

Buku Panduan Praktik (2nd Edition)

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I

(KDM I)

Tim Penyusun:

DR. Jenita DT Donsu, SKM, M.Si
Ns. Ida Mardalena, S.Kep, M.Si
Sari Candra Dewi, SKM, M.Kep
Ns. Ana Ratnawati, S.Kep, M.Kep
Abdul Ghofur, S.Kp, M.Kes
Yustiana Olfah, APP., M.Kes
Agus Sarwo Prayogi, APP., M.Sc
Budhy Ernawan, S.Kp, M.Sc
Eko Suryani, SPd, S.Kep, M.A
Sarka Ade Susana, SIP, S.Kep, M.A
Ns. Harmilah, SPd, SKep, M.Kep, Sp MB
Ns. Nurun Laasara, S.Kep

Maslow's Hierarchy of Needs



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA
JURUSAN KEPERAWATAN**

Bekerjasama dengan Penerbit Pustaka Rihama dengan nomor ISBN :

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur bagiMu ya Allah atas segala limpahan kasih, rahmat dan karuniaMu, buku ini dapat diselesaikan dalam waktu yang relatif singkat. Buku ini menjelaskan garis besar materi tentang Keperawatan Dasar Manusia I (satu) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) serta Lembar Observasi (LO), yang berkaitan dengan mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia I (KDM I). SOP terdiri dari semua prosedur tetap yang dipelajari dalam mata kuliah KDM I. Setiap prosedur meliputi: pengertian, tujuan, indikasi, kontraindikasi, persiapan alat, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

Buku Panduan Praktek KDM I ini dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan, dosen dan atau praktisi perawat. Buku ini disusun dengan maksud sebagai referensi guna membantu mahasiswa keperawatan agar lebih mudah memahami dan mencapai kompetensi berdasarkan kurikulum pendidikan keperawatan. Tentu saja buku sederhana ini masih sangat memerlukan dukungan referensi lain guna lebih memperdalam topik-topik bahasan tertentu dan jubarannya dalam praktik. Oleh sebab itu mohon masukan dan saran pengguna buku ini untuk kesempurnaan tulisan selanjutnya.

Terimakasih yang tak terhingga kepada Tim Pengajar KDM I atas dedikasi, *support* semangat dan kerjasamanya, sehingga buku ini dapat diselesaikan. Kami berharap semoga buku ini dapat bermanfaat bagi segenap civitas akademika pendidikan keperawatan khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semoga keselamatan dan kesejahteraan senantiasa bersama kita semua.

Yogyakarta, Oktober 2015
Ketua Jurusan Keperawatan,

Tri Prabowo, S.Kp.,M.Sc
NIP. 196505191988031001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I	PENDAHULUAN 1
	A. Acuan Praktik Laboratorium Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia I (KDM I) Semester I Prodi Keperawatan.... 1
	B. Tata Tertib Praktik Di Laboratorium Keperawatan..... 6
BAB II	TINJAUAN TEORI 7
	A. Berfikir Kritis Dalam Keperawatan..... 7
	B. Pemeriksaan Fisik, Diagnostik, Specimen..... 8
	C. Kebutuhan Eliminasi Urine dan Fekal..... 12
	D. Kebutuhan Mobilisasi dan Transportasi..... 14
	E. Kebutuhan Istirahat dan Tidur..... 18
	F. Kebutuhan Dasar Psikososial..... 25
BAB III	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)..... 28
	A. Melaksanakan persiapan pemeriksaan fisik, diagnostik dan tindakan khusus sebagai hasil kolaborasi..... 28
	B. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine dan fekal..... 46
	C. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman/nyaman..... 50
	D. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi/transportasi... 84
	E. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur..... 92
BAB IV	LEMBAR OBSERVASI (LO) 96
	A. LO melaksanakan persiapan pemeriksaan fisik, diagnostik dan tindakan khusus sebagai hasil kolaborasi..... 96
	B. LO melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine dan fekal..... 108

C. LO melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.....	113
D. LO melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi.....	141
E. LO melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur.....	143
F. LO melaksanakan tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan psikososial.	145

BAB I

PENDAHULUAN

A. ACUAN PRAKTIK

LABORATORIUM KEPERAWATAN

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I (KDM I)

DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini menguraikan tentang konsep kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan bio, psiko, sosio, spiritual termasuk kebutuhan personal higiene, eliminasi, aktivitas istirahat dan tidur, rasa aman dan nyaman. Penerapan proses keperawatan dilaksanakan berdasarkan kebutuhan dasar tersebut. Aktivitas belajar meliputi kuliah, diskusi, penugasan, demonstrasi dan simulasi di kelas serta praktikum di laboratorium.

STANDAR KOMPETENSI

Standar kompetensi yang akan dicapai pada mata kuliah ini meliputi :

- Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan berfikir kritis
- Mengkonsultasikan penanganan pasien terhadap tim kesehatan lain
- Melaksanakan persiapan pemeriksaan diagnostik dan tindakan khusus sebagai hasil kolaborasi
- Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine dan fekal
- Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman
- Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi
- Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur
- Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial

TUJUAN PRAKTIK

A. Tujuan Umum

Setelah menyelesaikan praktek laboratorium mahasiswa mampu :

1. Menerapkan cara berfikir kritis dalam pengkajian
2. Mampu melakukan persiapan pemeriksaan diagnostik
3. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine & fekal
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan rasa aman dan nyaman
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi
6. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat tidur
7. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial

B. Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan praktek laboratorium, mahasiswa mampu :

a. Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan berfikir kritis :

1. Menilai Keadaan/penampilan umum pasien :
2. Melakukan pemeriksaan Tanda vital,
3. Melakukan pengukuran Berat badan dan Tinggi badan
4. Pemeriksaan kulit, rambut, dan kuku
5. Pemeriksaan kepala dan leher
6. Pemeriksaan dada, mammae dan paru-paru
7. Pemeriksaan jantung dan sistem vaskular
8. Pemeriksaan abdomen
9. Pemeriksaan punggung
10. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah
11. Pemeriksaan genitalia dan saluran reproduksi
12. Pemeriksaan rektum dan anus

b. Melaksanakan persiapan pemeriksaan diagnostik dan tindakan khusus sebagai hasil kolaborasi

1. Menyiapkan spesimen untuk pemeriksaan : darah
2. Menyiapkan spesimen untuk pemeriksaan : feses
3. Menyiapkan spesimen untuk pemeriksaan : urin,
4. Menyiapkan spesimen untuk pemeriksaan : sputum,
5. Menyiapkan spesimen untuk pemeriksaan : pus
6. Persiapan pasien untuk berbagai pemeriksaan radio diagnostik : Rontgen, USG, CT-San, MRI, EKG

c. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine dan fekal

1. Membantu bab
2. Membantu bak pria
3. Membantu bak wanita
4. Dressing kateter pria
5. Dressing kateter wanita

d. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman :

I. Personal Hygiene :

1. Memandikan pasien di atas tempat tidur
2. Mencuci rambut
3. Memasang kap kutu
4. Oral hygiene
5. Vulva hygiene
6. Memotong kuku
7. Menyisir rambut
8. Menggosok gigi
9. Mengganti alat tenun dengan pasien di atasnya
10. Mengganti alat tenun tanpa pasien di atasnya

II. Rasa aman dan nyaman

1. Kompres panas
2. Kompres dingin
3. Pengelolaan nyeri : *guided imagery*

4. Pengelolaan nyeri : massage
 5. Pengelolaan nyeri : relaksasi
 6. Pengelolaan nyeri : distraksi
 7. Melakukan sterilisasi alat
 8. Melakukan desinfeksi
 9. Mencuci tangan bersih
 10. Mencuci tangan steril
 11. Memakai dan melepas sarung tangan steril & masker
 12. Memakai dan melepas gaun steril
- e. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi
1. Mengatur posisi Fowler dan semi fowler
 2. Mengatur posisi Miring
 3. Mengatur posisi Dorsal recumbent
 4. Mengatur posisi Nungging (Genu Pectoral)
 5. Mengatur posisi Litotomi
 6. Mengatur posisi SIM
 7. Mengatur posisi Trendelenberg
 8. Mengatur posisi Anti trendelenberg
 9. Melatih ROM Pasif
 10. Melatih ROM Aktif
 11. Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
 12. Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kereta dorong/brankar dan sebaliknya
 13. Melatih pasien dengan alat bantu jalan : walker, dan kruk
- f. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur
- g. Melaksanakan bimbingan ritual tidur
- h. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial
- i. Teknik pengkajian pada pasien dengan masalah psikososial : aspek fisik, psikologis, seksual, sosial dan spiritual

PELAKSANAAN

1. Peserta : Mahasiswa Keperawatan.
2. Waktu menyesuaikan dengan jadwal
 - a. Praktik laboratorium
 - b. Ujian praktik laboratorium

3. Tempat

Laboratorium Keperawatan Dasar Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

4. Pembimbing/penguji (sesuai dosen pengampu)

TUGAS MAHASISWA

1. Mempelajari *Standard Operating Procedure* (SOP) setiap ketrampilan yang akan dipraktikkan.
2. Mengikuti kegiatan praktik laboratorium sesuai jadwal
3. Menyiapkan alat-alat praktik laboratorium sesuai SOP bersama dengan petugas laboratorium.
4. Mengisi daftar hadir kegiatan belajar mengajar.
5. Membereskan alat-alat setelah selesai praktik laboratorium.

TUGAS PEMBIMBING

1. Menyiapkan SOP.
2. Mengecek kelengkapan alat-alat untuk ketrampilan yang akan dipraktikkan.
3. Mendemonstrasikan ketrampilan yang akan dipraktikkan sesuai dengan SOP.
4. Membimbing mahasiswa dalam redemonstrasi ketrampilan sesuai dengan SOP.
5. Membimbing mahasiswa pada kegiatan bimbingan praktik kelompok maupun individu sesuai jadwal.
6. Mengevaluasi pelaksanaan praktik laboratorium sesuai ketrampilan yang dipraktikkan.

PENILAIAN

MA KDM I terdiri dari 1 SKS praktika.

Penilaian : Ujian Praktik

TATA TERTIB

1. Wajib mengikuti praktik laboratorium MA KDM I, baik demonstrasi maupun mandiri.
2. Mahasiswa wajib minta tanda tangan (bukti keikutsertaan mahasiswa) kepada pembimbing setelah mengikuti praktik laboratorium baik demonstrasi maupun bimbingan praktik kelompok.

SANKSI

1. Apabila mahasiswa tidak mentaati peraturan yang berlaku, tidak diperkenankan mengikuti praktik laboratorium.
2. Apabila mahasiswa tidak bisa hadir atau berhalangan hadir saat praktik laboratorium, wajib mengganti dengan praktik laboratorium tambahan (susulan).
3. Apabila mahasiswa merusakkan alat laboratorium, wajib mengganti alat tersebut.

B. TATA TERTIB PRAKTIK DI LABORATORIUM KEPERAWATAN

1. Mempelajari prosedur tindakan (SOP) sebelum melakukan praktik demi kelancaran selama praktik
2. Mengenakan seragam sopan lengkap dengan atribut, rambut diikat rapih, lengan baju digulung sampai siku, tidak memakai perhiasan, kumis/jambang dipotong rapih, apabila memakai jilbab agar diatur sebatas dada
3. Hadir di laboratorium keperawatan 15 menit sebelum dimulai
4. Tidak membawa makanan, minuman, handphone, laptop selama praktik di laboratorium
5. Menjaga ketertiban dan kebersihan selama menjalankan praktik di laboratorium
6. Hanya menggunakan alat laboratorium/instrument yang diperlukan untuk praktik sesuai ketrampilan yang dipelajari
7. Membereskan dan merapikan semua alat yang telah dipakai sebelum meninggalkan laboratorium
8. Bertanggungjawab apabila ada kerusakan dan kehilangan peralatan praktik
9. Menandatangani daftar hadir yang telah disediakan

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Berfikir Kritis Dalam Keperawatan

Berfikir kritis dalam keperawatan adalah komponen dasar dalam pertanggungjawaban profesional dan kualitas asuhan keperawatan. Berfikir kritis jaminan yang terbaik bagi perawat mencapai sukses dalam berbagai aktifitas.

Berfikir kritis perlu bagi perawat :

- Penerapan profesionalisme.
- Pengetahuan teknis dan keterampilan teknis dalam memberikan askep.

Seorang pemikir yang baik tentu juga seorang perawat yang baik.

Diperlukan perawat, karena :

- Perawat setiap hari mengambil keputusan.
- Perawat menggunakan keterampilan berfikir

Menggunakan pengetahuan dari berbagai subjek dan lingkungannya, menangani perubahan yang berasal dari stresor lingkungan penting membuat keputusan.

Ada 4 hal pokok penerapan berfikir kritis dalam keperawatan:

1) Penggunaan bahasa dalam keperawatan :

Berfikir kritis adalah kemampuan menggunakan bahasa secara reflektif.

- a. Perawat menggunakan bahasa verbal dan nonverbal dalam mengekspresikan idea, fikiran, info, fakta, perasaan, keyakinan dan sikapnya terhadap klien, sesama perawat, profesi.
- b. Secara nonverbal saat melakukan pedokumentasian keperawatan.

2) Argumentasi dalam keperawatan.

Sehari-hari perawat dihadapkan pada situasi harus berargumentasi untuk menemukan, menjelaskan kebenaran, mengklarifikasi isu, memberikan penjelasan, mempertahankan terhadap suatu tuntutan.

