

TEKHNIK PEMBERIAN OBAT (PART II)

Teknik Pemberian obat melalui :

- Kulit
- Mata
- Epidural
- Terapi Panas Dingin
- Kompres
- Manajemen nyeri

Teknik Pemberian Obat

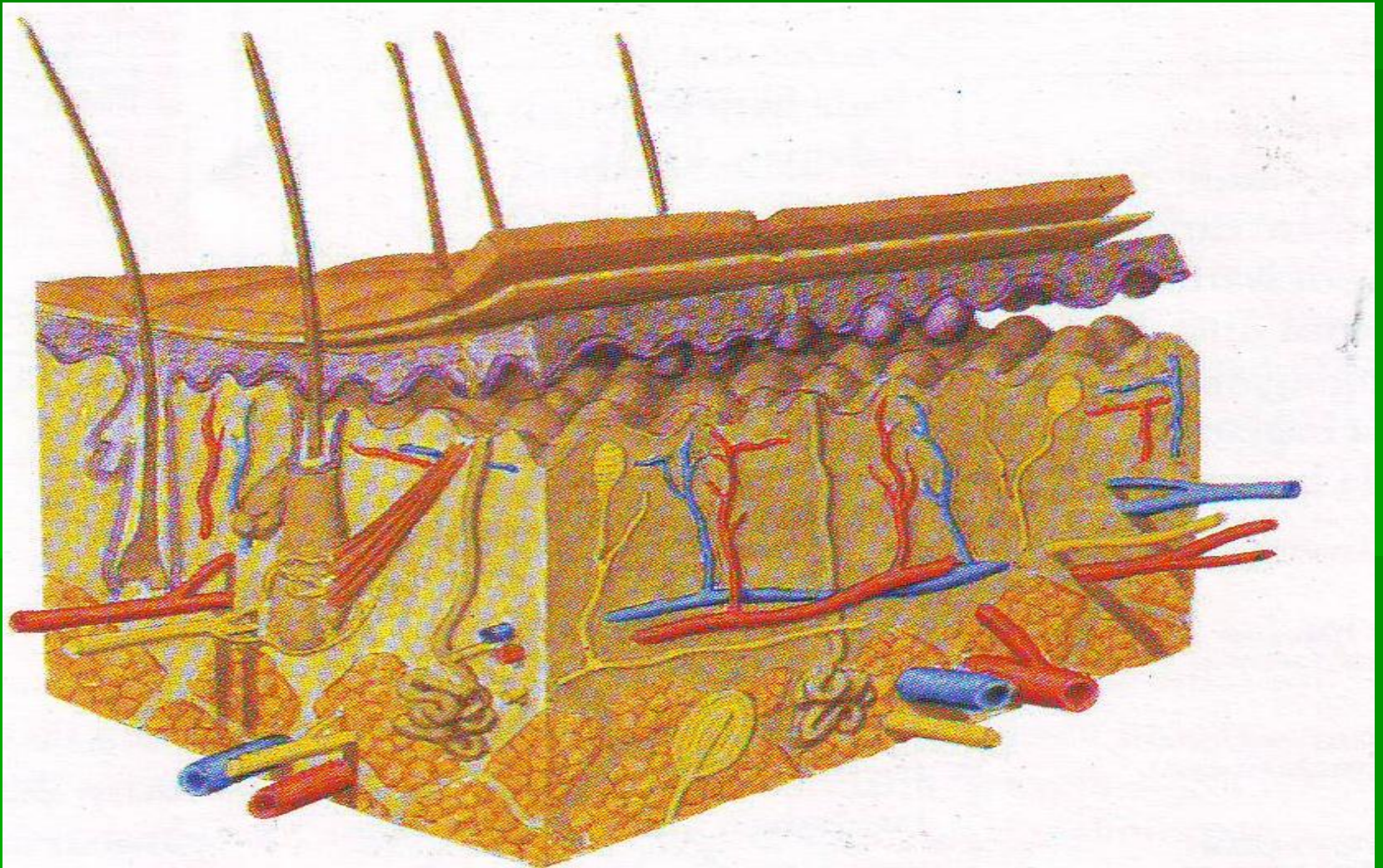
- Definisi :

Memberikan sejumlah obat kepada pasien sesuai dgn program pengobatan yg telah ditentukan secara tepat dan benar.

