. Contoh kasus

Seorang laki-laki berusia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam. Klien mengeluh batuk berdahak selama kurang lebih 4 minggu tidak sembuh, dalam 1 bulan nafsu makan menurun dan BB turun 3 kg. Hasil pengkajian : TD : 100/80 mmHg, frekuensi nafas 28 x/menit, suhu 39 °C, BB : 47 kg (sekarang) BB : 50 kg (sebelum sakit). Program hari ini klien akan dilakukan Tes Mantoux oleh perawat untuk menegakkan diagnosa medis. Apakah rute injeksi yang dilakukan untuk test tersebut ?

- a. Intravena
- b. Subkutan

- c. Intrakutan
- d. Intraosseous
- e. Intramuskular

9. Pembahasan soal kasus

Kunci jawaban : c. Intrakutan (IC)

Kata kunci : klien akan dilakukan Tes Mantoux

Pembahasan :

- a. Intravena adalah pemberian obat langsung ke dalam pembuluh darah vena
- b. Subkutan adalah memberikan obat injeksi dibawah kulit
- c. Intrakutan adalah memasukkan obat ke dalam jaringan kulit  
Tes mantoux atau dikenal juga dengan tes kulit TB atau tuberkulosis adalah sejenis tes yang dilakukan untuk mendiagnosis tuberkulosis, menyuntikkan sejumlah kecil cairan yang disebut tuberkulin tepat di bawah kulit di lengan bawah
- d. Intraosseous adalah pemberian obat langsung ke sumsum tulang
- e. Intramuskular adalah pemberian obat masuk langsung ke dalam otot

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa program terapi</li>   <li>2. Siapkan obat, baca label, baca batas kadaluarsa</li> <li>3. Hitung dosis obat dengan tepat</li> </ol>	<div data-bbox="916 1406 1294 1682" data-label="Image"> </div> <p>R/ memastikan tindakan yang akan dilakukan ke klien</p>

	  <p>R/ memastikan obat tepat dan layak untuk diberikan ke klien</p>
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p><b>4. PERSIAPAN ALAT</b></p> <p>Baki berisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sprit 1 ml dan jarumnya</li> <li>Obat sesuai yang diperlukan</li> <li>Handscoen</li> <li>Kapas alkohol dalam com (secukupnya) atau alkohol swab</li> <li>Pengalas dan perlak</li> <li>Bengkak</li> <li>alat tulis/bolpoint</li> <li>Rekam medik</li> </ol>	 <p>R/ memastikan alat sesuai dengan prosedur</p>
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p>	 <p>R/ sebagai pendekatan terapeutik</p>

6. Cek perencanaan keperawatan klien (dosis, nama klien, obat, waktu pelaksanaan, tempat injeksi)



R/ memastikan klien mendapat pengobatan yang tepat

7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada keluarga/klien



R/ agar pasien tahu tindakan yang akan dilakukan dan mengurangi kecemasan klien

8. Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan

R/ memastikan klien menerima atau menolak tindakan yang akan dilakukan

### **PERSIAPAN LINGKUNGAN**

9. Tutup pintu, jendela atau pasang tirai/sketsel



R/ menjaga privasi klien

10. Memberi penerangan yang cukup

11. Mengatur posisi pasien, minta pasien mengekstensikan siku dan menyangganya dan lengan bawah pada permukaan rata



R/ meminimalkan terjadinya kesalahan pada saat injeksi



R/ menstabilkan lokasi injeksi untuk akses yang paling mudah

**Implementation (I) : Implementasi**

**Fase Kerja**

12. Cuci tangan



R/ mencegah transfer mikroorganism

13. Berikan kenyamanan pasien, perhatikan respon verbal dan non verbal pasien, atur posisi pasien, sesuai tempat penyuntikan



R/ injeksi menimbulkan nyeri. Beberapa klien merasa gelisah

- 14. Pasang pernak pengalas
- 15. Bebaskan daerah yang akan diinjeksi (Buka gaun hanya pada bagian yang membutuhkan pajanan)

yang akan meningkatkan rasa nyeri



R/ agar tempat tidur klien tetap bersih

R/ menghormati klien

- 16. Pakai handscoen



R/ mengurangi transfer mikroorganism

- 17. Membersihkan kulit tempat tusukan dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam keluar) sekitar 5 cm



R/ aksi mekanis usapan kapas melingkar untuk membuang sekresi dari kulit yang mengandung mikroorganism

- 18. Menggunakan ibu jari & telunjuk untuk meregangkan kulit

19. Menusuk spuit perlahan dengan bevel menghadap keatas pada sudut 15-20 derajat, jarum masuk kurang lebih 0,5 cm



R/ spuit lebih mudah menembus kulit yang kencang

20. Memasukkan obat ke dalam kulit perlahan, pastikan ada penonjolan (gelembung kecil/bleb) seperti gigitan nyamuk pada kulit. Beritahukan pada klien bahwa ini merupakan hal yang normal.



R/ memastikan ujung spuit berada dalam dermis

21. Cabut jarum dari tempat penusukan, beri tanda lingkaran sekitar tusukan



R/ injeksi perlahan akan meminimal rasa tidak nyaman, gelembung menandakan obat telah berada dalam dermis

22. Buang spuit ke dalam bengkok



R/ memberikan tanda area yang diinjeksi

23. Lepaskan handscoen



R/ mencegah cedera terhadap klien dan personil kesehatan

24. Ambil perlak pengalas, merapikan pasien dan membereskan alat-alat



R/ menjaga kerapian pasien dan kebersihan tempat tidur

25. Cuci tangan setelah tindakan



	R/ mencegah transfer mikroorganisme
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
26. Evaluasi respon klien terhadap tindakan	 <p>R/ mengevaluasi klien tentang informasi yang diberikan  R/ klien mengetahui tindakan yang akan dilakukan selanjutnya  R/ menjalin hubungan terapeutik</p>
27. Menyampaikan rencana tindak lanjut	
28. Berpamitan	
29. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	
<b>Sikap</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</li> <li>3. Komunikatif dengan pasien</li> <li>4. Percaya diri</li> </ol>	

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ariyani, Ratna. (2009). *Prosedur Klinik Keperawatan pada Mata Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Trans Info Media
- Aziz, Alimul. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Buku 2. Jakarta : Salemba Medika
- Berman, Audrey; dkk. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Suparmi, Yulia; dkk. (2008). *Panduan Praktik Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Citra Aji Param

**PROSEDUR TINDAKAN  
KEPERAWATAN  
PEMBERIAN OBAT SUBKUTAN**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **Pemberian Obat Subkutan**