3) Pengambilan keputusan dalam keperawatan

Sehari-hari perawat harus mengambil keputusan yang tepat. Keputusan apa yang harus kita lakukan

4) Penerapan Proses Keperawatan

Perawat berfikir kritis pada setiap langkah proses keperawatan

- a. Pengkajian
 - Mengumpulkan data dan validasi.
 - Observasi dalam pengumpulan data
 - Menggunakan ilmu-ilmu lain yang terkait.
 - Mengelola dan mengkatagorikan data
- b. Perumusan diagnosa keperawatan
 - Tahap pengambilan keputusan yang paling kritis.
 - Menentukan masalah dan argumen secara rasional
 - Lebih terlatih, lebih tajam dalam dalam masalah
- c. Perencanaan keperawatan
 - Menggunakan pengetahuan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan
 - Keterampilan guna mensintesa ilmu yang dimiliki untuk memilih tindakan
- d. Pelaksanaan keperawatan
 - Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah keterampilan dalam menguji hipotesa.
 - Tindakan nyata yang menentukan tingkat keberhasilan
- e. Evaluasi keperawatan
 - Mengkaji efektifitas tindakan
 - Perawat harus dapat mengambil keputusan tentang pemenuhan kebutuhan dasar klien
 - Bila perlu diulangi

B. Pemeriksaan Fisik, Diagnostik dan Specimen

Tehnik pemeriksaan fisik dilakukan dengan 4 cara:

1. **Inspeksi** adalah memeriksa dengan melihat dan mengingat.

Langkah kerja :

- Atur pencahayaan yang cukup
- Atur suhu & suasana ruangan nyaman
- Posisi pemeriksa sebelah kanan pasien
- Buka bagian yang diperiksa
- Perhatikan kesan pertama pasien: perilaku, ekspresi, penampilan umum, pakaian, postur tubuh & gerakan dengan waktu cukup.
- Lakukan inspeksi scr sistematis, bila perlu bandingkan bagian sisi tubuh pasien.
- Lakukan perkusi secara sistematis sesuai dengan keperluan.

2. **Palpasi** adalah pemeriksaan dengan perabaan, menggunakan rasa propioseptif ujung jari & tangan.

Langkah kerja :

- Daerah yang diperiksa bebas dari gangguan yg menutupi
- Cuci tangan
- Beritahu pasien tentang prosedur & tujuannya
- Yakinkan tangan hangat tidak dingin

- Lakukan perabaan secara sistematis untuk menentukan ukuran, bentuk, konsistensi & permukaan: 1. 2. 3. 4. Jari telunjuk dan ibu jari --> menentukan besar/ukuran Jari 2,3,4 bersama --> menentukan konsistensi dan kualitas benda Jari dan telapak tangan --> merasakan getaran Sedikit tekanan --> menentukan rasa sakit



3. **Perkusi** adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk permukaan badan melalui jari tangan, untuk mengetahui keadaan organ-organ di dalam tubuh.

Langkah Kerja :

- Lepas pakaian sesuai dengan keperluan
- Luruskan jari tengah kiri, dengan ujung jari tekan pada permukaan yang akan diperkusi.
- Lakukan ketukan dengan ujung jari tengah kanan diatas jari kiri, dengan lentur dan cepat, dengan menggunakan pergerakan pergelangan tangan.



4. **Auskultasi** adalah pemeriksaan mendengarkan suara dalam tubuh dengan menggunakan alat stetoskop.

Bagian-bagian stetoskop:

- Ear Pieces --> dihubungkan dengan telinga

- Sisi Bell (Cup) --> pemeriksaan thorak atau bunyi dengan nada rendah
- Sisi diafragma (membran) --> Pemeriksaan abdomen atau bunyi dengan nada tinggi.

Cara Kerja :

- Ciptakan suasana tenang dan aman
- Pasang Ear piece pada telinga
- Pastikan posisi stetoskop tepat dan dapat didengar
- Pada bagian sisi membran dapat digosok biar hangat
- Lakukan pemeriksaan dengan sistematis sesuai dengan kebutuhan.



Pemeriksaan Diagnostik dan Specimen

Pemeriksaan diagnostik adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, dan komunikasi terhadap suatu masalah kesehatan dan proses kehidupan aktual maupun potensial. Diagnostik klinis merupakan respon individu terhadap suatu masalah kesehatan. Hasil suatu pemeriksaan sangat penting dalam membantu diagnose, memantau perjalanan penyakit serta menentukan prognosa.

Misalnya, penggunaan Ultrasonografi (USG) yang sudah dimulai sejak tahun 1960, dirintis oleh Profesor Ian Donald. Sejak itu, sejalan dengan kemajuan teknologi bidang komputer, maka perkembangan ultrasonografi juga maju dengan sangat pesat, sehingga saat ini sudah dihasilkan USG 3 Dimensi dan Live 3D (ada yang menyebut sebagai USG 4D).

Dalam bidang obstetri, indikasi yang dianut adalah melakukan pemeriksaan USG dilakukan begitu diketahui hamil, penapisan USG pada trimester pertama (kehamilan 10 – 4 minggu), penapisan USG pada kehamilan trimester kedua (18–20 minggu), dan pemeriksaan tambahan yang diperlukan untuk memantau tumbuh kembang janin.

Dalam bidang ginekologi onkologi pemeriksaannya diindikasikan bila ditemukan kelainan secara fisik atau dicurigai ada kelainan tetapi pada pemeriksaan fisik tidak jelas adanya kelainan tersebut.

Dalam bidang endokrinologi reproduksi pemeriksaan USG diperlukan untuk mencari kausa gangguan hormon, pemantauan folikel dan terapi infertilitas, dan pemeriksaan pada pasien dengan gangguan haid.

Sedangkan indikasi non obstetrik bila kelainan yang dicurigai berasal dari disiplin ilmu lain, misalnya dari bagian pediatri, rujukan pasien dengan kecurigaan metastasis dari organ ginekologi dll.

Dalam kehidupan sehari-hari kita pasti sering mendengar istilah urine. Bukan hanya mendengar namun kita selalu menemui dan melakukan pembuangan urine atau metabolisme tubuh melalui urine yang biasa disebut buang air kecil (BAK). Buang air kecil merupakan suatu hal yang normal namun kenormalan tersebut dapat menjadi tidak normal apabila urine yang dikeluarkan tidak seperti biasanya. Mengalami perubahan warna atau merasakan nyeri saat melakukan proses buang air kecil. Jika hal itu terjadi maka yang perlu kita lakukan adalah dengan cara melakukan pemeriksaan.

Pemeriksaan urine merupakan pemeriksaan yang menggunakan bahan atau specimen urine. Pemeriksaan pada urine dapat menentukan penyakit apa yang sedang diderita oleh seseorang. Pemeriksaan laboratorium adalah suatu tindakan dan prosedur tindakan dan pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan atau sampel dari penderita dapat berupa urin (air kencing), darah, sputum (dahak), atau sampel dari hasil biopsy. Manfaat pemeriksaan tersebut adalah untuk mengetahui kandungan yang terdapat dalam urine, darah, sputum, dan atau sampel dari hasil biopsy untuk mengetahui tindakan selanjutnya atas penyakit yang diderita pasien.

C. Kebutuhan Eliminasi Urine dan Fekal

Eliminasi adalah proses pembuangan sisa metabolisme tubuh baik berupa urine atau bowel (feses). Miksi merupakan proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi. Sistem tubuh yang berperan dalam terjadinya proses eliminasi urine adalah ginjal, ureter, kandung kemih dan uretra.

Proses ini terjadi dari dua langkah utama yaitu: kandung kemih secara progresif terisi sampai tegangan dindingnya meningkat di atas nilai ambang, yang kemudian mencetuskan langkah kedua yaitu timbul refleks saraf yang disebut refleks miksi (refleks berkemih) yang berusaha mengosongkan kandung kemih atau jika ini gagal, setidaknya menimbulkan kesadaran akan keinginan untuk berkemih. Meskipun refleks miksi adalah refleks autonomik medula spinalis, namun refleks ini bisa juga dihambat atau ditimbulkan oleh pusat korteks serebri atau batang otak.

Pada eliminasi urine normal sangat tergantung pada individu, biasanya miksi setelah bekerja, makan atau bangun tidur. Normal miksi sehari adalah 5 kali. Defekasi adalah

pengeluaran feses dari anus dan rektum. Hal ini juga disebut *bowel movement*. Frekwensi defekasi pada setiap orang sangat bervariasi dari beberapa kali perhari sampai 2 atau 3 kali perminggu. Banyaknya feses juga bervariasi setiap orang. Ketika gelombang peristaltik mendorong feses kedalam kolon sigmoid dan rektum, saraf sensoris dalam rektum dirangsang dan individu menjadi sadar terhadap kebutuhan untuk defekasi.

Eliminasi yang teratur dari sisa-sisa produksi usus penting untuk fungsi tubuh yang normal. Perubahan pada eliminasi dapat menyebabkan masalah pada gastrointestinal dan bagian tubuh yang lain. Karena fungsi usus tergantung pada keseimbangan beberapa faktor, pola eliminasi dan kebiasaan masing-masing orang berbeda. Klien sering meminta pertolongan dari perawat untuk memelihara kebiasaan eliminasi yang normal. Keadaan sakit dapat menghindari mereka sesuai dengan program yang teratur. Mereka menjadi tidak mempunyai kemampuan fisik untuk menggunakan fasilitas toilet yang normal. Untuk menangani masalah eliminasi klien, perawat harus mengerti proses eliminasi yang normal dan faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi. Asuhan keperawatan yang mendukung akan menghormati privasi dan kebutuhan emosional klien. Tindakan yang dirancang untuk meningkatkan eliminasi normal juga harus meminimalkan rasa ketidaknyamanan.

Masalah-masalah dalam eliminasi urine yaitu:

- a. Retensi, yaitu adanya penumpukan urine didalam kandung kemih dan ketidakanggupan kandung kemih untuk mengosongkan diri. Retensi urine dapat disebabkan oleh hal-hal seperti: obstruksi (misalnya hipertrofi prostat), pembedahan pada daerah abdomen bawah, pelvis, atau kandung kemih.
- b. Inkontinensi urine, yaitu ketidakanggupan sementara atau permanen otot sfingter eksterna untuk mengontrol keluarnya urine dari kandung kemih. Inkontinensia urine dapat dibagi menjadi lima jenis, yaitu: inkontinensia fungsional, inkontinensia refleks, inkontinensia stres, inkontinensia urgensi (dorongan) dan inkontinensia total.
- c. Enuresis, yaitu peristiwa berkemih yang tidak disadari. Sering terjadi pada anak-anak, umumnya terjadi pada malam hari (*nocturnal enuresis*), dapat terjadi satu kali atau lebih dalam semalam.
- d. Urgency, adalah perasaan seseorang untuk berkemih.
- e. Dysuria, adanya rasa sakit atau kesulitan dalam berkemih.
- f. Polyuria, produksi urine abnormal dalam jumlah besar oleh ginjal, seperti 2500 ml/hari tanpa adanya peningkatan intake cairan.
- g. Urinari supresi, adalah produksi urine yang berhenti mendadak.

Masalah eliminasi fekal yang sering ditemukan, yaitu:

- a. Konstipasi, merupakan gejala bukan penyakit. Yaitu menurunnya frekuensi BAB disertai dengan pengeluaran feses yang sulit, keras dan mengejan. BAB yang keras dapat

- menyebabkan nyeri rektum. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air diserap.
- b. Impaksi, merupakan akibat konstipasi yang tidak teratur, sehingga tumpukan feses sampai pada kolon sigmoid.
 - c. Diare, merupakan BAB sering dengan cairan dan feses yang tidak terbentuk. Isi intestinal melewati usus halus dan kolon sangat cepat. Iritasi di dalam kolon merupakan faktor tambahan yang menyebabkan meningkatkan sekresi mukosa. Akibatnya feses menjadi encer sehingga pasien tidak dapat mengontrol dan menahan BAB.
 - d. Inkontinensia fekal, yaitu suatu keadaan tidak mampu mengontrol BAB dan udara dari anus, BAB encer dan jumlahnya banyak. Umumnya disertai dengan gangguan fungsi spingter anal eksternal. Pada situasi tertentu secara mental pasien sadar akan kebutuhan BAB tapi tidak sadar secara fisik. Kebutuhan dasar pasien sangat tergantung pada perawat.
 - e. Flatulens, yaitu menumpuknya gas pada lumen intestinal, dinding usus meregang dan distended, merasa penuh, nyeri dan kram. Biasanya gas keluar dari mulut (sendawa) atau anus (*flatus*). Hal-hal yang menyebabkan peningkatan gas di usus adalah pemecahan makanan oleh bakteri yang menghasilkan gas metan, pembusukan di usus yang menghasilkan
 - f. Hemoroid, yaitu dilatasi pembengkakan vena pada dinding rektum (bisa internal atau eksternal). Hal ini terjadi pada defekasi yang keras, kehamilan, gagal jantung dan penyakit hati menahun. Perdarahan dapat terjadi dengan mudah jika dinding pembuluh darah teregang. Jika terjadi inflamasi dan pengerasan, maka pasien merasa panas dan gatal. Kadang-kadang BAB dilupakan oleh pasien, karena saat BAB menimbulkan nyeri. Akibatnya pasien mengalami konstipasi.

2. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram (Potter & Perry, 2006). Perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Carpenito, Linda Jual, 2000).

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (mis, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di

lingkungan sekitarnya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keamanan dan Kenyamanan

- a. Emosi
Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan
- b. Status Mobilisasi
Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko injury
- c. Gangguan Persepsi Sensory
Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
- d. Keadaan Imunitas
Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
- e. Tingkat Kesadaran
Pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
- f. Informasi atau Komunikasi
Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.
- g. Gangguan Tingkat Pengetahuan
Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.
- h. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional
Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok
- i. Status nutrisi
Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.
- j. Usia
Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
- k. Jenis Kelamin
Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.
- l. Kebudayaan
Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat nyaman yang mereka punyai.