TUJUAN

1. Membantu mengurangi rasa sakit.
2. Membantu menegakkan diagnosa.
3. Memberi ketenangan dan rasa puas dlm diri pasien.

Pemberian Obat melalui kulit



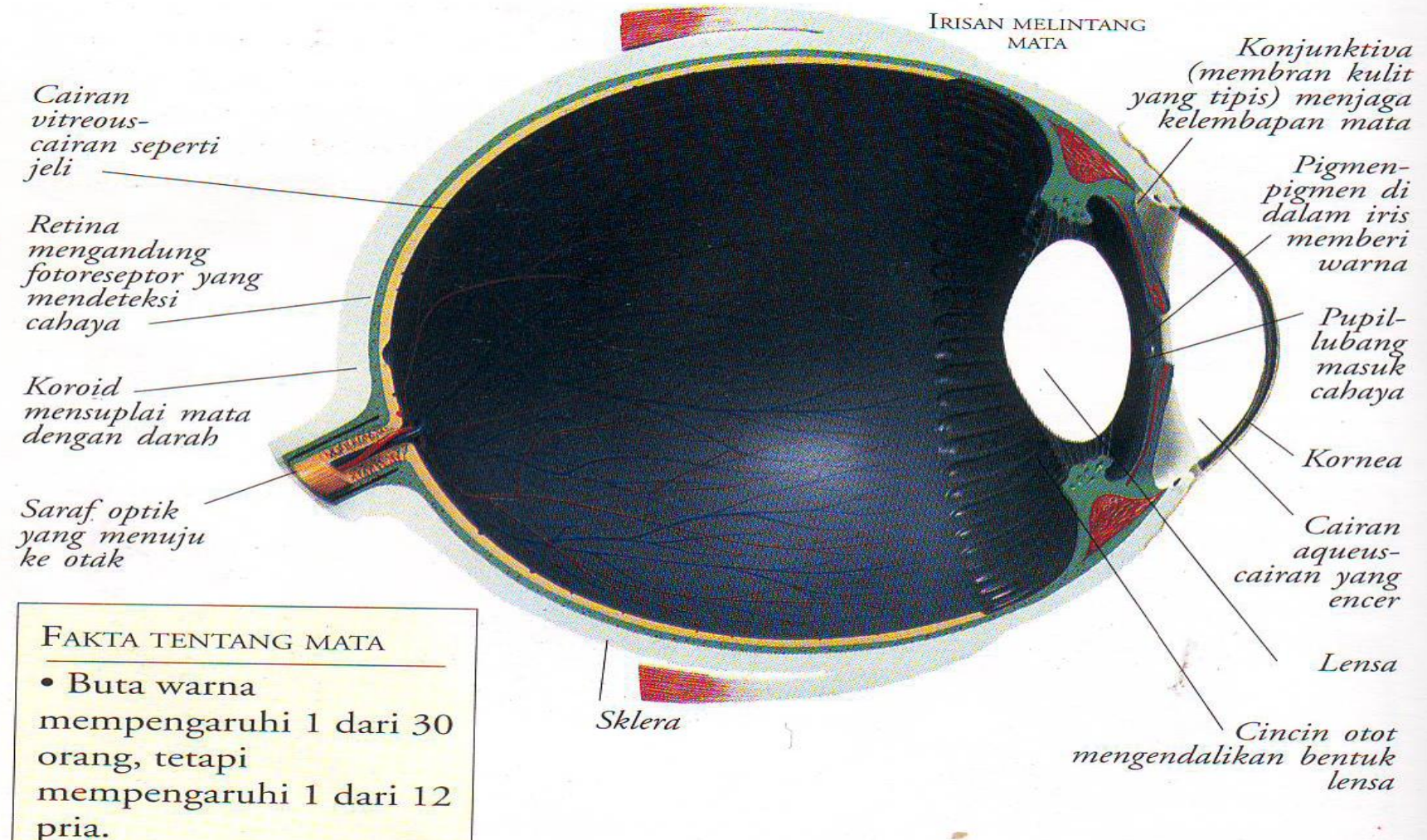
Persiapan Alat dan Bahan

1. Obat pd tempatnya, lotion, cream dan lain-lain
2. Kain kasa
3. Kertas tissue
4. Balutan
5. Pengalas
6. Air sabun dan air hangat

PROSEDUR KERJA

1. Jelaskan prosedur yg akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Gunakan sarung tangan
4. Bersihkan daerah yg akan diberi obat dgn air hangat.
5. Berikan obat sesuai dgn indikasi dan cara pemakaian.
6. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
7. Catat prosedur dan respon pasien.