### **1. Definisi**

Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis melalui subkutan untuk memperoleh efek lokal maupun sistemik. Pemberian obat di bawah epidermis ke dalam jaringan lemak dan jaringan ikat di bawah dermis dan digunakan untuk pemberian dosis kecil zat larut air yang tidak menyebabkan iritasi seperti insulin atau heparin. Jaringan subkutan tidak memiliki banyak pembuluh darah seperti otot, sehingga penyerapan obat akan lebih lama dibandingkan penyuntikan intramuskular. Jaringan subkutan memiliki reseptor nyeri, sehingga penyuntikan pada jaringan ini akan menimbulkan rasa tidak nyaman. Area penyuntikan subkutan adalah lengan atas belakang, abdomen dari bawah iga sampai batas krista iliaka dan bagian paha atas depan. Area ini mudah diakses dan cukup besar untuk memungkinkan beberapa suntikan bergilir. Untuk vaksinasi subkutan pada orang dewasa, hanya trisep lengan bagian luar atas yang digunakan. Daerah penyuntikan harus bebas lesi, tonjolan tulang, sertatempat pembuluh darah besar dan saraf.

### **2. Tujuan**

Memberikan agen farmakologis untuk memperoleh efek lokal maupun sistemik secara perlahan.

### **3. Indikasi**

Suntikan subkutan digunakan untuk obat dalam jumlah kecil (0,5-2 ml) yang memerlukan penyerapan lambat dan durasi kerja lama, seperti heparin atau insulin.

### **4. Kontraindikasi**

Kontraindikasi suntikan subkutan bergantung pada obat yang akan diberikan. Dosis obat lebih dari 2 ml untuk disuntikkan sekaligus tidak diberikan secara subkutan. Obat-obatan yang dapat menyebabkan nekrosis atau merusak atau mengiritasi jaringan juga tidak boleh diberikan secara subkutan. Suntikan tidak boleh diberikan pada tempat tertentu jika terdapat peradangan atau kerusakan kulit pada area tersebut.

## 5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Jika melakukan penyuntikan subkutan secara berulang, maka ubahlah daerah injeksi pada satu bagian tubuh secara bergantian. Hal ini membuat penyerapan obat menjadi lebih konsisten. Berikan jarak satu inci dengan suntikan sebelumnya. Daerah injeksi tidak boleh digunakan kembali setidaknya dalam satu bulan sesudahnya.
- b. Pada klien yang gemuk, perawat perlu mencubit jaringan dan menggunakan jarum yang lebih panjang agar obat dapat masuk melewati jaringan lemak.
- c. Aspirasi darah tidak direkomendasikan pada pemberian imunisasi dan vaksin.
- d. Saat menggunakan jarum suntik yang sudah diisi sebelumnya, sesuaikan sudut dan kedalaman penyuntikan sesuai dengan panjang jarum.
- e. Larutan pekat atau larutan yang mengiritasi dapat terkumpul di dalam jaringan dan menyebabkan abses steril, yang tampak sebagai benjolan yang mengeras dan nyeri. Suntikan berulang pada tempat yang sama dapat menyebabkan dapat menyebabkan lipodistrofi. lipodistrofi dapat diminimalkan dengan memutar tempat suntikan.
- f. Klien seringkali harus memberikan suntikan subkutan sendiri, misalnya insulin untuk penderita diabetes. Perawat harus mengajarkan klien bagaimana mempersiapkan dan melakukan suntikan sendiri, termasuk aspek-aspek seperti peralatan, penyimpanan, cuci tangan, teknik suntikan, rotasi lokasi dan pembuangan peralatan secara aman dan benda tajam.

## 6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, umur 47 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis DM tipe 2. Saat ini pasien mengeluh lemas dan tidak dapat beraktivitas. Klien memiliki riwayat DM sudah 2 tahun, dan GDS yang tidak stabil. Saat dilakukan pemeriksaan fisik, diperoleh hasil tekanan darah 100/80 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi nafas 20x/menit dan suhu 37°C. Hasil pemeriksaan GDS terakhir 230 mg/dl. Apakah tindakan keperawatan kolaborasi yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Memasang infus
- b. Mengkaji balance cairan

- c. Memberikan insulin secara intravena
- d. Memberikan insulin secara subkutan
- e. Mengkaji toleransi pasien terhadap aktivitas

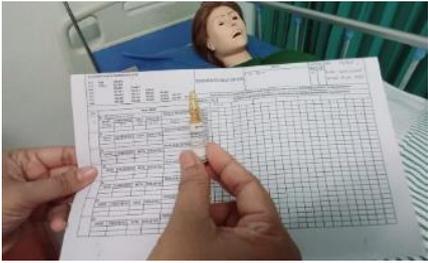
**7. Pembahasan soal kasus**

Jawaban: d. Memberikan insulin secara subkutan

Pembahasan:

- a. memasang infus merupakan tindakan kolaborasi, namun kurang tepat untuk dilakukan dalam kasus ini karena belum adanya tanda kekurangan cairan
- b. mengkaji balance cairan tidak tepat karena merupakan tindakan mandiri perawat bukan kolaborasi, dan pada kasus belum ditemukan data yang menunjang masalah cairan
- c. memberikan insulin secara intra vena tidak tepat karena kondisi ini bukanlah kondisi darurat
- d. memberikan insulin secara subkutan merupakan jawaban yang tepat. Kata kunci dalam kasus ini yaitu nilai GDS klien yang meningkat yaitu 230 mg/dl namun peningkatan GDS ini tidak terlalu tinggi sehingga bukanlah kondisi darurat. Kondisi ini perlu diatasi dengan tindakan kolaborasi pemberian insulin secara subkutan, agar nilai GDS klien kembali normal.
- e. Mengkaji toleransi klien terhadap aktivitas bukan merupakan jawaban yang tepat, karena ini merupakan tindakan mandiri perawat bukan tindakan kolaborasi.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji status kesehatan klien 2. Review formulir obat klien 3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemberian obat subkutan	Untuk memastikan bahwa klien yang tepat diberikan obat sesuai dengan prinsip 6 benar.
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>Fase Orientasi</b> <b>4. PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i> )	

<ul style="list-style-type: none"> <li>a. S spuit dan jarum steril</li> <li>b. Kapas alkohol</li> <li>c. Obat sesuai program/ instruksi</li> <li>d. Sarung tangan bersih</li> <li>e. Bengkok</li> <li>f. Daftar obat</li> </ul>	
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien. Identifikasi klien minimal menggunakan dua identitas (tanggal lahir, nama) dan daftar obat.</li> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>7. Kaji kembali instruksi pemberian obat</li> <li>8. Kaji riwayat alergi klien</li> </ul>	<p>Meningkatkan keamanan prosedur.</p> <p>Untuk memastikan bahwa klien memahami prosedur dan memberi persetujuan atas prosedur.</p>  <p>Memastikan pasien yang benar memperoleh pengobatan yang tepat.</p>  <p>Memungkinkan identifikasi dini risiko klien. Dapat membutuhkan resep obat yang berbeda.</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>9. Jaga privasi klien(tutup tirai). Atur</li> </ul>	<p>Memberikan privasi klien.</p>



13. Beri posisi yang nyaman. Tentukan daerah yang akan dilakukan penyuntikan (observasi adanya lesi, inflamasi, edema , jaringan parut)



Untuk meningkatkan efektivitas pemberian obat, mengurangi risiko infeksi dan risiko trauma dan lesi pada kulit klien.