D. Kebutuhan Mobilisasi dan Transportasi

Mobilisasi atau kemampuan seseorang untuk bergerak bebas merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi.

Tujuan mobilisasi adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari dan aktifitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan non verbal.

Immobilisasi merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerak fisik. Mobilisasi dan immobilisasi berada pada suatu rentang. Immobilisasi dapat berbentuk tirah baring yang bertujuan mengurangi aktivitas fisik dan kebutuhan oksigen tubuh, mengurangi nyeri, dan untuk mengembalikan kekuatan. Individu normal yang mengalami tirah baring akan kehilangan kekuatan otot rata-rata 3% sehari (*atropi disuse*). Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi sistem otot, skeletal, sendi, ligament, tendon, kartilago, dan saraf.

Skeletal adalah rangka pendukung tubuh dan terdiri dari empat tipe tulang: panjang, pendek, pipih, dan ireguler (tidak beraturan). Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan, melindungi organ vital, membantu mengatur keseimbangan kalsium, berperan dalam pembentukan sel darah merah.

Sendi adalah hubungan di antara tulang, diklasifikasikan menjadi:

- Sendi sinostotik mengikat tulang dengan tulang mendukung kekuatan dan stabilitas. Tidak ada pergerakan pada tipe sendi ini. Contoh: sakrum, pada sendi vertebra
- Sendi kartilaginous/sinkondrodial, memiliki sedikit pergerakan, tetapi elastis dan menggunakan kartilago untuk menyatukan permukaannya. Sendi kartilago terdapat pada tulang yang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.
- Sendi fribrosa/sindesmodial, adalah sendi di mana kedua permukaan tulang disatukan dengan ligamen atau membran. Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah yang terbatas. Contoh: sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula)
- Sendi sinovial atau sendi yang sebenarnya adalah sendi yang dapat digerakkan secara bebas di mana permukaan tulang yang berdekatan dilapisi oleh kartilago artikular dan dihubungkan oleh ligamen oleh membran sinovial. Contoh: sendi putar seperti sendi pangkal paha (hip) dan sendi engsel seperti sendi interfalang pada jari.

Ligamen adalah ikatan jaringan fibrosa yang berwarna putih, mengkilat, fleksibel mengikat sendi menjadi satu sama lain dan menghubungkan tulang dan kartilago.

Ligamen itu elastis dan membantu fleksibilitas sendi dan memiliki fungsi protektif. Misalnya, ligamen antara vertebra, ligamen non elastis, dan ligamentum flavum mencegah kerusakan spinal kord (tulang belakang) saat punggung bergerak.

Tendon adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon itu kuat, fleksibel, dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi, misalnya tendon achilles/kalkaneus.

Kartilago adalah jaringan penghubung pendukung yang tidak mempunyai vaskuler, terutama berada di sendi dan toraks, trakhea, laring, hidung, dan telinga. Bayi mempunyai sejumlah besar kartilago temporer. Kartilago permanen tidak mengalami osifikasi kecuali pada usia lanjut dan penyakit, seperti osteoarthritis.

Sistem saraf mengatur pergerakan dan postur tubuh. Area motorik volunteer utama, berada di konteks serebral, yaitu di girus precentral atau jalur motorik.

Propriosepsi adalah sensasi yang dicapai melalui stimulasi dari bagian tubuh tertentu dan aktifitas otot. Proprioseptor memonitor aktifitas otot dan posisi tubuh secara berkesinambungan. Misalnya: proprioseptor pada telapak kaki berkontribusi untuk memberi postur yang benar ketika berdiri atau berjalan. Saat berdiri, ada penekanan pada telapak kaki secara terus menerus. Proprioseptor memonitor tekanan, melanjutkan informasi ini sampai memutuskan untuk mengubah posisi.

Faktor yang mempengaruhi mobilisasi:

- a. Sistem neuromuskular
- b. Gaya hidup
- c. Ketidakmampuan
- d. Tingkat energi
- e. Tingkat perkembangan
 - a) Bayi: sistem muskuloskeletal bayi bersifat fleksibel. Ekstremitas lentur dan persendian memiliki ROM lengkap. Posturnya kaku karena kepala dan tubuh bagian atas dibawa ke depan dan tidak seimbang sehingga mudah terjatuh.
 - b) Batita: kekakuan postur tampak berkurang, garis pada tulang belakang servikal dan lumbal lebih nyata
 - c) Balita dan anak sekolah: tulang-tulang panjang pada lengan dan tungkai tumbuh. Otot, ligamen, dan tendon menjadi lebih kuat, berakibat pada perkembangan postur dan peningkatan kekuatan otot. Koordinasi yang lebih baik memungkinkan anak melakukan tugas-tugas yang membutuhkan keterampilan motorik yang baik.
 - d) Remaja: remaja putri biasanya tumbuh dan berkembang lebih dulu dibanding yang laki-laki. Pinggul membesar, lemak disimpan di lengan atas, paha, dan bokong. Perubahan laki-laki pada bentuk biasanya menghasilkan pertumbuhan

tulang panjang dan meningkatnya massa otot. Tungkai menjadi lebih panjang dan pinggul menjadi lebih sempit. Perkembangan otot meningkat di dada, lengan, bahu, dan tungkai atas.

- e) Dewasa: postur dan kesegaran tubuh lebih baik. Perubahan normal pada tubuh dan kesegaran tubuh pada orang dewasa terjadi terutama pada wanita hamil. Perubahan ini akibat dari respon adaptif tubuh terhadap penambahan berat dan pertumbuhan fetus. Pusat gravitasi berpindah ke bagian depan. Wanita hamil bersandar ke belakang dan agak berpunggung lengkung. Dia biasanya mengeluh sakit punggung.
- f) Lansia: kehilangan progresif pada massa tulang total terjadi pada orangtua.

Kondisi patologik:

- Postur abnormal: a) Tortikolis: kepala miring pada satu sisi, di mana adanya kontraktur pada otot sternoklei domanstoid b) Lordosis: kurva spinal lumbal yang terlalu cembung ke depan/ anterior c) Kifosis: peningkatan kurva spinal torakal d) Kipolordosis: kombinasi dari kifosis dan lordosis e) Skolioasis: kurva spinal yang miring ke samping, tidak samanya tinggi hip/ pinggul dan bahu f) Kiposkoliosis: tidak normalnya kurva spinal anteroposterior dan lateral g) Footdrop: plantar fleksi, ketidakmampuan menekuk kaki karena kerusakan saraf peroneal
- Gangguan perkembangan otot, seperti distropsis muskular, terjadi karena gangguan yang disebabkan oleh degenerasi serat otot skeletal
- Kerusakan sistem saraf pusat
- Trauma langsung pada sistem muskuloskeletal: kontusio, salah urat, dan fraktur.

Perawat juga menggabungkan antara pengetahuan tentang pengaruh fisiologis dan patologis pada mobilisasi dan transportasi untuk kesejajaran tubuh. Prinsip yang digunakan adalah sebagai berikut :

a. Gravitasi

Merupakan prinsip pertama yang harus diperhatikan dalam melakukann mekanika tubuh dengan benar, yaitu memandang gravitasi sebagai sumbu dalam pergerakan tubuh. Terdapat tiga faktor yang perlu diperhatikan dalam gravitasi:

- Pusat gravitasi (*center of gravitasi*), titik yang berada dipertengahan tubuh
- Garis gravitasi (*Line of gravitasi*), merupakan garis imajiner vertikal melalui pusat gravitasi.
- Dasar tumpuan (*base of suport*), merupakan dasar tempat seseorang dalam keadaan istirahat untuk menopang atau menahan tubuh

b. Keseimbangan

Keseimbangan dalam penggunaan mekanika tubuh dicapai dengan cara mempertahankan posisi garis gravitasi diantara pusat gravitasi dan dasar tumpuan.

c. Berat

Dalam menggunakan mekanika tubuh yang sangat diperhatikan adalah berat atau bobot benda yang akan diangkat karena berat benda akan mempengaruhi mekanika tubuh.

d. Pergerakan Dasar Dalam Mekanika Tubuh

Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktivitas manusia. Sebelum melakukan mekanika tubuh, terdapat beberapa pergerakan dasar yang harus diperhatikan.

e. Gerakan (*ambulating*)

Gerakan yang benar dapat membantu keseimbangan tubuh. Sebagai contoh, keseimbangan pada saat orang berdiri dan saat orang berjalan kaki berbeda. Orang berdiri akan lebih mudah stabil dibanding dengan orang yang berjalan, karena pada posisi berjalan terjadi perpindahan dasar tumpuan dari sisi satu ke sisi yang lain dan pusat gravitasi selalu berubah pada posisi kaki. Pada saat berjalan terdapat dua fase yaitu fase menahan berat dan fase mengayun, yang akan menghasilkan gerakan halus dan berirama.

f. Menahan (*squatting*)

Dalam melakukan pergantian, posisi menahan selalu berubah. Sebagai contoh, posisi orang yang duduk akan berbeda dengan orang yang jongkok dan tentunya juga berbeda dengan posisi membungkuk. Gravitasi adalah hal yang perlu diperhatikan untuk memberikan posisi yang tepat dalam menahan. Dalam menahan sangat diperlukan dasar tumpuan yang tepat untuk mencegah kelainan tubuh dan memudahkan gerakan yang akan dilakukan.

g. Menarik (*pulling*)

Menarik dengan benar akan memudahkan untuk memindahkan benda. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk menarik benda, di antaranya ketinggian, letak benda (sebaiknya berada di depan orang yang akan menarik), posisi kaki dan tubuh dalam menarik (seperti condong kedepan dari panggul), sodorkan telapak tangan dan lengan atas di bawah pusat gravitasi pasien, lengan atas dan siku diletakkan pada permukaan tempat tidur, pinggul, lutut dan pergelangan kaki ditekuk lalu lakukan penarikan.

h. Mengangkat (*lifting*)

Mengangkat merupakan cara pergerakan daya tarik. Gunakan otot-otot besar dari tumit, paha bagian atas, kaki bagian bawah, perut dan pinggul untuk mengurangi rasa sakit pada daerah tubuh bagian belakang.

i. Memutar (*pivoting*)

Memutar merupakan gerakan untuk memutar anggota tubuh dan bertumpu pada tulang belakang. Gerakan memutar yang baik memperhatikan ketiga unsur gravitasi dalam pergerakan agar tidak memberi pengaruh buruk pada postur tubuh.

E. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Istirahat

Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar.

Tidur

Tidur adalah suatu keadaan relatif tanpa sadar yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang-ulang dan masing-masing menyatakan fase kegiatan otak dan badaniah yang berbeda.

Fisiologi tidur

- Hipotalamus : Hipokreatin (oreksin)
- SAR : Katekolamin (terjaga)
- SBR : Serotonin (tidur)

Pusat tidur yang utama terletak di hipotalamus. Hipotalamus mensekresi hipokreatin (oreksin) yang menyebabkan seseorang terjaga juga mengalami tidur *rapid eye movement*. Prostaglandin D2, L-triptopan, dan faktor pertumbuhan membantu mengatur tidur.

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu Reticular Activating System (RAS) dan Bulbar Synchronizing Region (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran; memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba; serta emosi dan proses berfikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR. Saat bangun RAS mengeluarkan katekolamin seperti norepineprin. Ketika seseorang mencoba tidur, mereka akan menutupkan mata dan berada dalam posisi relaks. Stimulus ke RAS menurun. Jika ruangan gelap dan tenang, maka aktifitas SAR menurun. Pada beberapa bagian , SBR mengambil alih dan menyebabkan:

Irama sirkadian

Irama sirkadian/diurnal berasal dari bahasa latin circa, "tentang" dan dies, "hari". Irama sirkadian berarti siklus 24 jam/siang dan malam.

Setiap makhluk hidup memiliki bioritme (jam biologis) yang berbeda. Pada manusia, bioritme ini dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan factor lingkungan (mis; cahaya, kegelapan, gravitasi dan stimulus elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian-yang melengkapi siklus selama 24 jam.

Setiap orang mengalami siklus yang terjadi didalam hidupnya. Irama sirkadian/ diurnal berasal dari bahasa latin circa, "tentang" dan dies, "hari". Irama sirkadian berarti siklus 24 jam/ siang dan malam. Siklus menstruasi wanita adalah sebuah irama infradian, adalah siklus yang terjadi lebih dari 24 jam. Siklus biologis berakhir kurang dari 24 jam disebut irama ultradian.

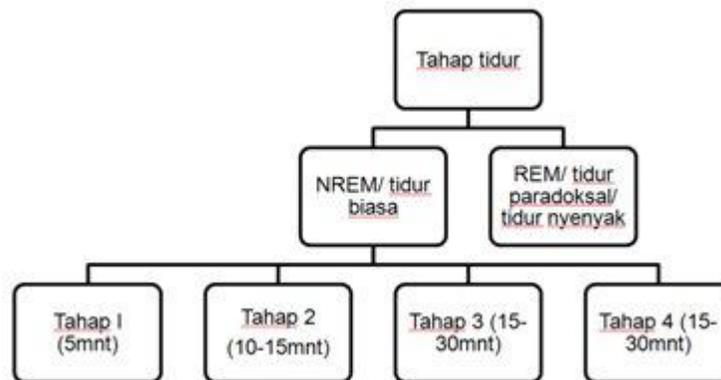
Dalam hal ini, fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperature, sekresi hormone, metabolisme dan penampilan serta perasaan individu bergantung pada ritme

sirkadiannya. Tidur adalah salah satu irama biologis tubuh yang sangat kompleks. Sinkronisasi sirkadian terjadi jika individu memiliki pola tidur bangun yang mengikuti jam biologisnya: individu akan bangun pada saat ritme fisiologis paling tinggi atau paling aktif dan akan tidur pada saat ritme tersebut paling rendah.