Pemberian Obat melalui Mata



Pemberian Obat pada Mata

1. Obat Tetes

2. Salep mata

3. Irigasi

Teknik Pemberian Obat Mata dan Salep Mata

Persiapan Alat dan Bahan

1. Obat dlm tempatnya
2. Plester
3. Kain kasa
4. Kertas tissue
5. Balutan
6. Sarung Tangan
7. Air hangat atau kapas pelembab

Prosedur Kerja

1. Jelaskan Prosedur yg akan dilakukan.
2. Cuci Tangan.
3. Atur posisi pasien dgn kepala menengadah dlm posisi perawat di samping kanan pasien.
4. Gunakan sarung tangan.
5. Bersihkan daerah kelopak dan bulu mata dgn kapas basah steril dr sudut luar mata ke arah hidung, bila sangat kotor basuh dgn air hangat.
6. Buka mata dgn menekan perlahan bagian bawah menggunakan ibu jari atau jari telunjuk di atas tulang orbita.

Lanjutan

7. Teteskan obat mata di atas konjungtiva sesuai dosis, minta pasien untuk menutup mata secara perlahan ketika menggunakan tetes mata.
8. Bila menggunakan obat mata jenis salep, pegang aplikator di atas tepi kelopak mata.
9. Setelah selesai anjurkan pasien untuk melihat ke bawah scr bergantian, berikan obat pd kelopak mata bagian atas dan biarkan pasien untuk memejamkan mata dan menggosok kelopak mata.
10. Tutup mata dgn kasa bila perlu.
11. Cuci tangan stlh prosedur dilakukan.
12. Catat prosedur dan respon pasien.





IRIGASI MATA

Definisi :

- Membersihkan mata dgn cara mengalirkan cairan ke dalam mata.

Tujuan :

- Untuk membersihkan mata yg kotor atau mengeluarkan benda asing dan melaksanakan tindakan pengobatan pd mata.



Lower
conjunctival
sac

J. Tandy

Pemberian Obat melalui Epidural

Pengertian

- Epidural adalah anastesi lokal untuk memastikan rasa sakit dengan menyuntikan cairan di tulang belakang, letaknya kurang lebih 6 cm di atas pinggang. Epidural diberikan setelah pasien pembukaan 2 dan paling lambat pembukaan 8. Sebelum melakukan anastesi pasien sebelumnya harus konsultasi terlebih dahulu kepada dokter.