14. Desinfeksi area penyuntikan dengan alkohol swab



Untuk mengurangi jumlah patogen yang masuk ke kulit oleh jarum pada saat penyuntikan.

15. Angkat daerah yang akan disuntik dengan tangan kiri



Untuk mengangkat jaringan subkutan, dan mengangkat jaringan adiposa dari otot di bawahnya.

16. Pegang kapas alkohol di antara jari ketiga dan keempat tangan nondominan



Kapas tetap dapat diakses saat spuit ditarik.

17. Pegang spuit di antara ibu jari dan telunjuk tangan dominan. Tusukkan jarum ke dalam kulit dengan sudut 45° dengan permukaan kulit.



Untuk memungkinkan injeksi cepat dan lancar. Sudut yang tepat akan mencegah injeksi yang salah ke dalam otot.

18. Lakukan aspirasi, jika tidak ada darah yang keluar berarti penusukan tepat. Jika darah muncul saat aspirasi, cabut jarum, siapkan spuit lagi, dan ulangi prosedurnya. Jangan melakukan aspirasi darah kembali saat memberi insulin atau heparin. Hal ini tidak diperlukan saat pemberian insulin dan dapat menyebabkan hematoma saat pemberian heparin



Aspirasi dilakukan untuk mengetahui ketepatan penyuntikan.



Memasukkan obat ke dalam jaringan yang terkompresi akan mengiritasi serat saraf.

19. Masukkan obat secara perlahan.



Untuk membantu penyerapan. Pemijatan dapat melukai jaringan di bawahnya

20. Setelah obat dimasukkan seluruhnya, tarik jarum keluar kulit dengan cepat menggunakan kapas alkohol. Beri tekanan lembut pada area penyuntikan. Jangan memijat area tersebut.



Untuk memastikan pembuangan yang aman dan untuk menghindari laserasi atau cedera lainnya.

21. Rapikan klien dan alat yang telah digunakan



Untuk mencegah kontaminasi obat dan peralatan serta mencegah kemungkinan kontaminasi silang.

22. Lepas sarung tangan. Lakukan cuci tangan 6 langkah



<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
<b>Fase Terminasi</b> 23. Evaluasi respon klien (respon subjektif dan objektif), dan buat rencana tindak lanjut. Dokumentasikan evaluasi (formatif dan sumatif)	Untuk menjaga keakuratan catatan, dan mencegah duplikasi pengobatan.
<b>Sikap</b>	
24. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan, melakukan tindakan dengan sistematis, komunikasi terapeutik dengan klien dan hati-hati saat bekerja.	Untuk mencegah kemungkinan kontaminasi silang, memastikan perawat melakukan tindakan sesuai dengan prosedur standar.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). The royal marsden manual of clinical nursing procedurea, 9<sup>th</sup>ed. Chichester: Willey Blackwell.
- Eckman, M. (2013). Lippincott's: nursing procedures, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kozier, B., et al (2018). Fundamentals of canadian nursing: concepts, process, and practice, 4<sup>th</sup> ed. Ontario: Pearson Canada Inc.
- Potter, P, et al. (2020). Fundamental of nursing, 9<sup>th</sup>ed. Singapore: Elsevier.
- Tim Pokja SPO DPP PPNI, (2021), Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

**PROSEDUR TINDAKAN  
KEPERAWATAN  
INJEKSI INTRAMUSKULER (IM)**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## Injeksi Intramuskuler (IM)

### 1. Definisi

Suatu tindakan memebrikan obat/cairan dengan memasukkan secara langsung kedalam otot (muskulus).

### 2. Tujuan

Memasukkan sejumlah obat pada jaringan otot untuk diabsorbsi melalui vaskularisasi otot.

### 3. Indikasi

Pemberian obat-obatan yang diformulasikan memiliki durasi efek yang lebih lama karena obat yang tertahan dilokasi penyuntikan akan dilepaskan secara lambat.

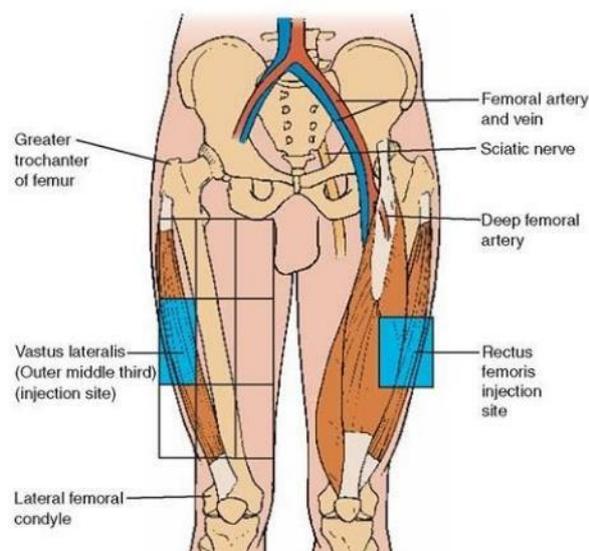
### 4. Kontraindikasi

- a. Lokasi penyuntikan yang mengalami lecet, nyeri, keras, bengkak atau mengalami inflamasi, terdapat jaringan parut.
- b. Klien yang teridentifikasi adanya alergi terhadap obat yang akan diberikan.

### 5. Lokasi penyuntikan

#### a. Muskulus Vastus Lateralis

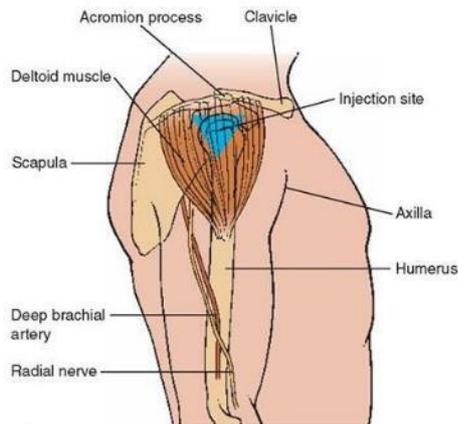
Daerah ini berada dibagian antero lateral paha atas. Lokasi diidentifikasi dengan membagi paha menjadi tiga bagian secara horizontal dan vertical, kemudian pilih area tengah untuk lokasi injeksi.



