

RSUD TAPAN		MELAKSANAKAN AMBULASI DINI	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 072	No. Revisi 0	Halaman 1 / 3
	Tanggal Terbit Tgl/01/2020	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD TAPAN 	
PENGERTIAN	Melakukan aktivitas/gerakan segera mungkin, baik pada pasien post operasi, paraplegia, fraktur, atau pasien dengan gangguan pernafasan		
TUJUAN	1. Mencegah dekubitus dan mencegah pneumunia. 2. Mencegah gangguan GIT dan mencegah hemodinamik. 3. Mencegah kontraktur sendi dan mencegah atropi otot. 4. Mencegah gangguan neorologis dan mencegah timbulnya cystistis.		
KEBIJAKAN	Dalam memberikan Asuhan Keperawatan (ASKEP) kepada pasien harus berdasarkan SPO yang tersedia		
PROSEDUR	A. Persiapan alat 1. Pasien post operasi : a. Buku catatan b. Arloji 2. Paraplegia inferior : a. Kruk atau kursi roda b. Buku catatan 3. Fraktur : a. Kursi roda b. Buku catatan 4. Pasien dengan gangguan pernafasan: a. Buku catatan b. Balon B. Persiapan Pasien dan Lingkungan 1. Memberitahu dan menjelaskan kepada keluarga maksud dan		

tujuan tindakan.

2. Pasien diatur sesuai kebutuhan

C. Pelaksanaan

1. Pasien post operasi :

a. Kecil (ambulasi dilakukan langsung setelah post operasi).

1. Perawat berdiri disisi tempat tidur.

2. Membantu pasien mengeser kakinya kesamping tempat tidur.

3. Membantu pasien menggerak-gerakkan kakinya atau diayun.

4. Membantu pasien turun dari tempat tidur atau berdiri.

5. Hitung nadi, perhatikan respon pasien.

6. Membantu pasien berjalan pelan-pelan.

7. Amati respon pasien catat dalam catatan perawat.

b. Sedang

1. Setelah sadar miring-miring.

2. 1 x 24 jam duduk.

3. 1 x 24 jam jalan.

4. Amati respon pasien catat dalam catatan perawat.

c. Besar

1. Sesuai advis dokter

2. Diperkenankan miring-miring saja dengan bantuan perawat atau ssama sekali tidak boleh.

3. Amati respon pasien catat dalam catatan perawatan.

2. Paraplegia inferior :

a. Dilakukan perubahan posisi masing-masing tiap 3 jam.

b. Bladder exercise.

c. Merangsang BAB.

d. Hidrasi (minum) sebanyak-banyaknya.

e. Pasien diawasi saat menggunakan alat bantu (kursi roda).

f. Mengamati respon pasien catat dalam catatan perawat.

3. Fraktur :

a. Ada 3 tahap :

1. NWB (Non Weight Beereng) atau tanpa berat badan menggunakan 2 kruk dengan jalan secara meloncat (1-2 minggu)

2. SWB (Semi Weight Beereng) = $\frac{1}{2}$ berat badan menggunakan 2 kruk, berjalan dimulai dari kaki yang

	sehat dulu 1-2 minggu) 3. FWB (Full Weight Beereng) + berat badan penuh menggunakan 1 kruk pada anggotanya yang sakit berjalan biasa langkah awal dari sehat (1-2 minggu). b. Pasien diawasi saat menggunakan alat bantu. c. Amati respon pasien catat dalam catatan perawat 4. Pasien yang mengalami gangguan pernafasan, dengan cara : a. Partial (posisi tidur) yaitu ½ duduk (semi fowler). b. Meniup balon. c. Clapping (ditepuk-tepuk). d. Coughing (batuk-batuk). e. Pasien diawasi saat menggunakan alat bantu. f. Amati respon pasien catat dalam catatan perawat.
UNIT TERKAIT	Rawat Inap