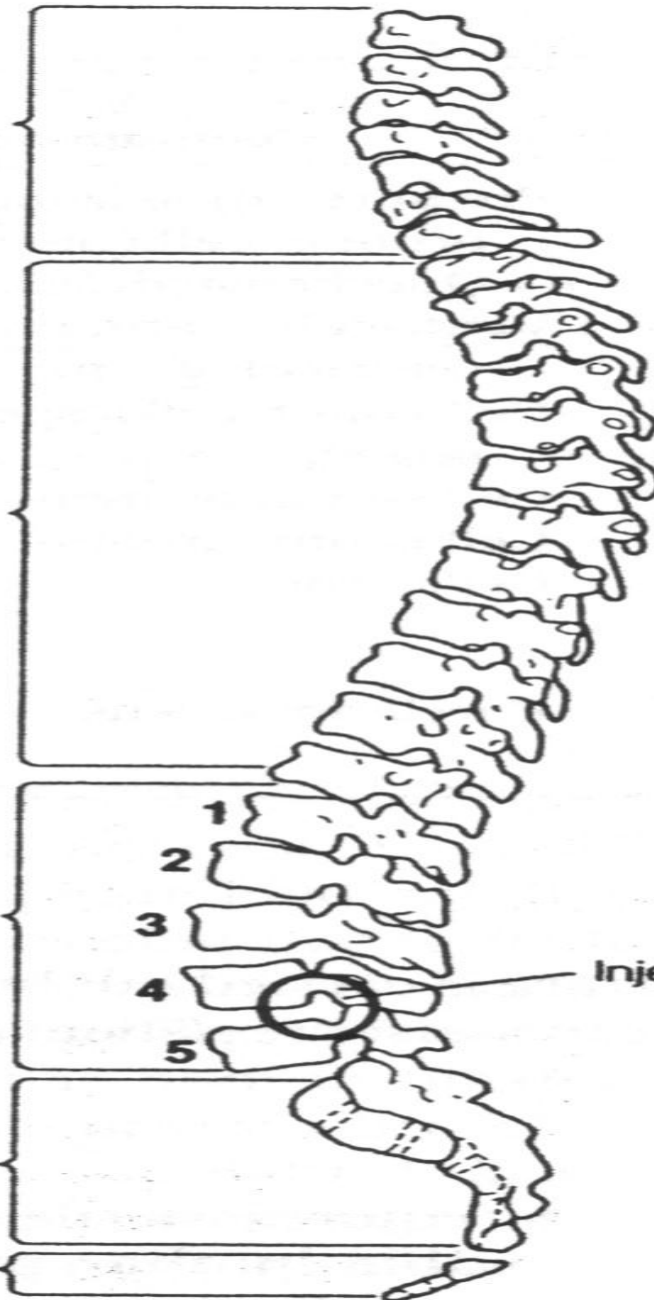
Cervical
vertebrae

Thoracic
vertebrae

Lumbar
vertebrae

Sacral
vertebrae

Coccygeal
vertebrae



Injection site

Pada saat konsultasi, dokter anastesi akan :

1. Meneliti keadaan tulang belakang.
2. Meneliti sejarah kesehatan pasien.
3. Melakukan pemeriksaan darah.

Pada saat suntikan dilakukan, pasien harus membungkukkan badan seperti bungkuk udang. Pemasukkan anastesi lokal ke dalam ruang epidural di lumbal dapat memberikan efek analgesia (bebas dari nyeri) maupun anastesia (penurunan sensasi).

1. Blok Epidural

Anastesi lokal diinjeksikan ke dalam ruang epidural. Kateter kecil dipasang sehingga *top-up* (dosis bolus) anastesi lokal dapat diberikan setelah dosis sebelumnya habis atau infus kontinue dapat diberikan menggunakan *driver spuit*.