Fungsi istirahat tidur

1. Regenerasi sel-sel tubuh yang rusak menjadi baru.
2. Menambah konsentrasi dan kemampuan fisik.
3. Memperlancar produksi hormon pertumbuhan tubuh.
4. Memelihara fungsi jantung.
5. Mengistirahatkan tubuh yang letih akibat aktivitas seharian.
6. Menyimpan energi.
7. Meningkatkan kekebalan tubuh kita dari serangan penyakit.
8. Menambah konsentrasi dan kemampuan fisik.

Tahap tidur



Sejak adanya alat EEG (*Elektro Encephalo Graph*), maka aktivitas-aktivitas di dalam otak dapat direkam dalam suatu grafik. Alat ini juga dapat memperlihatkan fluktuasi energi (gelombang otak) pada kertas grafik. Penelitian mengenai mekanisme tidur mengalami kemajuan yang sangat pesat dalam 10 tahun terakhir, dan bahkan sekarang para ahli telah berhasil menemukan adanya 2 (dua) pola/macam/tahapan tidur, yaitu :

Pola tidur

a. Pola tidur biasa atau NREM

Pola / tipe tidur biasa ini juga disebut NREM (*Non Rapid Eye Movement = Gerakan mata tidak cepat*). Pola tidur NREM merupakan tidur yang nyaman dan dalam tidur gelombang pendek karena gelombang otak selama NREM lebih lambat daripada gelombang alpha dan beta pada orang yang sadar atau tidak dalam keadaan tidur (lihat gambar).

Tanda-tanda tidur NREM adalah :

- Mimpi berkurang
- Keadaan istirahat (otot mulai berelaksasi)

- Tekanan darah turun
- Kecepatan pernafasan turun
- Metabolisme turun
- Gerakan mata lambat

Fase NREM atau tidur biasa ini berlangsung \pm 1 jam dan pada fase ini biasanya orang masih bisa mendengarkan suara di sekitarnya, sehingga dengan demikian akan mudah terbangun dari tidurnya. Tidur NREM ini mempunyai 4 (empat) tahap yang masing-masing-masing tahap di tandai dengan pola gelombang otak.

1) Tahap I

Tahap ini merupakan tahap transisi, berlangsung selama 5 menit yang mana seseorang beralih dari sadar menjadi tidur. Seseorang merasa kabur dan relaks, mata bergerak ke kanan dan ke kiri, kecepatan jantung dan pernafasan turun secara jelas. Gelombang alpha sewaktu seseorang masih sadar diganti dengan gelombang betha yang lebih lambat. Seseorang yang tidur pada tahap I dapat di bangunkan dengan mudah. Ketika bangun seseorang merasa seperti telah melamun.

2) Tahap II

Tahap ini merupakan tahap tidur ringan, dan proses tubuh terus menurun. Mata masih bergerak-gerak, kecepatan jantung dan pernafasan turun dengan jelas, suhu tubuh dan metabolisme menurun. Gelombang otak ditandai dengan "sleep spindles" dan gelombang K komplek. Tahap II berlangsung pendek dan berakhir dalam waktu 10 sampai dengan 15 menit. Pada tahap ini merupakan periodetidur bersuara, kemajuan relaksasi, untuk bangun relatif mudah.

3) Tahap III

Pada tahap ini meliputi awal dari tidur dalam. Otot –otot dalam keadaan santai penuh, kecepatan jantung, pernafasan serta proses tubuh berlanjut mengalami penurunan akibat dominasi sistem syaraf parasimpatik. Seseorang menjadi lebih sulit dibangunkan dan jarang bergerak. Gelombang otak menjadi lebih teratur dan terdapat penambahan gelombang delta yang lambat. Tahap ini berlangsung 15-30 menit.

4) Tahap IV

Tahap ini merupakan tahap tidur dalam yang ditandai dengan predominasi gelombang delta yang melambat. Kecepatan jantung dan pernafasan turun. Seseorang dalam keadaan rileks, jarang bergerak dan sulit dibangunkan. (mengenai gambar grafik gelombang dapat dilihat dalam gambar). Siklus tidur sebagian besar merupakan tidur NREM dan berakhir dengan tidur REM. Tahap ini berlangsung 15-30 menit.

b. Pola Tidur Paradoksikal atau REM

Pola/tipe tidur paradoksikal ini disebut juga (*Rapid Eye Movement = Gerakan mata cepat*). Tidur tipe ini disebut "Paradoksikal" karena hal ini bersifat "Paradoks", yaitu seseorang dapat tetap tertidur walaupun aktivitas otaknya nyata. Ringkasnya, tidur REM/Paradoks ini merupakan pola/tipe tidur dimana otak benar-benar dalam keadaan aktif. Namun, aktivitas otak tidak disalurkan ke arah yang sesuai agar orang itu tanggap penuh terhadap keadaan sekelilingnya kemudian terbangun. Pola/tipe tidur ini, ditandai:

Mimpi yang bermacam-macam

Perbedaan antara mimpi-mimpi yang timbul sewaktu *tahap tidur NREM* dan **tahap tidur REM** adalah bahwa mimpi yang timbul pada tahap tidur REM dapat diingat kembali, sedangkan mimpi selama tahap tidur NREM biasanya *tak dapat diingat*. Jadi selama tidur NREM tidak terjadi konsolidasi mimpi dalam ingatan.

- Mengigau atau bahkan mendengkur (Jw : ngorok)
- Otot-otot kendur (relaksasi total)
- Kecepatan jantung dan pernafasan tidak teratur, sering lebih cepat
- Perubahan tekanan darah
- Gerakan otot tidak teratur
- Gerakan mata cepat
- Pembebasan steroid
- Sekresi lambung meningkat
- Ereksi penis pada pria

Syaraf-syaraf simpatik bekerja selama tidur REM. Dalam tidur REM diperkirakan terjadi proses penyimpanan secara mental yang digunakan sebagai pelajaran, adaptasi psikologis dan memori. Fase tidur REM (fase tidur nyenyak) ini berlangsung selama ± 20 menit. Dalam tidur malam yang berlangsung selama 6–8 jam, kedua pola tidur tersebut (REM dan NREM) terjadi secara bergantian sebanyak 4–6 siklus.

Tanda dan gejala:

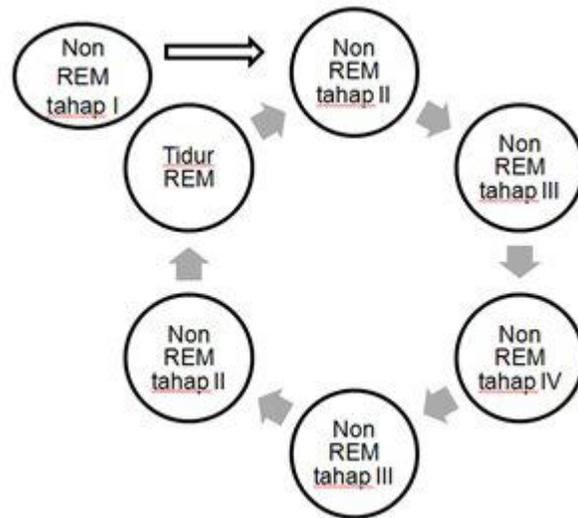
NREM

- Mimpi berkurang
- Keadaan istirahat (otot mulai berelaksasi)
- Tekanan darah turun
- Kecepatan pernafasan turun
- Metabolisme turun
- Gerakan mata lambat

REM

- Mengigau atau bahkan mendengkur (Jw : ngorok)
- Otot-otot kendur (relaksasi total)
- Kecepatan jantung dan pernafasan tidak teratur, sering lebih cepat
- Perubahan tekanan darah
- Gerakan otot tidak teratur
- Gerakan mata cepat
- Pembebasan steroid
- Sekresi lambung meningkat
- Ereksi penis pada pria

Siklus tidur



Kebutuhan istirahat tidur

- 0 bulan – 1 bulan Masa neonatus 14-18 jam/hari
- 1 bulan – 18 bulan Masa bayi 12-14 jam/hari
- 18 bulan – 3 tahun Masa anak 11-12 jam/hari
- 3 tahun – 6 tahun Masa pra sekolah 11 jam/hari
- 6 tahun – 12 tahun Masa sekolah 10 jam/hari
- 12 tahun – 18 tahun Masa remaja 8,5 jam/hari
- 18 tahun – 40 tahun Masa dewasa muda 7 jam/hari
- 40 tahun – 60 tahun Masa paruh baya 7 jam/ hari
- 60 tahun ke atas Masa dewasa tua 6 jam/ hari

Faktor-faktor yang mempengaruhi istirahat tidur

a. Penyakit

Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal. Namun demikian, keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur atau tidak dapat tidur. Misalnya pada pasien dengan gangguan pernafasan seperti asma, bronkitis, penyakit kardiovaskuler, dan penyakit persarafan.

b. Lingkungan

Pasien yang biasa tidur pada lingkungan yang tenang dan nyaman, kemudian terjadi perubahan suasana seperti gaduh maka akan menghambat tidurnya.

c. Motivasi

Motivasi dapat memengaruhi tidur dan dapat menimbulkan keinginan untuk tetap bangun dan waspada menahan kantuk.

d. Kelelahan

Apabila mengalami kelelahan dapat memperpendek periode pertama dari tahap REM.

e. Kecemasan

Pada keadaan cemas seseorang mungkin meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya.

f. Alkohol

Alkohol menekan REM secara normal, seseorang yang tahan minum alkohol dapat mengakibatkan insomnia dan lekas marah.

g. Obat-obatan

Beberapa jenis obat yang dapat menimbulkan gangguan tidur antara lain :

- Diuretik : menyebabkan nokturia
- Anti depresan : menekan REM, menurunkan total waktu REM
- Kafein : meningkatkan saraf simpatis/ mencegah orang tidur
- Beta bloker : menimbulkan insomnia, mimpi buruk
- Narkotika : mensuspensi REM, meningkatkan kantuk siang hari.
- Alkohol: mengganggu tidur REM, mengganggu tidur REM, membangunkan seseorang pada malam hari dan menyebabkan kesulitan untuk kembali tidur.

Pola Tidur Normal

- a. Neonatus sampai dengan 3 bulan
 - Kira-kira membutuhkan 16 jam/hari.
 - Mudah berespons terhadap stimulus
 - Pada minggu pertama kelahiran 50% adalah tahap REM
- b. Bayi
 - Pada malam hari kira-kira tidur 8-10 jam.
 - Usia 1 bulan sampai dengan 1 tahun kira-kira tidur 14 jam/hari.
 - Tahap REM 20-30 %.
- c. Toddler
 - Tidur 10-12 jam/hari
 - Tahap REM 25%
- d. Preschooler
 - Tidur 11 jam pada malam hari
 - Tahap REM 20%
- e. Usia sekolah
 - Tidur 10 jam pada malam hari
 - Tahap REM 18,5%
- f. Adolensia
 - Tidur 8,5 jam pada malam hari
 - Tahap REM 20%
- g. Dewasa muda
 - Tidur 7-9 jam/hari
 - Tahap REM 20-25 %
- h. Usia dewasa pertengahan
 - Tidur \pm 7 jam/hari
 - Tahap REM 20%
- i. Usia tua
 - Tidur \pm 6 jam/hari

- Tahap REM 20-25 %
- Tahap IV NREM menurun dan kadang-kadang absen
- Sering terbangun pada malam hari

Gangguan Istirahat Tidur

a. Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa. Penyebabnya bisa karena gangguan fisik atau karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah.

Ada tiga jenis insomnia:

- **Insomnia inisial** : Kesulitan untuk memulai tidur.
- **Insomnia intermiten** : Kesulitan untuk tetap tertidur karena seringnya terjaga.
- **Insomnia terminal** : Bangun terlalu dini dan sulit untuk tidur kembali.

Beberapa langkah yang bisa dilakukan untuk mengatasi insomnia antara lain dengan mengembangkan pola tidur-istirahat yang efektif melalui olahraga rutin, menghindari ransangan tidur di sore hari, melakukan relaksasi sebelum tidur (mis; membaca, mendengarkan music), dan tidur jika benar-benar mengantuk.

b. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (mis; tidur berjalan, night terror), gangguan transisi bangun-tidur (mis; mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (mis; mimpi buruk), dan lainnya (mis; bruksisme).

c. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan system saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (mis; hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.

d. Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai "serangan tidur" atau sleep attack. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik system saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendali lainnya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti; amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida.

e. Apnea saat tidur

Apnea saat tidur atau sleep apnea adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengatuk berlebihan pada siang hari, sakit kepala disiang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung.

f. Deprivasi tidur

Deprivasi tidur adalah masalah yang dihadapi banyak klien akibat disomnia. Penyebab dapat mencakup penyakit (misal: demam, sulit bernafas atau nyeri), stres emosional, obat – obatan, gangguan lingkungan (mis; asuhan keperawatan yang dilakukan) dan keanekaragaman waktu tidur yang terkait dengan waktu kerja. Dokter dan perawat cenderung mengalai deprivasi tidur karena jadwal kerja yang panjang dan rotasi jam dinas.