<https://pinimg.com/originals/6a/8f/a3/6a8fa3b86189426b9a43295e0fce1e7d.jpg>

b. Muskulus Deltoid

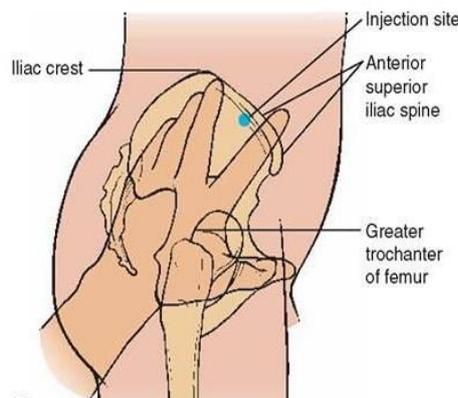
Daerah 1/3 medial otot deltoideus. Lokasi ditentukan dengan memalpasi bagian bawah prosesus akromialis sekitar 3-4 cm.



<https://pinimg.com/originak6a8f/a36a8fa3b86189426b9a43295d0f6e1e7d.jpg>

c. Muskulus Ventrogluteal

Daerah sebelah atas lateral bokong (1/3 spina iliaca anterior superior). Lokasi ditentukan dengan menempatkan telapak tangan pada trokanter mayor dan jari telunjuk kearah spina iliaca anterior superior (SIAS).



<https://pinimg.com/originak6a8f/a36a8fa3b86189426b9a43295d0f6e1e7d.jpg>

6. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Penentuan lokasi untuk injeksi harus mempertimbangkan usia, jenis obat dan jumlah / volume obat yang dimasukkan. Hal ini bertujuan menghindari komplikasi yang mungkin terjadi setelah tindakan dilakukan.

- b. Memilih peralatan yang benar misalnya panjang dan besar jarum harus berdasarkan lokasi injeksi, usia dan postur tubuh klien (gendut atau kurus).
- c. Menggunakan tehnik penyuntikan dengan benar.

7. Contoh kasus

Seorang laki-laki, 45 tahun, datang ke Puskesmas. Hasil pemeriksaan: klien mengeluh badannya terasa pegal-pegal, lemas dan tampak sedikit pucat. Tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36°C, frekuensi pernafasan 20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit. Hasil laboratorium Hb 10g/dL. Klien tersebut diberikan terapi injeksi neurosanbe 1 ampul.

Pertanyaan: Apakah prosedur tindakan injeksi yang tepat pada kasus tersebut?

Opsi jawaban:

- A. Injeksi intramuskuler
- B. Injeksi intracutan
- C. Injeksi subkutan
- D. Injeksi intravena
- E. Injeksi bolus

8. Pembahasan soal kasus

Jawaban yang tepat adalah A. Injeksi intramuskuler.

- A. Neurosanbe injeksi merupakan obat suplemen vitamin yang memiliki kandungan thiamine 100mg, pyridoxine 100mg, cobalamin 5000mcg. Obat ini akan diabsorpsi lebih baik jika diberikan secara intramuskuler.
- B. Injeksi intracutan kurang tepat karena injeksi ini digunakan untuk melakukan tes alergi terhadap kandungan obat tertentu terutama antibiotik.
- C. Injeksi subkutan merupakan injeksi di lapisan subkutan bukan di bagian otot. lapisan ini hanya sedikit memiliki pembuluh darah dan neurosanbe indikasi pemberiannya tidak secara subkutan.
- D. Injeksi intravena merupakan injeksi yang langsung masuk kedalam pembuluh darah. Pemberian neurosanbe tidak dianjurkan diinjeksikan secara IV langsung.
- E. Injeksi bolus merupakan injeksi yang diberikan melalui selang infus. Saat ini klien sedang tidak terpasang infus.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A): Pengkajian</b>	
<p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <p>1. Verifikasi data sebelumnya dengan menggunakan 5B (benar obat, dosis, pasien, cara pemberian dan waktu)</p> <p>2. Identifikasi klien</p>	<p>Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat, identifikasi obat yang akan diberikan, serta berguna untuk mengedukasi klien tentang pengobatannya.</p>  <p>Memastikan bahwa klien yang akan diberikan pengobatan sudah tepat.</p>  <p>Untuk memudahkan tindakan yang akan dilakukan.</p>

3. Tempatkan alat di dekat klien



**Planning (P):  
Perencanaan**

**Fase Orientasi**

**4. PERSIAPAN ALAT**  
*(\*wajib ada)*

- Handscoen (sarung tangan) 1 pasang
- Sduit yang disesuaikan dengan kebutuhan (volume obat)
- Needle steril 1 buah (Dewasa: 21-23 gauge dan panjang 1-1,5 inc. Anak-anak: 25-27 gauge dan panjang 1 inc)
- Bak injeksi 1 buah
- Kipas/kasa kering dan alcohol swab (secukupnya)
- Perlak dan pengalas 1 pasang





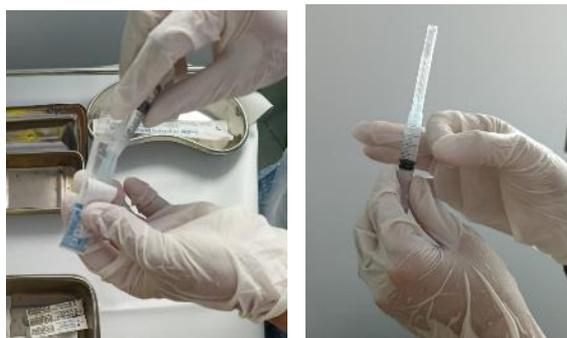
<p>gunakan sketsel dan turunkan penghalang tempat tidur</p>	
<p><b>Implementation (I): Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b> 9. Cuci tangan</p>	<p>Membunuh mikroorganisme dan mencegah terjadinya penyebaran mikroorganisme tersebut.</p> <p>Sebagai alat pelindung diri bagi perawat saat kontak dengan klien.</p> 

10. Pakai handscoen

Tindakan ini mencegah kesalahan dalam pemberian terapi dan memastikan keamanan bagi klien.



11. Siapkan obat injeksi dengan benar sesuai dengan therapy dokter



Untuk memudahkan saat melakukan penyuntikan.



Pemasangan perlak untuk mencegah agar alas tidur klien tidak kotor.

12. Atur posisi klien sesuai lokasi penyuntikan



Agar tindakan invasi jarum dapat dilakukan secara langsung diatas permukaan kulit klien.