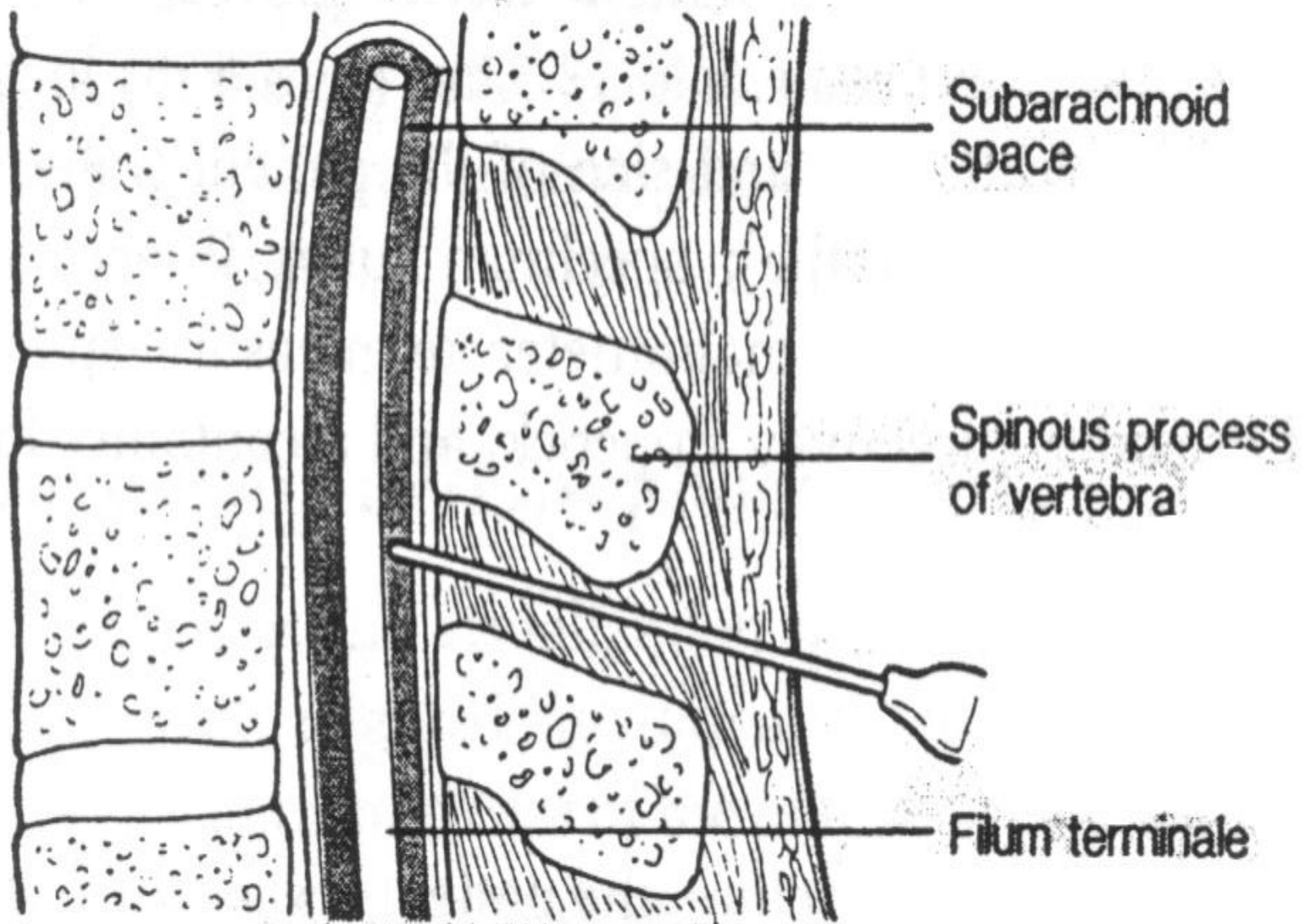
Lanjutan Blok Epidural

a. Anastesi Spinal

Sedikit anastesik lokal diinjeksikan ke daerah subaraknoid tempat ujung spinal.

b. Combined Spinal Epidural (CSE)

Pada pemasangan CSE banyak terjadi prutitis. Infus intravena dapat dihentikan setelah CSE terpasang, sensasi ibu cukup baik untuk bermobilisasi, berkemih dan mengejan.



- **2. Indikasi Blok Epidural**

- 1. Pereda nyeri atas permintaan ibu.
- 2. Bermanfaat bagi persalinan dgn bantuan alat.
- 3. Hipertensi.
- 4. Persalinan paterm.

- **3. Kontraindikasi**

- 1. Semua jenis malfungsi pembekuan darah.
- 2. Beberapa gangguan neurologis.
- 3. Deformitas spinal.
- 4. Sepsis lokal.

- 4. Efek Samping Epidural
- 1. Hipotensi, mual dan pingsan.
- 2. Dural trap.
- 3. Anastesi spinal total.
- 4. Blok parsial.
- 5. Toksisitas obat
- 6. Perubahan suhu.
- 7. Retensi urine.

5. Prosedur Pemasangan Blok Epidural Tradisional

- 1. Mendapat persetujuan dari ibu.
- 2. Anjurkan ibu untuk berkemih.
- 3. Panggil dokter anastesi.
- 4. Siapkan alat.
- 5. Pasang infus intravena.
- 6. Posisikan ibu.
- 7. Bantu dokter memasang sarung tangan & scort.
- 8. Anjurkan ibu tetap diam pada posisinya.
- 9. Semprotkan kulit plastik di daerah tusukan.

Lanjutan

10. Berikan sedikit dosis uji.
11. Bantu ke posisi semi-recumben.
12. Kaji dan catat tekanan darah dan nadi.
13. Observasi kondisi ibu.
14. Panggil dokter apabila terjadi gejala hipotensi.
15. Bereskan alat dengan benar.
16. Pantau kondisi janin dan cacat epidural pada CTG.
17. Kembalikan ibu ke posisi semula.
18. Lanjutkan perawatan persalinan.
19. Setelah 2-8 jam berikan top-up sebelum ibu merasa tdk nyaman.



J Tandy

6. Prosedur Top-up Epidural

1. Kaji kebutuhan pemberian top-up, periksa infus intravena dan siapkan alat.
2. Posisikan ibu pada posisi miring kala I persalinan dan duduk pada kala II.
3. Cuci tangan dan periksa kembali obat anestetik.
4. Buka penutup filter.
5. Observasi ibu untuk adanya reaksi yang merugikan.
6. Pasang kembali tutup filter.
7. Setiap 5 menit selama 20 menit nadi dan tekanan darah diukur.
8. Posisikan ibu kembali.
9. Bereskan alat dengan benar.
10. Dokumentasikan pemberian dan pengaruhnya.