Deprivasi tidur menyebabkan penurunan kualitas dan kuantitas tidur serta ketidak konsistenan waktu tidur. Respon orang terhadap deprivasi sangat bervariasi, gejala fisiologis: ptosis, penglihatan kabur, kekakuan motorik halus, penurunan reflek, waktu respon melambat, penilaian menurun, aritmia jantung. Gejala psikologisnya: bingung, peningkatan sensitifitas nyeri, menarik diri, apatis, rasa kantuk berlebihan, agitasi, hiperaktif, penurunan motifasi.

F. Kebutuhan Dasar Psikososial

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun social yang mempunyai pengaruh timbal balik. Masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbale balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejala social dalam masyarkat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa.

Tahapan pengkajian pada klien dengan gangguan psikosisial:

a. Status emosional

- Apakah emosi sesuai perilaku ?
- Apakah klien dapat mengendalikan emosi ?
- Bagaimana perasaan klien yang tampak seperti biasanya ?
- Apakah perasaan hati sekarang merupakan ciri khas klien ?
- Apa yang klien lakukan jika marah atau sedih ?

b. Konsep Diri

- Bagaimana klien menilai dirinya sebagai manusia ?
- Bagaimana orang lain menilai diri klien ?
- Apakah klien suka akan dirinya ?

c. Cara berkomunikasi

- Apakah klien mudah merespon ?
- Apakah spontanitas atau hanya karena ditanya ?

- Bagaimana perilaku non verbal klien dalam berkomunikasi ?
 - Apakah klien menolak untuk member respon ?
- d. Pola Interaksi
- Kepada siapa klien mau berinteraksi ?
 - Siapa yang paling penting atau berpengaruh bagi klien ?
 - Bagaimana sifat asli klien: mendominasi atau positif ?
- e. Pendidikan dan Pekerjaan
- Pendidikan terakhir ?
 - Keterampilan yang mampu dilakukan ?
 - Pekerjaan klien ?
 - Status keuangan ?
- f. Hubungan sosial
- Teman dekat klien ?
 - Bagaimana klien menggunakan waktu luang ?
 - Apakah klien berkecimpung dalam kelompok masyarakat ?
- g. Faktor sosial kultural
- Apakah agama dan kebudayaan klien ?
 - Bagaimana tingkat pemahaman klien tentang agama ?
- h. Apakah bahasa klien memadai untuk berkomunikasi dengan orang lain ?
- 1) Pola hidup
 - Dimana tempat tinggal klien ?
 - Bagaimana tempat tinggal klien ?
 - Dengan siapa klien tinggal ?
 - Apa yang klien lakukan untuk menyenangkan diri ?
 - 2) Keluarga
 - Apakah klien sudah menikah ?
 - Apakah klien sudah mempunyai anak ?
 - Bagaimana status kesehatan klien dalam keluarga ?
 - Masalah apa yang terutama dalam keluarga klien ?
 - Bagaimana tingkat kecemasan klien ?

BAB III

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

1. **Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Persiapan Pemeriksaan Fisik, dan Tindakan Khusus Sebagai Hasil Kolaborasi.**

SOP Mengukur Suhu Per Oral

Pengertian

Mengukur suhu tubuh klien dengan menggunakan alat termometer oral/mulut yang diletakkan di kantung sub lingual

Tujuan

Mengetahui suhu tubuh klien

Kebijakan

Dilakukan oleh semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi, dilakukan pada :Klien dewasa

Kontra Indikasi:Klien dengan penurunan tingkat kesadaran

Klien yang mendapat terapi oksigen melalui mulut (misal : dengan kanul nasal, kateter nasal, masker wajah)

Klien dengan peradangan di daerah mulut

Klien yang menjalani operasi di daerah mulut

Persiapan alat

1. Termometer oral
2. Tissue
3. Tempat berisi air sabun
4. Tempat berisi air bersih
5. Tempat berisi larutan desinfektan
6. Bengkok
7. Bolpoint / pensil

Persiapan klien

Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Tunggu 15 – 30 menit bila klien baru saja merokok atau mengkonsumsi minuman dan atau makanan yang terlalu panas atau terlalu dingin.

Persiapan perawat

Cuci tangan

Persiapan lingkungan

Ciptakan lingkungan dengan pencahayaan dan ketenangan ruangan yang memadai

Prosedur kerja

1. Dekatkan peralatan ke dekat klien
2. Atur posisi klien yang nyaman untuk pemeriksaan (duduk atau supinasi)
3. Bila termometer diletakkan di larutan desinfektan, sebelum dipakai masukkan dalam tempat air bersih kemudian keringkan dengan tissue, dari bagian tengah ke ujung termometer secara memutar.
4. Baca ketinggian air raksa pada termometer, bila diatas 35 °C turunkan air raksa, dengan cara memegang ujung atas termometer dengan kuat dan menjauhkan dari benda keras kemudian secara cepat digoyangkan/dikibaskan dari atas ke bawah, hingga ketinggian air raksa dibawah 35 °C
5. Anjurkan klien untuk membuka mulut dan dengan perlahan letakkan bagian reservoir dalam kantung sublingual bagian posterior (di bawah lidah di sebelah kanan atau kiri frenulum) dari arah lateral ke tengah rahang bawah.
6. Anjurkan klien untuk menahan termometer dengan cara mengatupkan bibirnya tanpa mengatupkan gigi. Kalau diperlukan bantu klien dengan memegang ujung termometer.
7. Tunggu selama 2–3 menit
8. Ambil termometer kemudian bersihkan termometer dari bagian tengah ke ujung termometer dengan tissue secara memutar
9. Baca hasil pengukuran dengan cara memegang termometer sejajar dengan mata.
10. Bersihkan termometer dengan air sabun, air bersih kemudian keringkan dengan tissue.
11. Turunkan ketinggian air raksa pada termometer sampai dibawah skala 35°C dan tempatkan kembali di tempatnya atau dalam larutan desinfektan.
12. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien
13. Rapikan alat dan lingkungan
14. Cuci tangan
15. Evaluasi respon klien
16. Dokumentasikan hasil dengan membuat grafik atau kurve pada lembaran status klien dengan tepat dan benar

SOP Mengukur Suhu Per Aksila

Pengertian

Mengukur suhu tubuh klien dengan menggunakan alat termometer aksila/ketiak yang ditempatkan di bagian tengah dari ketiak

Tujuan

Mengetahui suhu tubuh klien

Kebijakan

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa Keperawatan
2. Indikasi, dilakukan pada semua klien.

Persiapan alat

- Termometer aksila

- Tissue
- Handuk kecil untuk mengeringkan tempat yang digunakan untuk memasang termometer aksila
- Tempat berisi air sabun
- Tempat berisi air bersih
- Tempat berisi larutan desinfektan
- Bengkok
- Bolpoint/pensil

Persiapan klien

Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan perawat

Cuci tangan

Persiapan lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik

Prosedur kerja

1. Dekatkan peralatan ke dekat pasien
2. Atur posisi klien duduk atau supinasi
3. Buka baju klien pada bagian bahu sampai lengan.
4. Keringkan ketiak klien dengan handuk kecil.
6. Bila termometer diletakkan di larutan desinfektan, sebelum dipakai masukkan dalam tempat air bersih kemudian keringkan dengan tissue, dari bagian tengah ke ujung termometer secara memutar.
7. Baca ketinggian air raksa pada termometer, bila di atas 35°C turunkan air raksa, dengan cara memegang ujung atas termometer dengan kuat dan menjauhkan dari benda keras kemudian secara cepat digoyangkan/dikibaskan dari atas ke bawah, hingga ketinggian air raksa dibawah 35°C
8. Pasang termometer hingga bagian reservoir berada tepat ditengah ketiak
9. Pastikan termometer menempel di permukaan kulit
10. Silangkan tangan klien ke dada
11. Tunggu 5–10 menit (waktu yang dibutuhkan, untuk anak-anak 5 menit, dewasa 9 menit)
12. Ambil termometer dan keringkan termometer dari bagian tengah ke ujung termometer dengan tissue secara memutar
13. Baca hasil pengukuran sejajar dengan mata
14. Bersihkan termometer dengan air sabun, selanjutnya ke dalam air bersih kemudian keringkan dengan tissue.
15. Turunkan ketinggian air raksa pada termometer sampai dibawah skala 35°C dan tempatkan kembali di tempatnya atau dalam larutan desinfektan
16. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien
17. Rapikan baju klien
18. Rapikan alat dan lingkungan

19. Cuci tangan
20. Evaluasi respon klien.
21. Dokumentasikan hasil dengan membuat grafik atau kurve pada lembaran status klien dengan tepat dan benar

SOP Mengukur Suhu Per Rektal

Pengertian

Mengukur suhu tubuh klien dengan menggunakan alat termometer rektal yang ditempatkan di rektum

Tujuan

Mengetahui suhu tubuh klien

Kebijakan

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa Keperawatan
2. Indikasi, dilakukan pada : Klien anak yang mengalami kejang
3. Kontra indikasi :
 - Klien dengan haemorroid
 - Klien dengan karsinomarekti

Persiapan alat

- Termometer rectal
- Tissue
- Jelly
- Tempat berisi air sabun
- Tempat berisi air bersih
- Tempat berisi larutan desinfektan
- Bengkok
- Bolpoint/pensil
- Jam tangan
- Sarung tangan sebelah kiri

Persiapan klien

Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan perawat

Cuci tangan

Persiapan lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik (tutup gorden, pintu, pasang penyekat/sketsel, atur penerangan yang cukup)

Prosedur kerja

1. Bawa peralatan ke dekat klien
2. Atur posisi klien Sim atau posisi miring, untuk bayi baru lahir posisi miring.

3. Bila termometer diletakkan di larutan desinfektan, sebelum dipakai masukkan dalam tempat air bersih kemudian keringkan dengan tissue, dari bagian tengah ke ujung termometer secara memutar.
4. Baca ketinggian air raksa pada termometer. Bila diatas 35°C turunkan air raksa, dengan cara memegang ujung atas termometer dengan kuat dan menjauhkan dari benda keras kemudian secara cepat digoyangkan/dikibaskan dari atas ke bawah, hingga ketinggian air raksa dibawah 35°C
5. Kenakan sarung tangan di tangan kiri
6. Oleskan jelly ke bagian reservoir termometer dengan menggunakan tissue (pada klien dewasa diolesi 2,5–4 cm, bayi 1,5–2,5 cm)
7. Dengan tangan kiri buka pantat klien untuk membuka anus.
8. Anjurkan klien menarik nafas panjang dan dengan perlahan tanpa tekanan masukkan bagian reservoir termometer ke dalam anus sampai 1,5–4 cm tergantung usia dan ukuran tubuh. (pada bayi :1,5 cm; anak-anak : 2,5 cm ; dewasa : 3,7–4 cm)
9. Tunggu dan atau pegang termometer selama 2–3 menit (khusus untuk neonatus selama 5 menit)
10. Ambil termometer dengan perlahan kemudian bersihkan termometer dari bagian tengah ke ujung termometer dengan tissue secara memutar
11. Baca hasil pengukuran dengan cara memegang termometer sejajar dengan mata.
12. Bersihkan daerah anus dari sisa jelly atau feses yang keluar menggunakan tissue.
13. Atur posisi klien yang nyaman
14. Bersihkan termometer dengan air sabun, air bersih kemudian keringkan dengan tissu.
15. Turunkan ketinggian air raksa pada termometer sampai dibawah skala 35°C dan tempatkan kembali ditempatnya atau dalam larutan desinfektan.
16. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien
17. Rapikan alat dan lingkungan
18. Cuci tangan
19. Evaluasi respon klien
20. Dokumentasikan hasil dengan membuat grafik atau kurve pada lembaran status klien dengan tepat dan benar

SOP Mengukur Nadi Radialis

Pengertian

Mengukur denyut nadi klien meliputi irama, frekuensi, kekuatan dengan melakukan palpasi di arteri radialis.

Tujuan

1. Mendapatkan data dasar bagi klien
2. Mengukur denyut nadi klien meliputi irama, frekuensi, kekuatan

Kebijakan

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa Keperawatan
2. Indikasi, dilakukan pada semua pasien

Persiapan alat

1. Jam tangan dengan jarum detikan atau stop watch
2. Buku catatan
3. Bolpoint

Persiapan klien

Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan perawat

Cuci tangan

Persiapan lingkungan

Ciptakan lingkungan dengan pencahayaan dan ketenangan ruangan yang memadai

Prosedur kerja

1. Atur posisi klien supinasi atau duduk
2. Klien dalam posisi supinasi: letakkan lengan klien di samping badan atau menyilangkan lengan bawah klien ke dada dengan telapak tangan menghadap ke bawah.
3. Klien dalam posisi duduk: lengan bawah dapat diletakkan diatas paha atau pada sandaran tangan dengan telapak tangan menghadap ke bawah.
4. Letakkan tiga jari tengah di atas arteri radialis dan meraba denyut nadi
5. Tekan arteri radialis dengan kuat dengan jari-jari, jika tidak teraba denyutan, jari-jari digeser kekanan dan kiri sampai teraba.
6. Nilai irama denyutan dengan memperhatikan pola dari interval antar denyutan.
7. Hitung frekwensi denyutan, bila irama teratur hitung nadi selama 30 detik dan hasilnya dikalikan 2. Bila irama tidak teratur hitung nadi selama 60 detik penuh.
8. Tentukan kekuatan denyutan. Perhatikan apakah nadi yang teraba kuat atau lemah.
9. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien
10. Rapiakan alat dan lingkungan
11. Cuci tangan
12. Dokumentasikan hasil pemeriksaan meliputi irama, frekwensi dan kekuatan denyut nadi.