13. Pasang pernak dan alas dilokasi penyuntikan

Untuk menghindari terjadinya cedera dan komplikasi pada klien setelah pemberian tindakan.



14. Bebaskan daerah yang akan dilakukan injeksi dari pakaian pasien



Cara ini dilakukan untuk membuang sekresi dari kulit yang mengandung mikroorganisme sehingga mencegah terjadinya risiko infeksi akibat prosedur

15. Tentukan area tempat penyuntikan dengan benar



Menjaga kebersihan pada saat melaksanakan tindakan.



Teknik ini mengurangi risiko tertusuk jarum secara tidak sengaja pada saat membuka jarum dari spuit

16. Lakukan desinfeksi pada kulit menggunakan kapas alkohol dengan gerakan memutar dari dalam keluar (diameter 5cm), kemudian biarkan alkohol mengering



Agar memudahkan pada saat melakukan penyuntikan serta dengan meregangkan kulit maka ujung syaraf perifer akan ikut teregang sehingga sensasi nyeri saat jarum ditusukkan akan sedikit berkurang. Teknik Z-track mencegah larutan keluar dari jaringan otot.

17. Buang kapas alkohol ke dalam bengkok



Gerakan menusukkan jarum secara cepat at mengurangi nyeri dan sudut 90 derajat dapat membantu masuknya jarum kedalam jaringan otot.

18. Pegang spuit dengan tangan dominan, lepaskan penutup jarum



Tindakan aspirasi untuk mengetahui apakah jarum masuk kedalam pembuluh darah atau tidak karena masukkan ujung jarum kedalam pembuluh darah dapat menyebabkan reaksi serius jika obat intramuskuler dimasukkan kedalam vena.

19. Regangkan kulit dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk



Penyuntikan larutan yang cepat dapat menyebabkan

(jika pasien gendut), atau kumpulkan otot dengan ibu jari dan telunjuk (jika pasien kurus). Gunakan tehnik Z-track (zigzag).

tekanan pada jaringan sehingga menimbulkan ketidaknyamanan.



Tindakan ini memungkinkan obat mulai berdifusi ke jaringan otot sekitarnya. Mencabut jarum secara cepat dan mantap akan mengurangi rasa ketidaknyamanan pada saat jarum ditarik dari jaringan. Mengeluarkan jarum pada sudut yang sama seperti saat menginsersikannya akan meminimalkan kerusakan jaringan.

20. Tusukkan spuit dengan cepat dan tegak lurus (sudut 90 derajat) hingga panjang jarum masuk sesuai dengan lokasi penyuntikan



21. Lakukan aspirasi

Tekanan ringan tidak menyebabkan trauma dan iritasi jaringan. Memijat dapat mendorong obat kedalam

perlahan dengan cara menarik penghisap (bagian plunger spuit) dan menahan bagian barel, pastikan tidak ada darah yang masuk spuit

jaringan subkutan.



Pembuangan jarum yang benar dapat mencegah cedera bagi pelaksana dan infeksi nosokomial.



22. Masukkan obat dengan mendorong bagian plunger spuit secara perlahan (10 detik /1cc obat)

Agar klien dapat dikembalikan ke posisi semula.



Untuk memberikan kenyamanan klien dalam beristirahat.

23. Setelah obat masuk, tunggu 10 detik sebelum menarik jarum, kemudian cabut jarum secara

cepat dan mantap sesuai dengan sudut penyuntikan



Menjaga kenyamanan dan privasi klien.



Menjaga kebersihan ruangan dan melaksanakan tindakan secara sistematis.



24. Tekan lembut daerah tusukan dengan tangan tidak dominan menggunakan kapas kering.

...naka tindakan mencuci  
...d  
...h borganisme sehingga  
...apat menghambat terjadinya penyebarannya

25. Buang spuit ke dalam box khusus spuit bekas

26. Angkat perlak dan pengalas

27. Kembalikan posisi klien pada posisi awal

28. Rapikan kembali pakaian klien

**Fase Terminasi**

29. Rapikan alat-alat

30. Buka handscoen

<p>31. Cuci tangan</p>	
<p><b>Evaluation (E): Evaluasi</b></p>	
<p>32. Evaluasi tindakan dan respon terhadap tanyakan pasien</p>	<p>Untuk mengevaluasi keefektifan obat dan mendeteksi secara dini terhadap efek yang tidak diharapkan.</p> 

<p>33. Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya</p>	<p>Agar klien mengetahui rencana pengobatan selanjutnya.</p> 
<p>34. Berpamitan dengan klien</p>	<p>Melaksanakan komunikasi terapeutik.</p> 
<p>35. Dokumentasikan tindakan dan hasil tindakan</p>	<p>Pencatatan segera akan menghindari kemungkinan secara tidak sengaja pengulangan pemberian obat serta sebagai evaluasi untuk intervensi selanjutnya.</p> 

Sikap	
<p>36. Menerapkan tehnik dan sterilitas yang benar dalam menyiapkan obat</p> <p>37. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>38. Meminimalisir terjadinya cedera pada klien</p> <p>39. Komunikatif dengan klien</p>	<p>Dengan menerapkan tehnik dan sterilitas yang benar serta tehnik yang sistematis dapat mencegah terjadinya cedera dan komplikasi yang mungkin terjadi akibat tindakan insersi jarum ke dalam jaringan otot.</p>  <p>Sikap yang komunikatif dengan klien dapat menjalin hubungan terapeutik dan membantu mempercepat penyembuhan klien.</p> 

### DAFTAR PUSTAKA

Lynn, P. 2009. Atlas foto pemberian obat Lippincott edisi 3. Jakarta: Penerbit Erlangga





**PROSEDUR TINDAKAN  
KEPERAWATAN  
PEMBERIAN OBAT INTRA VENA (IV)**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **PEMBERIAN OBAT INTRA VENA (IV)**

### **1. Definisi**

Pemberian obat intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena menggunakan spuit.

### **2. Tujuan**

Pemberian obat dengan cara intravena bertujuan untuk:

- a. Mendapat reaksi yang lebih cepat, sehingga sering digunakan pada pasien yang sedang gawat darurat.
- b. Menghindari kerusakan jaringan.
- c. Memasukkan obat dalam volume yang lebih besar

### **3. Indikasi**

Berikut adalah indikasi pemberian obat melalui Intra vena, yaitu:

- a. Indikasi pada klien yang tidak mampu menelan obat, mengalami gangguan pada lambung, klien tidak sadar, serta klien terpasang infus
- b. Produksi efek biologis bila obat tidak dapat diabsorpsi
- c. Mengontrol permulaan konsentrasi puncak obat dalam serum.