7. Prosedur Pelepasan Kanula Epidural

1. Dapatkan persetujuan dari ibu.
2. Cuci tangan dan pakai sarung tangan steril.
3. Buka plester dan minta ibu membungkukkan punggungnya.
4. Pasang kulit plastik dan balutan tahan air steril.
5. Periksa kateter.
6. Dokumentasikan pencabutan kanula dan lakukan tindakan yg sesuai.



KOMPRES

- 1.Kompres Panas Basah
- Tujuan :
 - 1.Memperbaiki sirkulasi
 - 2.Menghilangkan edema
 - 3.Meningkatkan drainase
 - 4.Mengurangi rasa nyeri
 - 5.Menurunkan suhu tubuh pada demam

Persiapan Alat

- 1. Buli-buli dan sarungnya
- 2. Perlak kecil dan alasnya
- 3. Air panas secukupnya

Pelaksanaan

- 1. Beri penjelasan tentang prosedur yg akan dilakukan.
- 2. Atur posisi pasien dlm posisi duduk atau terlentang.
- 3. Letakkan buli-buli pd bagian yg akan dikompres.
- 4. Bereskan dan bersihkan alat.
- 5. Cuci tangan dan catat laporan tindakan yg telah dilakukan.

2. Kompres Dingin Basah

- Tujuan :
- Meredakan nyeri luka jahitan perineum
- Persiapan Alat dan Bahan :
 - 1. Kartbit es dan sarung tangan.
 - 2. Perlak kecil dan alasnya.
 - 3. Mangkuk berisi air es secukupnya.
 - 4. Satu sendok kecil garam (agar es lebih tahan lama)

Pelaksanaan

- 1. Beri penjelasan tentang prosedur yg akan dilakukan.
- 2. Cuci tangan dgn air mengalir.
- 3. Atur posisi pasien dlm posisi duduk atau terlentang.
- 4. Memakai sarung tangan.
- 5. Pasangkan perlak dan alasnya.
- 6. Pasang karbit es pada bagian tubuh yg akan dikompres.
- 7. Bereskan dan bersihkan alat.
- 8. Cuci tangan dan catat laporan tindakan yg telah dilakukan.

Manajemen Nyeri

- Adalah suatu sensori subjektif dan emosional yg tdk menyenangkan dgn disertai kerusakan jaringan yg aktual,potensial atau yg dirasakan dlm kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan semacam itu (IASP,1986)

-

Fisiologi nyeri

- 1. Resepsi
- 2. Persepsi
- 3. Reaksi

Faktor-Faktor yg Mempengaruhi Nyeri

- 1.Usia
- 2.Jenis Kelamin
- 3.Kebudayaan
- 4.Makna nyeri
- 5.Perhatian
- 6.Ansietas
- 7.Keletihan
- 8.Pengalaman sebelumnya
- 9.Gaya hidup
- 10.Dukungan sosial keluarga

Cara Mengatasi Nyeri

1. Tindakan Farmakologis
2. Tindakan non-Farmakologis

Terapi panas dingin

Efek pemberian panas :

Terjadi refleks vasokonstriksi sehingga berguna untuk meningkatkan aliran darah di bagian cedera.

Efek pemberian dingin :

Terjadi refleks vasodilatasi.

LANJUTAN.....

Faktor- faktor yang mempengaruhi toleransi panas dan dingin :

1. Durasi tubuh
2. Bagian tubuh
3. Kerusakan permukaan tubuh
4. Suhu kulit sebelumnya
5. Area permukaan tubuh
6. Usia dan kondisi fisik

Lanjutan.....

Prosedur pemberian terapi panas dan dingin yang aman :

- Jelaskan pada klien sensasi yang akan dirasakan selama prosedur berlangsung.
- Instruksikan klien untuk segera melapor jika ada perubahan sensasi atau rasa tidak nyaman.
- Sediakan jam sehingga klien dapat membantu perawat menghitung waktu pelaksanaan terapi.
- Pertahankan lampu panggil tetap berada dalam jangkauan klien.

Lanjutan....

- Lihat kebijakan institusi dan manual prosedur untuk batas suhu yang aman.
- Jangan izinkan klien mengatur suhu.
- Jangan izinkan klien memindahkan alat atau meletakkan tangannya pada tempat luka.
- Jangan memberi posisi yang menyulitkan klien bergerak menjauhi sumber suhu.
- Jangan tinggalkan klien yang tidak mampu merasakan perubahan suhu atau yang tidak mampu berpindah dari sumber suhu.

Terima Kasih