SOP Mengukur Tekanan Darah

Pengertian

Mengukur tekanan darah klien dengan menggunakan alat spigmomanometer dan stetoskop.

Tujuan

Mengetahui tekanan darah klien.

Kebijakan

Dilakukan oleh semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi, dilakukan pada semua pasien

Persiapan alat

1. Spigmomanometer
2. Stetoskop
3. Buku Catatan
4. Bolpoint

Persiapan klien

- Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan
- Anjurkan klien supaya istirahat kurang lebih 5–10 menit sebelum pemeriksaan dilakukan, jika klien selesai beraktivitas.

Persiapan perawat

Cuci tangan

Persiapan lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik dengan penerangan dan ketenangan ruangan yang memadai.

Prosedur kerja

1. Bawa peralatan ke dekat klien
2. Yakinkan spigmomanometer siap pakai, untuk tensimeter air raksa yaitu menghubungkan pipa tensimeter dengan pipa manset, menutup katup balon/tabung tekanan, membuka kunci reservoir
3. Pengkajian tekanan darah pada ekstremitas atas :
 - a. Atur posisi klien duduk atau supinasi yang nyaman
 - b. Singingkan lengan baju keatas
 - c. Palpasi arteri brachial, tempatkan manset kurang lebih 1 inci (2,5 cm) diatas sisi denyut arteri brachial
 - d. Palpasi arteri brakhialis sambil memompa sampai 20–30 mmHg diatas skala yang menunjukkan bahwa denyutan sudah tidak teraba.
4. Pengkajian tekanan darah pada ekstremitas bawah
 - a. Atur posisi klien berbaring tengkurap
 - b. Singingkan baju bawah klien
 - c. Palpasi arteri popliteal, tempatkan manset kurang lebih 1 inci (2,5 cm) diatas sisi denyut arteri popliteal
 - d. Palpasi arteri popliteal sambil memompa sampai 20–30 mmHg diatas skala yang menunjukkan bahwa denyutan sudah tidak teraba.
5. Pasang stetoskop di telinga pemeriksa dan pastikan bahwa bunyi terdengar jelas

6. Letakkan diafragma stetoskop diatas nadi brachial (ekstremitas atas) atau nadi popliteal (ekstremitas bawah) tanpa menekan.
7. Buka katup tabung tekanan/balon secara perlahan dengan kecepatan 2–3 mmHg per detik
8. Tentukan bunyi detak yang pertama kali terdengar jelas (korotkoff I) sebagai tekanan sistolik dan bunyi detak terakhir (korotkoff V) sebagai tekanan distolik
9. Kempiskan manset dengan melonggarkan pompa secara cepat dan total.
10. Bila ingin mengulang pengukuran, tunggu 30 detik dan lengan ditinggikan diatas jantung untuk mengalirkan darah
11. Lepas manset
12. Kembalikan posisi klien yang nyaman
13. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien
14. Rapikan alat dan lingkungan
15. Cuci tangan setelah tindakan.
16. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

SOP Menilai Pernafasan

Pengertian

Menilai pernafasan klien yang meliputi frekwensi, irama dan kedalaman

Tujuan

Mengetahui pernafasan klien meliputi frekwensi, irama dan kedalaman

Kebijakan

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa Keperawatan
2. Indikasi, dilakukan pada semua pasien

Persiapan alat

1. Jam tangan dengan detikan atau stop watch
2. Buku catatan
3. Bolpoint

Persiapan klien

1. Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan.
2. Bila klien selesai beraktivitas, tunggu 5–10 menit sebelum memeriksa pernafasan

Persiapan perawat

Cuci tangan

Persiapan lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik dengan penerangan dan ketenangan ruangan yang memadai.

Prosedur kerja

1. Atur posisi klien semi fowler atau posisi yang nyaman bagi klien

2. Tempatkan lengan klien ke posisi rileks menyilang abdomen atau dada bawah
3. Observasi siklus respirasi klien, menentukan irama pernafasan
4. Hitung pernafasan selama 60 detik, bila pernafasan teratur cukup 30 detik dan dikalikan 2. Pada bayi atau anak kecil, hitung pernafasan selama 1 menit penuh
5. Saat menghitung periksa pula kedalaman pernafasan dengan mengobservasi gerakan dinding dada
6. Tentukan karakteristik pernafasan, meliputi : frekwensi, kedalaman, irama dan bunyi
7. Atur posisi klien yang nyaman
8. Rapikan alat dan lingkungan
9. Evaluasi respon klien
10. Cuci tangan setelah melakukan tindakan
11. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

SOP Mengumpulkan Spesimen Sputum dengan Cara Batuk Efektif

Pengertian

Tindakan mengumpulkan spesimen sputum dengan cara batuk efektif untuk pemeriksaan diagnostik

Tujuan : Memperoleh sputum/dahak untuk analisis diagnostik

Kebijakan

Indikasi : Semua klien yang memerlukan pemeriksaan diagnostik sputum

Persiapan Alat

1. Tempat sputum steril beserta tutupnya (botol)
2. Air putih hangat dalam gelas
3. Kertas tissue
4. Masker
5. Skort
6. Sarung tangan bersih
7. Bengkok
8. Sampiran

Persiapan Klien

1. Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan
2. Anjurkan supaya tidak makan/minum, menggosok gigi dan berkumur dengan antiseptik sebelum tindakan dilakukan.
3. Atur posisi klien duduk

Persiapan Lingkungan

1. Ciptakan ruangan bebas rokok
2. Anjurkan pengunjung supaya keluar dari ruangan klien

3. Pasang sampiran, penerangan cukup

Persiapan Perawat

1. Cuci tangan
2. Pakai masker, skort, sarung tangan

Prosedur Kerja

1. Dekatkan alat kedekat klien
2. Buka tempat sputum dengan teknik aseptik
3. Anjurkan klien untuk melakukan batuk efektif sambil memegang tempat sputum
4. Anjurkan klien supaya menampung sputum kedalam tempat sputum
5. Tutup tempat sputum dengan penutupnya
6. Beri identitas pada tempat sputum (nama klien, nama ruang inap, tanggal pengumpulan/pemeriksaan)
7. Kirimkan dengan segera ke laboratorium
8. Berikan air kumur kepada klien dan bersihkan mulut klien bila sudah selesai pengeluaran sputum
9. Evaluasi meliputi : respon klien, respirasi, nadi
10. Atur kembali posisi klien yang nyaman
11. Cuci tangan
12. Dokumentasi meliputi tanggal, jam, respon klien setelah dilakukan tindakan, hasil tindakan (sputum keluar/tidak), cara mengeluarkan sputum, tanda tangan dan nama yang melakukan tindakan

SOP Pemeriksaan Keadaan Umum Pasien

Pengertian

Melakukan pemerhatian kepada pasien secara umum atau keseluruhan.

Tujuan

1. Mengetahui keadaan umum pasien meliputi kebersihan, penampilan
2. Mengetahui masalah yang dialami pasien untuk melakukan perencanaan perawatan

Indikasi

- Dilakukan pada saat pertama kali bertemu dengan pasien
- Sewaktu-waktu apabila diperlukan

Persiapan Alat

- Alat tulis

Langkah kerja :

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan tujuan tindakan
3. Menjaga privacy dengan menutup pintu/jendela atau memasang sampiran

4. Menanyakan keluhan pasien
5. Melakukan observasi keadaan umum pasien meliputi :
 - tingkat kesadaran: compos mentis, apatis, sopor, coma
 - muka : pucat, cianosis, lesu
 - kebersihan kulit, rambut, gigi dan mulut
 - penampilan: lemah, lesu, tidak bertenaga
 - keadaan saat datang: berjalan sendiri, dipapah, menggunakan tongkat, menggunakan kursi roda, menggunakan brancard
 - cara bicara: pelo, pelan, keras
6. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai prinsip dokumentasi
7. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya

SOP Menimbang Berat Badan

Pengertian

Melakukan pemeriksaan berat badan pasien dengan alat penimbang berat badan untuk menentukan indek massa tubuh pasien

Tujuan

- Untuk mengetahui pertumbuhan badan pasien normal atau tidak
- Untuk mengetahui indek massa tubuh pasien
- Untuk mengetahui status kesehatan pasien sebagai data dasar
- Untuk menentukan kebutuhan obat dan nutrisi pasien

Indikasi

- Dilakukan kepada semua pasien yang baru pertama kali masuk ke RS
- Secara periodik untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien

Persiapan alat :

- Alat timbangan berat badan
- Alat tulis

Langkah Kerja

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien
5. Menyiapkan alat timbangan berat badan di permukaan yang rata
6. Mengatur alat timbangan ke angka 0
7. Menanggalkan pakaian apabila berlebihan dan mengeluarkan barang-barang dari

- saku pasien
8. Menganjurkan pasien membuka sepatu/sandal
 9. Membantu pasien naik ke timbangan (jika keadaan lemah)
 10. Menganjurkan pasien berdiri tegak dengan kedua tangan di sisi badan dan pandangan lurus kedepan
 11. Membaca dengan tepat berat badan pasien (dalam kilogram)
 12. Membantu pasien turun dari alat timbangan dan memakai sepatu/sandal
 13. Mengembalikan pada posisi yang nyaman
 14. Mengevaluasi respon pasien
 15. Membereskan alat
 16. Mencuci tangan
 17. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
 18. Mencatat dengan prinsip dokumentasi

SOP Mengukur Tinggi Badan

Pengertian

Melakukan pemeriksaan tinggi badan pasien dengan alat pengukur tinggi badan untuk menentukan indek massa tubuh pasien

Tujuan

- Untuk mengetahui pertumbuhan pasien normal atau tidak
- Untuk mengetahui indek massa tubuh pasien
- Untuk mengetahui status kesehatan pasien sebagai data dasar
- Untuk menentukan kebutuhan obat dan nutrisi pasien

Indikasi

- Dilakukan kepada semua pasien yang baru pertama kali masuk ke RS
- Secara periodik untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien

Persiapan Alat

- Alat pengukur tinggi badan
- Alat tulis

Langkah Kerja

1. Memberi salam
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien
5. Menyiapkan alat pengukur tinggi badan pada permukaan yang rata
6. Menganjurkan pasien membuka sepatu/sandal

7. Menyuruh pasien berdiri tegak dengan kepala, skapula dan tumit rapat pada alat pengukur
8. Menurunkan pengukur ke atas kepala
9. Membaca dengan tepat ukuran tinggi (dalam cm)
10. Membantu pasien memakai sepatu/sandal (apabila kead
11. Mengembalikan pada posisi yang nyaman
12. Mengevaluasi respon pasien
13. Membereskan alat
14. Mencuci tangan
15. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
16. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai dengan prinsip-prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Kepala

Pengertian

- Melakukan pemeriksaan pada bagian kepala pasien

Tujuan

- Untuk mengetahui bentuk kepala pasien
- Untuk mengetahui kelainan pada kepala, kebersihan kulit kepala dan rambut

Indikasi

- Dilakukan kepada semua pasien yang baru pertama kali masuk ke RS
- Secara periodik untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien

Persiapan Alat :

- Sarung tangan (jika diduga ada lesi)
- Penerangan yang cukup

Langkah Kerja

1. Memberi salam
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien
5. Mengatur posisi pasien duduk, berdiri atau berbaring tergantung kondisi pasien
6. Menganjurkan pasien agar membuka tutup kepala dan kaca mata (jika memakai)
7. Memakai sarung tangan (jika ada lesi pada kepala)
8. Melakukan inspeksi: memperhatikan bentuk kepala, kesimetrisan, keadaan kulit kepala, penyebaran rambut ketebalan rambut, kebersihan, tekstur dan warna rambut
9. Melakukan palpasi dengan gerakan memutar lembut menggunakan ujung-ujung jari dilakukan mulai dari depan turun ke bawah melalui garis tengah kepala, palpasi setiap sudut sudut garis kepala.