### **4. Kontraindikasi**

Beberapa kondisi yang tidak boleh dilakukan tindakan pemberian obat melalui IV yaitu pada pembuluh darah vena yang meradang, edema dan daerah lengan bawah pada pasien gagal ginjal (karena lokasi ini digunakan untuk pemasangan fistula arteri vena /AV-Shunt pada tindakan hemodialisis).

### **5. Hal yang perlu diperhatikan**

Tempat injeksi intravena :

- a. Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika)
- b. Pada tungkai (vena safena)
- c. Pada leher (vena jugularis)
- d. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis).

### **6. Contoh Kasus**



	 <p>Untuk menghilangkan kuman</p>
<p><b>Planning (P) : Perencanaan</b></p>	
<p><b>Fase Orientasi</b></p> <p>3. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = <i>wajib ada</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Buku catatan pemberian obat</li> <li>● Kaps alkohol</li> <li>● Sarung tangan sekali pakai</li> <li>● Obat yang sesuai</li> <li>● Spuit 2-5ml dengan ukuran 21-25, panjang jarum 1,2 inci</li> <li>● Bak spuit</li> <li>● Baki obat</li> <li>● Plester</li> <li>● Kasa steril</li> <li>● Bengkok</li> <li>● Perlak pengalas</li> <li>● Pembendung vena (torniket)</li> <li>● Kasa steril</li> <li>● Betadin</li> </ul>	 <p>Untuk mengetahui alat dan bahan yang akan digunakan</p>
<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <p>4. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p>	 <p>Agar tidak salah pasien maka harus di cek identitas pasien serta membina hubungan</p>

<p>5. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>6. Kontrak waktu</p> <p>7. Berikan kesempatan klien bertanya</p>	<p>saling percaya</p>  <p>Agar pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan serta membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat.</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>8. Jaga privasi klien(tutup tirai)</p> <p>9. Atau turunkan penghalang tempat tidur</p>	 <p>Membuat pasien merasa nyaman dan menjaga privasi pasien.</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>Fase Kerja</b></p> <p>10. Cuci tangan</p>	 <p>Untuk menghilangkan kuman penyebab penyakit</p>

11. Dekatkan alat ke pasien



Mempermudah mengambil alat dan obat

12. Atur posisi nyaman

13. Mengidentifikasi pasien dengan prinsip enam B (benar obat, dosis, pasien cara pemberian, waktu dan dokumentasi)



Agar pasien rileks dan memastikan benar pasien, benar obat, dan benar rute pemberian obat

14. Bebaskan daerah yang disuntik dengan cara membebaskan daerah yang akan dilakukan Penyuntikan dari pakaian dan



Agar memudahkan dalam proses penyuntikan atau injeksi obat

apabila tertutup buka atau ke ataskan.  
15. Pasang perlak atau pengalas di bawah vena yang akan dilakukan penyuntikan. Kemudian tempatkan obat yang telah diambil pada bak injeksi



Untuk melindungi alat dari kontaminasi perawat dan melindungi petugas dari kontak darah dan cairan tubuh lainnya

16. Pakai sarung tangan (*hand scoon*)



Agar tidak terjadi efek samping karena salah lokasi injeksi.

17. Menentukan daerah yang akan diinjeksi



Agar lokasi injeksi steril atau bebas dari kuman

18. Desinfeksi dengan kapas alkohol



Agar pembuluh darah tampak melebar dan menonjol sehingga lokasi penusukan dapat dengan mudah ditentukan, serta berfungsi untuk menahan vena pada lokasi ketika penusukan dan mudah ditembus oleh jarum sehingga vena melebar dan menjadi tipis

19. Memasang tourniquet 10-12 cm diatas vena yang akan diinjeksi sampai vena terlihat jelas



Karena obat akan langsung ke dalam pembuluh darah

20. Ambil spuit yang berisi obat

21. Lakukan penusukan dengan lubang

menghadap ke atas dengan memasukkan ke pembuluh darah dengan sudut penyuntikan  $15^{\circ}$  -  $30^{\circ}$



Untuk memastikan jarum masuk ke pembuluh darah

22. Lakukan aspirasi bila sudah ada darah lepaskan karet pembendung (tourniquet) dan langsung semprotkan obat secara perlahan hingga habis



Agar obat bisa masuk ke pembuluh darah dengan cara tercepat untuk mendapatkan efek yang diinginkan, karena obat segera berpindah ke sirkulasi darah dan ke seluruh tubuh

23. Setelah selesai ambil spuit dengan menarik dan lakukan penekanan pada daerah penusukkan dengan kapas alkohol, dan spuit yang telah digunakan letakkan



ke dalam bengkok



Agar spuit bekas yang sudah digunakan tidak mengkontaminasi petugas



Menunjukkan sikap empati kepada pasien dan membuat pasien lebih nyaman.



**Fase Terminasi**

24. Beri *reinforcement positif* dan membantu merapikan pasien.

25. Rapikan alat

Menjaga kebersihan ruangan dan melakukan tindakan sesuai prosedur



Agar pasien dapat beristirahat



Untuk menghilangkan kontaminasi setelah tindakan injeksi

<p>26. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan salam</p> <p>27. Cuci tangan</p>	
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
<p>28. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p> <p>29. Evaluasi kondisi lokasi injeksi</p> <p>30. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	
<b>Sikap</b>	
<p>31. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>32. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>33. Komunikatif dengan pasien</p> <p>34. Percaya diri</p>	

### DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddart. (2013). Buku ajar keperawatan medikal bedah Edisi 8 Volume 1. Jakarta : EGC.

Hidayat, A. Aziz Alimul, Hidayat, Musrifatul, (2008), Keterampilan Dasar Praktik Klinik, Salemba Medika, Jakarta.

## PROFIL PENULIS



**Ns. Yuanita Panma, M.Kep, Sp.Kep.M.B.** Penulis lahir di Jakarta, 18 Januari 1985. Menamatkan kuliah S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2006, lalu melanjutkan kuliah profesi keperawatan pada tahun 2009-2010. Pada tahun 2010-2012 bekerja sebagai perawat pelaksana di ruang ICU RS Mitra Keluarga Depok, lalu pada tahun 2012 bekerja sebagai dosen di Akademi Keperawatan Pasar Rebo sampai dengan sekarang. Pada tahun 2015-2017 melanjutkan kuliah S2 Keperawatan di UI, dan pada tahun 2018 menyelesaikan program Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di UI. Penulis aktif dalam melakukan tridharma Perguruan Tinggi. Beberapa penelitiannya mengenai kualitas hidup pasien hemodialisis, dan efektifitas modul interaktif dalam menurunkan skala pruritus pasien hemodialisis sudah dipublikasikan dalam jurnal internasional terindex SCOPUS. Penulis aktif menulis buku-buku kesehatan, diantaranya berjudul Komunikasi Kesehatan, Epidemiologi Penyakit Tidak Menular, Metodologi Penelitian Kesehatan, Pengantar Penelitian Pendidikan, Anatomi Fisiologi, Nursing Ethics, Manajemen Kepemimpinan Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah 1&2, Psikososial dalam Keperawatan, Keperawatan Kardiovaskular, dan Patofisiologi untuk Mahasiswa Keperawatan. Penulis juga berpartisipasi dalam percepatan pelaksanaan vaksinasi COVID-19, dan aktif memberikan penyuluhan kesehatan pada masyarakat. Penulis merupakan Direktur Akademi Keperawatan Pasar Rebo dan Journal Editor dari Buletin Kesehatan Akper Pasar Rebo. Email Penulis: [nersyuan@gmail.com](mailto:nersyuan@gmail.com).