10. Rasakan ada atau tidaknya benjolan massa, pembengkakan, nyeri tekan
11. Melakukan evaluasi respon pasien
12. Mencuci tangan
13. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
14. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Leher

Pengertian :

- Melakukan pemeriksaan pada bagian leher

Tujuan :

- Mengetahui adanya kelainan pada bagian leher

Indikasi :

- Pasien yang baru masuk ke Rumah Sakit
- Sewaktu-waktu jika diperlukan

Persiapan alat :

- lampu senter kecil atau penlight
- sarung tangan (jika perlu)

Langkah Kerja

1. Memberi salam
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien
5. Mengatur posisi pasien yang nyaman
6. Mengatur pencahayaan dengan baik
7. Melakukan pemeriksaan kepala dengan cara:

Inspeksi :

- a. menganjurkan pasien untuk melepas baju atau benda apapun yang menutupi leher
- b. mengamati bentuk leher, warna kulit, adanya jaringan parut, kesimetrisan, pembengkakan, adanya massa
- c. mengamati kelenjar tiroid pada takik suprasternal dengan menganjurkan pasien untuk menelan
- d. menganjurkan pasien untuk melakukan gerakan fleksi pada leher, hiperekstensi, gerakan menyamping untuk menguji otot sternomastoideus

Palpasi :

- a. menggunakan ketiga jari tengah dengan gerakan memutar untuk melakukan palpasi nodus limfe dengan urutan sebagai berikut :
 - nodus oksipital : pada dasar tengkorak
 - nodus aurikuler posterior : diatas mastoid

- nodus pre aurikuler: tepat didepan telinga
 - nodus tonsilar: pada sudut mandibula
- b. melakukan palpasi kelenjar tiroid dengan cara :
 - letakkan tangan pada leher pasien
 - palpasi fosa supra sternal dengan jari telunjuk dan jari tengah
 - anjurkan pasien untuk menelan agar memudahkan palpasi
 - jika teraba kelenjar tiroid, pastikan bentuk ukuran, konsistensi dan permukaannya
 - pemeriksa berdiri disamping kanan pasien
 - meletakkan jari tengah pada bagian bawah trakhea dan meraba trakhea ke atas, ke bawah, kesamping sampai kedudukan trakhea dapat diketahui
 8. Mengevaluasi respon pasien
 9. Mencuci tangan
 10. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
 11. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Mata

Pengertian

Melakukan pemeriksaan pada bagian mata pasien

Tujuan

Mengetahui adanya kelainan pada organ mata pasien

Indikasi

- Pasien yang baru masuk ke Rumah Sakit
- Pasien yang mengeluh adanya gangguan penglihatan

Persiapan Alat

- lampu senter kecil atau penlight
- penutup mata
- sarung tangan (jika perlu)

Langkah Kerja

1. Memberi salam pada pasien
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien
5. Mengatur posisi pasien yang nyaman
6. Melakukan pemeriksaan pada mata dengan cara :

Memeriksa kelopak mata :

 - menganjurkan pasien melihat lurus kedepan
 - membandingkan mata kanan dan kiri
 - menganjurkan pasien memejamkan mata

- mengamati bentuk dan keadaan kulit kelopak mata
- mengamati pertumbuhan rambut kelopak mata dan posisi bulu mata
- mengamati frekuensi berkedip mata
- b. Memeriksa konjunktiva dan sklera mata
 - menarik kelopak mata bagian bawah
 - mengamati keadaan konjunktiva : adanya infeksi, pus, anemis
 - mengamati sklera mata : adanya icteric, lesi/luka
- c. Memeriksa Kornea
 - berdiri di sisi pasien, dengan cahaya tidak langsung mengamati kejernihan dan tekstur kornea
 - melakukan uji sensitivitas kornea dengan menyentuhkan kapas steril untuk melihat reaksi berkedip
- d. Memeriksa Pupil dan Iris
 - mengatur cahaya redup
 - mengamati ukuran, bentuk, kesimetrisan pupil dan reaksi terhadap cahaya
 - melakukan uji reflek terhadap cahaya dengan cara :
 - menyinari pupil dengan lampu senter dari samping
 - amati mengecilnya pupil yang sedang disinari
 - lakukan pada pupil yang lain
- e. Memeriksa reflek akomodasi
 - anjurkan pasien menatap objek pemeriksaan (jari atau pensil) dengan jarak 10 cm dari batang hidung
 - mengamati adanya perubahan pupil dan akomodasi melalui konstriksi saat melihat objek yang dekat
- f. memeriksa pergerakan bola mata :
 - menganjurkan pasien untuk melihat lurus kedepan
 - mengamati kedua bola mata apakah diam atau nistagmus (pergerakan secara spontan)
 - mengamati apakah kedua mata memandang lurus kedepan atau salah satu deviasi
 - luruskan jari telunjuk dan dekatkan pada pasien dengan jarak 15 – 30 cm

SOP Pemeriksaan Hidung

Pengertian

- Melakukan pemeriksaan pada bagian hidung pasien

Tujuan

- Mengetahui adanya kelainan pada organ hidung

Indikasi

- Pasien yang baru masuk ke Rumah Sakit
- Pasien yang mengeluh adanya gangguan pada hidung

Persiapan

- lampu senter kecil atau penlight
- spekulum hidung
- sarung tangan (jika ada lesi)

Langkah Kerja

1. Memberi salam
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien dan mengatur penerangan ruangan
5. Mengatur posisi pasien duduk atau berdiri
6. Melakukan pemeriksaan hidung dengan cara :
 - a. inspeksi dan palpasi bagian hidung bagian luar :
 - mengatur posisi pasien duduk atau berdiri
 - pemeriksa duduk berhadapan dengan pasien
 - mengatur lampu agar dapat menerangi hidung pasien
 - mengamati keadaan kulit hidung terhadap warna dan pembengkakan
 - mengamati kesimetrisan lubang hidung
 - mengamati pelebaran nares (lubang hidung), jika ada pengeluaran sekret atau darah amati jumlah dan warnanya
 - melakukan palpasi lembut pada batang dan jaringan lunak hidung untuk mengetahui adanya nyeri tekan dan massa
 - meletakkan satu jari padamasing-masing sisi arkus nasal dan palpasi secara lembut, lalu gerakkan jari dari batang ke ujung hidung
 - menilai mobilitas septum hidung
 - b. inspeksi hidung bagian dalam :
 - mengatur posisi pasien duduk atau berdiri
 - pemeriksa duduk berhadapan dengan pasien
 - mengatur lampu agar dapat menerangi hidung pasien
 - menekan hidung secara lembut untuk mengelevasikan ujung hidung dan melakukan pengamatan bagian anterior lubang hidung
 - mengamati posisi septum hidung
 - memasang ujung spekulum hidung pada lubang hidung sehingga rongga hidung dapat diamati

- mengamati kartilago dan dinding-dinding rongga hidung serta selaput lendir rongga hidung (warna, adanya sekresi, bengkak)
 - melepas spekulum secara perlahan-lahan
6. Memberitahu pasien pemeriksaan sudah selesai
 7. Mengembalikan pada posisi yang nyaman
 8. Mengavaluasi respon pasien
 9. Membereskan alat
 10. Mencuci tangan
 11. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
 12. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Mulut dan Faring

Pengertian :

- Melakukan pemeriksaan pada bagian mulut dan faring pasien

Tujuan

- Mengetahui adanya kelainan pada mulut dan organ sekitarnya

Indikasi

- Pasien yang baru masuk ke Rumah Sakit
- Pasien yang mengeluh adanya masalah pada mulut dan faring

Persiapan Alat

- lampu senter kecil atau penlight
- tongue spatel
- kasa
- sarung tangan (jika ada lesi)

Langkah Kerja

1. Memberi salam
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari tindakan
3. Mencuci tangan
4. Menjaga privasi pasien
5. Mengatur posisi pasien duduk berhadapan dengan pemeriksa sejajar
6. Mengamati bibir pasien untuk mengetahui warna bibir, kesimetrisan, kelembaban, adanya kelainan kongenital seperti bibir sumbing, lesi atau ulkus, pembengkakan
7. Menganjurkan pasien membuka mulut, amati keadaan gigi meliputi jumlah, ukuran, warna, kebersihan, karies, adanya bau mulut (halitosis)

8. Mengamati keadaan gusi : adanya lesi, tumor, pembengkakan
9. Mengamati keadaan lidah : meminta pasien untuk menjulurkan lidah dan amati kesimetrisan, warna, adanya kelainan
10. Menarik lembut bibir kebawah menjauhi gigi dan mengamati keadaan mukosa : warna, tekstur, hidrasi dan adanya lesi
11. Menganjurkan pasien untuk beristirahat dengan menutup mulut jika lelah
12. Melakukan pemeriksaan faring :
 - menganjurkan pasien mengangkat kepala sedikit ke belakang
 - menganjurkan pasien membuka mulut
 - tekan lidah kebelakang sewaktu pasien mengucapkan "ah"
 - mengamati keadaan faring : kesimetrisan ovula, adanya peradangan tonsil
13. Memberitahu pasien bahwa pemeriksaan telah selesai
14. Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman
14. Mengevaluasi respon pasien
15. Mencuci tangan
16. Membereskan alat
17. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
14. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Dada (Paru)

Pengertian

- Melakukan pemeriksaan dada pada bagian depan atau bagian belakang (punggung)

Tujuan

- Mengetahui adanya kelainan dada bagian luar baik depan maupun belakang (punggung)
- Mengetahui adanya kelainan pada paru

Indikasi

- Pasien baru
- Pasien yang mengeluh gangguan pada pernafasan

Persiapan Alat

- Stetoskop
- Jam
- alat tulis

Langkah Kerja

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan
4. Menjaga privasi pasien: memasang sampiran, menutup pintu atau korden, menganjurkan pengunjung keluar, mengatur pencahayaan yang terang
5. Mengatur posisi pasien nyaman dan aman sesuai kondisi pasien: berbaring atau duduk
6. Mencuci tangan
7. Membuka baju pada bagian dada yang akan diperiksa
8. Melakukan inspeksi (pengamatan) :
 - inspeksi bentuk dada dari 4 sisi : depan, samping, kanan, belakang (punggung) pada saat pasien diam dan saat inspirasi serta ekspirasi
 - inspeksi kesimetrisan ekspansi dada kanan dan kiri
 - inspeksi adanya lesi, bekas luka atau jaringan parut, benjolan, perubahan warna pada dada bagian depan dan belakang
 - inspeksi penggunaan oto-oto pernafasan tambahan pada saat inspirasi dan ekspirasi : otot sternokleidomastoideus, retraksi intercostalis
 - inspeksi lokasi vertebra ke 7 dan amati adanya kelainan bentuk tulang belakang
9. Melakukan palpasi :
 - a. palpasi untuk mengetahui ekspansi/pengembangan dinding dada/paru-paru :
 - hangatkan telapak tangan dengan menggesek-gesekkan kedua telapak tangan
 - Letakkan kedua telapak tangan secara datar pada dinding dada depan
 - anjurkan pasien untuk menarik nafas
 - Rasakan gerakan dinding dada dan bandingkan sisi kanan dan kiri
 - Berdiri di belakang pasien, letakkan kedua tangan pada punggung pasien dan bandingkan gerakan kedua sisi.
 - b. palpasi untuk mengetahui taktil fremitus :
 - letakkan telapak tangan pada bagian belakang dinding dada dekat apeks paru, tangan bergerak ke bagian basis paru, minta pasien menyebutkan "TUJUH PULUH TUJUH"
 - bandingkan getaran (fremitus) pada dinding, apeks dan basis paru-paru.
 - lakukan palpasi taktil fremitus pada dinding dada anterior

10. Melakukan perkusi :
 - a. perkusi pada paru anterior dengan posisi pasien terlentang
 - perkusi mulai dari atas klavikula ke bawah pada setiap ruang interkostal
 - bandingkan sisi kanan dan kiri
 - b. perkusi pada paru posterior dengan posisi duduk atau berdiri
 - perkusi mulai dari puncak paru ke bawah
 - bandingkan sisi kanan dan kiri
11. Melakukan auskultasi :
 - perawat duduk berhadapan dengan pasien
 - anjurkan pasien bernafas normal, mulai auskultasi dengan meletakkan stetoskop pada trakhea dengarkan bunyi nafas`dengan teliti
 - lanjutkan auskultasi dengan arah seperti pada perkusi
 - bandingkan kedua sisi, perhatikan adanya suara nafas tambahan
12. Memberitahu pasien bahwa pemeriksaan telah selesai
13. Merapikan kembali baju pasien
14. Mengembalikan pada posisi yang nyaman
15. Mengevaluasi respon pasien
16. Mencuci tangan
15. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
15. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Dada (Jantung)

Pengertian

- Melakukan pemeriksaan dada pada bagian depan atau bagian belakang (punggung)

Tujuan

- Mengetahui adanya kelainan dada bagian luar baik depan maupun belakang (punggung)
- Mengetahui adanya kelainan pada jantung

Indikasi

- pasien baru
- pasien yang mengalami masalah jantung

Persiapan Alat

- Stetoskop
- Jam
- alat tulis

Langkah Kerja

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan
4. Menjaga privasi pasien : memasang sampiran, menutup pintu atau korden, menganjurkan pengunjung keluar, mengatur pencahayaan yang terang
5. Mengatur posisi pasien nyaman dan aman sesuai kondisi pasien : berbaring atau duduk
6. Mencuci tangan
7. Membuka baju pada bagian dada yang akan diperiksa
8. Melakukan inspeksi dan palpasi perikardium :
 - tentukan sudut Louis dengan palpasi
 - pindah jari-jari ke bawah ke arah tiap sisi sudut sehingga akan teraba ruang interkostal ke-2. Area aorta di sebelah kanan dan area pulmonal di sebelah kiri.
 - inspeksi dan palpasi area aortic dan pulmonik untuk mengetahui pulsasi
 - dari area pulmonal, pindahkan jari-jari anda ke bawah sepanjang 3 ruang interkostal kiri, area tricuspid atau ventricular terletak di ruang interkostal kiri amati pulsasi.
 - dari area tricuspid pindahkan tangan secara lateral 5-7 cm ke garis mid klavikula kiri tempat ditemukan area apical atau titik impuls maksimal. Inspeksi dan palpasi adanya pulsasi.
 - lakukan inspeksi dan palpasi area epigastrium didasar sternum untuk pulsasi aorta
9. Melakukan perkusi untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung secara kasar :
 - lakukan perkusi dari area lateral kiri ke medial
 - lakukan perkusi dari daerah sternum ke kiri
 - lakukan perkusi dari arah atas ke bawah
 - batas jantung ditentukan dengan benar yaitu : batas kiri 4,7 dan 10 cm ke arah kiri garis mid sternal dan pada ruang interkostal 4, 5 dan 8
10. Melakukan auskultasi untuk mendengarkan bunyi jantung yang dihasilkan saat penutupan katup mitral dan trikuspidalis (S1) dan penutupan katup aorta dan pulmonal (S2).
 - perhatikan dan tentukan area auskultasi
 - kaji ritme dan frekuensi jantung secara umum