## PROFIL PENULIS



**Anida, S.Kep. Ns., M.Sc.** Anida lahir di Jepara pada tanggal 29 Oktober 1979. Latar belakang pendidikan adalah D3 Keperawatan di AKper Telogorejo Semarang lulus tahun 2001. Bekerja di Rumah Sakit Telogorejo Semarang tahun 2001 sampai 2002. Menyelesaikan pendidikan dan meraih gelar Sarjana Keperawatan pada tahun 2005 dan Ners pada tahun 2006 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Pada tahun 2007 sampai sekarang bekerja di STIKES Wira husada Yogyakarta. Dari tahun 2007 – 2018 mendedikasikan dirinya sebagai Dosen di Program Studi S1 Keperawatan dan Ners, dan tahun 2018 - Februari 2023 sebagai Dosen Program Studi Keperawatan (D3) STIKES Wira Husada Yogyakarta. Mulai Februari 2023 sampai sekarang kembali mendedikasikan diri sebagai dosen di Program Studi Pendidikan Profesi Ners. Menyelesaikan pendidikan dan meraih gelar Magister Science (M.Sc) pada tahun 2013 di Program Studi Ilmu Kedokteran Dasar dan Biomedik Fakultas Kedokteran Unoversitas Gadjah Mada Yogyakarta.



**Tuti Elyta, S.Kep., Ns. M.Bmd** menyelesaikan Pendidikan DIII Keperawatan di Akper Depkes Palembang (sekarang Poltekkes Kemenkes Palembang) lulus Tahun 2004, selanjutnya Pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang dan Pendidikan Magister Kesehatan Ilmu Biomedik Bidang Kajian Ilmu Mikrobiologi parasitologi di Pasca Universitas Sriwijaya Palembang lulus Tahun 2016. Penulis pernah bekerja di Klinik Pengobatan Umum Putri Sungai Lilin-Jambi Tahun 2005-2009, Ohud Hospital Madinah Almunawarah KSA Tahun 2009-2011. Penulis mulai mengajar di DIII Keperawatan Akper Pembina Palembang dari Tahun 2016 s.d. sekarang. Semenjak September 2023 penulis bergabung sebagai dosen di Stikes Pembina Palembang Prodi DIII Keperawatan. Penulis juga aktif dalam penulisan Buku Ajar dan Buku Soal Ukom untuk DIII Keperawatan.

Kontak Email: Tuti Elyta.tata@gmail.com

## PROFIL PENULIS



**Ns. Dedeh Ri'ayatul Maula, M.Kep.** Lulus D III Keperawatan Tahun 2009 di AKPER Buntet Pesantren Cirebon, tamat S1 Di Stikes Mahardika Cirebon 2013, Ners Di STIKKU tahun 2014, Menyelesaikan S2 Keperawatan Di UNJANI tahun 2022. Saat ini adalah Dosen Tetap di AKPER Buntet Pesantren Cirebon. Mengampu Mata Kuliah Karya Tulis Ilmiah, Keperawatan Medikal Bedah, Metodologi Keperawatan, Dokumentasi Keperawatan, dan Metodologi Penelitian.



**Wiwik Utami, APP., S.Pd., M.Kes.** Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana di DIV keperawatan Unair, kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Undip, berikutnya penulis melanjutkan pendidikan di S3 Keperawatan. Sejak tahun 1997 penulis telah aktif mengajar sebagai dosen keperawatan di Stikes Rajekwesi Bojonegoro. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui email [wiwik.utami@rajekwesi.ac.id](mailto:wiwik.utami@rajekwesi.ac.id)  
Untuk pembaca: carilah ilmu sampai ke ujung bumi, maka makin rendah hati kehidupanmu.



**Mugi Hartoyo, MN** menyelesaikan pendidikan perawat di Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Semarang (sekarang Poltekkes Kemenkes Semarang) pada tahun 1992. Jenjang pendidikan S1 Keperawatan (Honour) dan Magister Keperawatan diselesaikan di University of Melbourne Australia pada tahun 2003. Penulis adalah dosen Keperawatan Medikal Bedah (KMB) di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang sejak tahun 1994 sampai sekarang. Sampai saat ini penulis telah menghasilkan beberapa buku KMB dan buku soal UKOM Nasional bagi perawat, serta aktif mempublikasikan hasil-hasil penelitiannya di jurnal-jurnal nasional dan Internasional.

## PROFIL PENULIS



**Meliani Sukmadeiwi Harahap, S.Kep. M.Kes,** Lahir di Alur Merbau Tanggal 01 Mei 1972.

Riwayat pendidikan: Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes Langsa lulus tahun 1991, melanjutkan pada Program Pendidikan Bidan (PBB) lulus tahun 1992. Tahun 1995 penulis melanjutkan pendidikan ke AKPER Mona Banda Aceh, lulus tahun 1999, pendidikan S1 PSIK USU lulus tahun 2003, Program Magister Fasca Sarjana USU lulus tahun 2009. AKBID Nusantara 2000 lulus tahun 2014. Sejak Tahun 1992 penulis bertugas sebagai Bidan di Ranto Peureulak Aceh Timur. Tahun 2000 pindah ke Akper Depkes Langsa yang saat ini konversi menjadi Program Studi D-III Keperawatan Langsa Poltekkes Kemenkes Aceh, tahun 2011 penulis di mutasi ke prodi D-III Kebidanan Langsa sebagai Ketua Prodi, pada tahun 2021 sampai saat ini penulis kembali bekerja di Prodi D-III Keperawatan Langsa.

Email Penulis: melianisukmadewi@gmail.com



**Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.** Lahir di Takalar pada tanggal 23 September 1982. Penulis menempuh pendidikan Diploma Tiga Keperawatan pada tahun 2002-2005 di Politeknik Kesehatan Makassar, S1 Keperawatan pada tahun 2008 dan Profesi Ners tahun 2011 di STIKES Tanawali Takalar. Kemudian melanjutkan

pendidikan Program Magister Ilmu Keperawatan pada tahun 2014 di Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini penulis sebagai Dosen tetap yayasan di perguruan Tinggi Swasta STIKES Tanawali Takalar pada Program Studi Ilmu Keperawatan. Selain sebagai dosen, penulis juga aktif di kegiatan organisasi profesi sebagai pengurus DPDPPNI Kabupaten Takalar.

## PROFIL PENULIS



**Ns. Siti Munawaroh, M. Kep.** Penulis lahir di Semarang tanggal 24 Desember 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Kendal lulus tahun 2008. Selanjutnya penulis mendapat gelar Magister Keperawatan (M.Kep) di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2018. Pengalaman mengajar dari tahun 2009 sampai sekarang di Apker Muhammadiyah Kendal yang sekarang menjadi Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Selain sebagai pengajar penulis juga sebagai editor jurnal institusi Jurnal Surya Muda. Penulis menekuni bidang menulis mulai tahun 2023, 3 buku (menulis bersama) karya penulis yaitu Buku Kesehatan reproduksi dan kesehatan wanita, Buku Keperawatan Gerontik, dan Buku Dasar-Dasar Kesehatan masyarakat dan Keselamatan Kerja. Semoga sedikit ilmu pengetahuan yang disampaikan oleh penulis melalui buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Email penulis : [siti.muna31@yahoo.co.id](mailto:siti.muna31@yahoo.co.id)



**Trimar Handayani, S.Kep.,Ns,M.Biomed**, lahir di Baturaja (Sumatera Selatan), 16 Maret 1981. Pendidikan keperawatan berawal dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) DepKes Baturaja, dilanjutkan dengan pendidikan AKPER Mitra Adiguna Palembang, S1 STIKes Cirebon dan S2 Magister Biomedik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Pengalaman bekerja sejak tahun 2005 sebagai perawat di RSUD Kardinah Kota Tegal, kemudian menjadi dosen tetap di Akper Pemerintah Kota Tegal yang sejak tahun 2018 sampai dengan sekarang berubah menjadi Poltekkes Kemenkes Semarang Prodi Keperawatan Tegal. Bidang peminatan adalah Keperawatan Medikal Bedah dan Biomedik dengan kekhususan fisiologi manusia. Penulis memiliki hobi menulis dan membaca, buku ini merupakan salah satu hasil karyanya bersama dengan dosen-dosen hebat di berbagai daerah Indonesia. Email: [3marjamil@gmail.com](mailto:3marjamil@gmail.com).

## PROFIL PENULIS



**Ns. Firmina Theresia Kora, S.Kep., M.P.H.**, lahir di Kota Saumlaki, Provinsi Maluku 20 November 1989, putri dari Bapak Fransiskus Kora dan Ibu Moleket Angarmasa. Sejak tahun 2015 sampai saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Prodi S1 Keperawatan STIKes Yogyakarta. Ketertarikan penulis terhadap keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Respati Yogyakarta dan berhasil lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2015 penulis menyelesaikan studi S2 di Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Sebagai bentuk kecintaan terhadap dunia Pendidikan, penulis aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara tercinta.

## SINOPSIS

Pembelajaran dalam ilmu keperawatan dapat dilakukan salah satunya dengan pembelajaran praktik. Pembelajaran praktik bertujuan untuk melatih kemampuan kognitif, psikomotor dan juga afektif. Pembelajaran praktik yang dilakukan secara efektif dapat meningkatkan kompetensi mahasiswa. Materi dalam buku ini disusun untuk memfasilitasi mahasiswa dan praktisi keperawatan melakukan prosedur keperawatan secara sistematis agar keterampilan (skill) keperawatan lebih optimal. Buku ini membahas prosedur dalam praktik keperawatan dasar yang meliputi:

1. Memindahkan pasien dari tempat tidur ke tempat tidur/brancard/tandu
2. Memutar dan memposisikan pasien
3. Melatih ROM
4. Memasang sarung tangan dan gaun steril melalui mode tertutup
5. Menyiapkan obat oral
6. Menyiapkan obat dari vial
7. Pemberian obat peroral
8. Pemberian obat intracutan (IC)
9. Pemberian obat subcutan (SC)
10. Pemberian obat intramuscular (IM)
11. Pemberian obat intravena (IV)

Setiap prosedur diawali dengan penjelasan definisi, tujuan, indikasi, kontraindikasi, hal yang perlu diperhatikan, contoh soal UKOM mengenai prosedur keperawatan, pembahasan dan tahapan prosedur disertai gambar yang dapat membuat pembaca lebih memahami materi. Tentunya materi ini akan bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan atau praktisi keperawatan untuk mempertahankan standar tinggi praktik keperawatan.

Pembelajaran dalam ilmu keperawatan dapat dilakukan salah satunya dengan pembelajaran praktik. Pembelajaran praktik bertujuan untuk melatih kemampuan kognitif, psikomotor dan juga afektif. Pembelajaran praktik yang dilakukan secara efektif dapat meningkatkan kompetensi mahasiswa. Materi dalam buku ini disusun untuk memfasilitasi mahasiswa dan praktisi keperawatan melakukan prosedur keperawatan secara sistematis agar keterampilan (skill) keperawatan lebih optimal. Buku ini membahas prosedur dalam praktik keperawatan dasar yang meliputi:

1. Memindahkan pasien dari tempat tidur ke tempat tidur/brancard/tandu
2. Memutar dan memposisikan pasien
3. Melatih ROM
4. Memasang sarung tangan dan gaun steril melalui mode tertutup
5. Menyiapkan obat oral
6. Menyiapkan obat dari vial
7. Pemberian obat peroral
8. Pemberian obat intracutan (IC)
9. Pemberian obat subcutan (SC)
10. Pemberian obat intramuscular (IM)
11. Pemberian obat intravena (IV)

Setiap prosedur diawali dengan penjelasan definisi, tujuan, indikasi, kontraindikasi, hal yang perlu diperhatikan, contoh soal UKOM mengenai prosedur keperawatan, pembahasan dan tahapan prosedur disertai gambar yang dapat membuat pembaca lebih memahami materi. Tentunya materi ini akan bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan atau praktisi keperawatan untuk mempertahankan standar tinggi praktik keperawatan.

ISBN 978-623-8411-67-2



**Penerbit :**  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F**  
**Jalan S. Parman Kav. 22-24**  
**Kel. Palmerah, Kec. Palmerah**  
**Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480**  
**Telp: (021) 29866919**



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022