- anjurkan pasien bernafas normal dan kemudian menahan saat ekspirasi dengarkan suara S1 sambil melakukan palpasi nadi karotis
 - dengarkan S1 sambil melakukan palpasi karotis
 - pada awal sistol, dengarkan secara seksama untuk mengetahui adanya bunyi tambahan atau murmur pada S1
 - pada periode diastole, dengarkan secara seksama untuk mengetahui adanya bunyi tambahan atau murmur
 - anjurkan pasien bernafas normal, dengarkan S2 secara seksama untuk mengetahui adanya splitting S2 saat inspirasi
11. Memberitahu pasien bahwa pemeriksaan telah selesai
 12. Merapikan kembali baju pasien
 13. Mengembalikan pada posisi yang nyaman
 14. Mengevaluasi respon pasien
 15. Membereskan alat
 16. Mencuci tangan
 17. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya
 18. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Abdomen

Pengertian

- Melakukan pemeriksaan pada abdomen perut

Tujuan

- Mengetahui adanya kelainan pada bagian perut pasien

Indikasi

- pada pasien baru
- pada pasien yang mengalami gangguan pada perut

Persiapan Alat

- Stetoskop
- Jam
- alat tulis
- midline

Langkah Kerja

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan

4. Menjaga privasi pasien : memasang sampiran, menutup pintu atau korden, menganjurkan pengunjung keluar, mengatur pencahayaan yang terang
5. Menganjurkan pasien untuk b.a.k atau b.a.b sebelum dilakukan pemeriksaan
6. Mengatur posisi pasien nyaman : supinasi
7. Menganjurkan pasien supaya membuka baju pada bagian abdomen (mulai dari prosesus xypoideus sampai simpisis pubis)
8. Menutup bagian tubuh pasien yang tidak diperiksa dengan selimut
9. Melakukan pemeriksaan abdomen dengan inspeksi :
 - amati bentuk abdomen (cekung atau cembung), adanya distensi (kembung), retraksi, penonjolan, ketidak simetrisan
 - amati kebersihan kulit, adanya lesi, spider nevi, uremic frost, striae, pigmentasi, bekas operasi
 - amati gerakan peristaltik, pembesaran vena, hernia umbilicalis
10. Melakukan pemeriksaan abdomen dengan auskultasi :
 - menganjurkan pasien rilek dengan menekuk salah satu kaki
 - menghangatkan stetoskop dengan menggesekkan pada telapak tangan
 - menanyakan kepada pasien kapan terakhir makan
 - menentukan bagian stetoskop yang akan digunakan, bagian diafragma untuk mendengarkan bising usus dan bagian sungkup/bel untuk mendengarkan suara pembuluh darah
 - melakukan pemeriksaan dari area yang tidak sakit menuju area yang sakit
 - meletakkan diafragma stetoskop dengan tekanan ringan pada setiap kuadran abdomen untuk mendengarkan peristaltik
 - meletakkan bagian sungkup/bel stetoskop di atas aorta, arteri renalis dan arteri Iliaka untuk mendengar suara vaskuler (pada keadaan normal tidak terdengar suara vaskuler)
11. Melakukan perkusi :
 - menghangatkan telapak tangan dengan menggesekkan kedua telapak tangan
 - melakukan perkusi diseluruh area abdomen, mulai dari yang tidak sakit ke area yang sakit
 - perkusi dimulai dari area kuadran kanan dan dilanjutkan searah jarum jam
 - melakukan perkusi tumpul pada area ginjal yaitu bagian kiri dan kanan

vertebra thorakalis ke 10 dan 11, bila ada nyeri menunjukkan masalah pada ginjal

12. Melakukan palpasi :

- menganjurkan pasien untuk rileks
- melakukan palpasi ringan di seluruh permukaan abdomen, dimulai dari area yang tidak nyeri
- melakukan palpasi pada daerah epigastrium, apabila ada nyeri tekan menunjukkan adanya epigastritis
- melakukan palpasi dalam pada kuadran kanan atas dengan cara :
menekankan telapak tangan kedalam kurang lebih 4 cm dibawah tulang kosta kanan pada saat inspirasi dan melepas saat ekspirasi, apabila teraba organ maka menunjukkan adanya hepatomegali (pembesaran hepar), normal tidak teraba.
- melakukan palpasi pada kuadran kiri bawah untuk mengetahui isi dalam kolon sigmoid. Bila teraba kemungkinan adanya massa atau penumpukan feses
- melakukan palpasi pada area supra pubik untuk mengetahui adanya penumpukan urin pada kandung kemih atau adanya cystitis
- melakukan palpasi pada kudran kanan bawah untuk mengetahui adanya nyeri tekan pada daerah titik Mc Burney. Diukur dari SIAS sampai ke umbilikus dan pada bagian sepertiga dari SIAS ditekan, apabila ada nyeri tekan menunjukkan kemungkinan adanya apendisitis

13. Memberitahu bahwa pemeriksaan telah selesai

14. Merapikan kembali baju ;pasien

15. Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman

16. Mengevaluasi respon pasien

17. Mencuci tangan

18. Membuat kontrak untuk tindakan selanjutnya

19. Mencatat hasil pemeriksaan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Pemeriksaan Muskuloskeletal

Pengertian

- Melakukan pemeriksaan kekuatan otot dan tulang

Tujuan

- Mengetahui adanya kelainan pada otot dan tulang pasien

Indikasi

- pasien yang lumpuh, tidak sadar

Persiapan Alat

- meteran

Langkah Kerja

1. Mengucapkan salam kepada pasien
1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
2. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan
3. Menjaga privasi pasien : memasang sampiran, menutup pintu atau korden,
4. Menganjurkan pasien untuk tidur dalam posisi terlentang dengan pemeriksa berada disebelah kanan atau kiri pasien
5. Memeriksa kekuatan otot :
 - melakukan inspeksi ukuran otot pasien untuk mengamati adanya atropi dan hipertropi
 - melakukan uji kekuatan otot dengan cara menganjurkan pasien untuk menarik atau mendorong tangan pemeriksa dan dibandingkan antara kekuatan otot anggota gerak kanan dan kiri
6. Tulang :
 - mengamati susunan tulang, adanya deformitas, dan adanya pembengkakan
 - melakukan palpasi tulang untuk mengetahui adanya edema atau nyeri tekan
8. Sendi :
 - melakukan inspeksi persendian untuk mengetahui adanya kelainan rentang gerak
 - melakukan palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan, kontraktur, gerakan sendi, pembengkakan, krepitasi
9. Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman
10. Cuci tangan
11. Anamnesa respon pasien
12. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

2. Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine dan Fekal.

SOP Evakuasi Fekal

Pengertian

Melakukan tindakan perawatan mengeluarkan feses dengan menggunakan jari dgn cara memasukkan jari kedlm rektum pasien, digunakan utk mengambil atau menghancurkan massa feses sekaligus mengeluarkannya dalam bentuk yang telah hancur.

Tujuan

1. membantu mengeluarkan massa feces terlalu keras/impaksi
2. setelah pemberian enema tdk berhasil
3. membantu pasien imobilisasi yang tidak mampu ambulasi secara teratur ,gagal dalam keseimbangan asupan cairan rentan terhadap impaksi
4. membantu pengeluaran feses yang keras dan yg tidak mampu dikeluarkan pada lansia.
5. Memberikan rasa nyaman

Kebijakan : Pasien yang tidak mampu mengeluarkan feses

Peralatan

1. Sarung tangan
2. Minyak pelumas/jeli
3. Alat penampung/pispot
4. Selimut mandi
5. Pengalas
6. Bantal tahan air
7. Baskom,waslap,handuk dan sabun
8. Bengkok/tempat sampah

Prosedur Pelaksanaan

1. Cuci tangan
2. Jelaskan prosedur yg akan dilaksanakan
3. Ukur frekwensi nadi
4. Atur posisi miring dan lutut fleksi
5. Letakan bantal tahan air
6. Selimuti tubuh dan ektrimitas bawah dengan selimut mandi
7. Letakan pispot di samping pasien
8. Gunakan sarung tangan & beri minyak pelumas(jeli) pd jari telunjuk
9. Masukkan jari kedalam rektum & dorong perlahan-lahan sepanjang dinding rektum kearah umbilikus (kearah feses yg impaksi)
10. Secara perlahan-lahan lunakkan massa dgn masase daerah feses yg impikasi (dengan arahkan jari pd inti yg keras).dan keluarkan

11. Observasi nadi dan tanda kelelahan, hentikan jika perubahan
12. Gunakan pispot bila ingin BAB/bantu ketoilet
13. Jika tidak mampu ke toilet setelah selesai bersihkan dengan waslap, sabun dan keringkan dengan tissue/handuk.
14. Rapikan alat..
15. Lepaskan sarung tangan,cuci tangan, rapikan pasien kemudian catat jumlah feses yg keluar, warna, kepadatan, serta respons pasien.
16. Cuci tangan
17. Dokumentasi

SOP Eliminasi Fekal

Pengertian

Melakukan tindakan perawatan :Menolong membuang air besar dengan menggunakan pispot merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien yang tidak mampu buang air besar secara sendiri dikamar kecil dengan cara menggunakan pispot (penampung) / pasu surungan untuk buang air besar ditempat tidur.

Tujuan

- a. Membantu memenuhi kebutuhan eliminasi alvi/BAB
- b. Memberikan rasa nyaman

Kebijakan Pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan eliminasi alvi secara mandiri

Peralatan

1. Alas/perlak
2. Pispot
3. Air bersih
4. Tisu
5. Handuk
6. Sampiran apabila tempat pasien di bangsal umum
7. Sarung tangan
8. Sabun
9. Bedak talc
10. Bungkuk/tempat sampah

Prosedur Pelaksanaan

1. Cuci tangan
2. Jelaskan prosedur
3. Pasang sampiran
4. Gunakan sarung tangan
5. Pasang pengalas dibawah glutea

6. Bantu pasien untuk memiringkan tubuhnya (membelakangi perawat)
7. Taburkan bedak secukupnya untuk mencegah kulit menempel pada pispot
8. Tempatkan pispot tepat dibawah glutea, dengan bagian yang bercelah mengarah ke kaki, tanyakan pada klien apakah sudah nyaman atau belum, kalau belum atur sesuai dengan kebutuhan.
9. Letakkan sebuah gulungan handuk dibawah kurva lumbal punggung klien untuk menambah rasa nyaman.
10. Tinggikan bagian kepala tempat tidur 30 derajat
11. Tekuk lutut untuk mengambil posisi jongkok
12. Anjurkan pasien untuk buang air besar pada pispot yang sudah disediakan.
13. Tinggalkan pasien sejenak
14. Setelah selesai bantu untuk membersihkan anus dan perineum dengan air hingga bersih dan keringkan dengan tisu. Buang ke tempat sampah
15. Jika sudah selesai angkat pispot dengan cara klien menggeserkan badan ke samping atau meninggikan pinggulnya, jangan menarik atau mendorong pispot di bawah pinggul karena dapat menimbulkan cedera
16. Bersihkan anus dan perineum dengan menggunakan sabun, lalu bersihkan dengan air bersih. Keringkan dengan tisu
17. Letakan dan tutup pispot di tempatnya
18. Ambil pengalas, cuci tangan
19. Rapikan pasien dan evaluasi respon
20. Catat tanggal dan jam defekasi serta karakteristiknya./dokumentasikan
21. Cuci tangan.

SOP Eliminasi Urin

Pengertian

Melakukan tindakan perawatan :Menolong membuang air kecil dengan menggunakan urinal merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien yang tidak mampu buang air kecil secara sendiri dikamar kecil dengan cara menggunakan urinal (penampung) untuk buang air kecil ditempat tidur.

Tujuan

1. membantu memenuhi kebutuhan eliminasi urin
2. Memberikan rasa nyaman

Kebijakan : Pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan eliminasi urin secara mandiri

Peralatan

- 1.alas/perlak

- 2.urinal
- 3.air bersih
- 4.tisu
- 5.sampiran
- 6.sarung tangan
- 7.selimut
- 8.bengkok/tempat sampah

Prosedur Pelaksanaan

1. Cuci tangan dilakukan dengan benar
 2. Gunakan sarung tangan
 3. Pasang pengalas di bawah glutea
 4. Bantu pasien melepaskan pakaian bagian bawah dan pakaian dalam
 5. Anjurkan pasien untuk mengangkat daerah glutea (jika pasien mampu)
 6. Tempatkan urinal di atas pengalas tepat di bawah bokong (untuk wanita) atau diantara ke dua paha dengan ujung penis masuk ke lubang urinal (untuk pria)
 7. Tanyakan pada pasien tentang kenyamanan posisi
 8. Tutup dengan selimut bagian bawah tubuh pasien
 9. Anjurkan untuk buang air kecil
 10. Setelah selesai siram daerah genitalia dengan air bersih kemudian keringkan dengan tissue
 11. Buang tissue ke bengkok/ tempat sampah
 12. Rapikan alat
 13. Lepaskan handscoond cuci tangan, rapikan pasien
 14. Cuci tangan
 15. Dokumentasi
3. **Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman.**

SOP Mencuci Tangan Bersih dengan Air Mengalir
--

Pengertian

Membersihkan tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir

Tujuan :

1. Membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganism
2. Mencegah atau meminimalkan penyebaran infeksi

Kebijakan :

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa
2. Indikasi :

- Sebelum kontak dengan **pasien pertama**
- Sebelum melakukan tindakan aseptik, tindakan invasiv
- Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien (darah, eksresi, sekresi pasien), kulit yang tdk utuh, alat yang terkontaminasi
- Sesudah kontak dengan lingkungan sekitar pasien
- Sesudah kontak dengan **pasien terakhir**

Persiapan alat :

1. Sabun antiseptik atau desinfektan lain
2. Alat pengering (handuk sekali pakai/tissu)
3. Air mengalir

Persiapan Perawat :

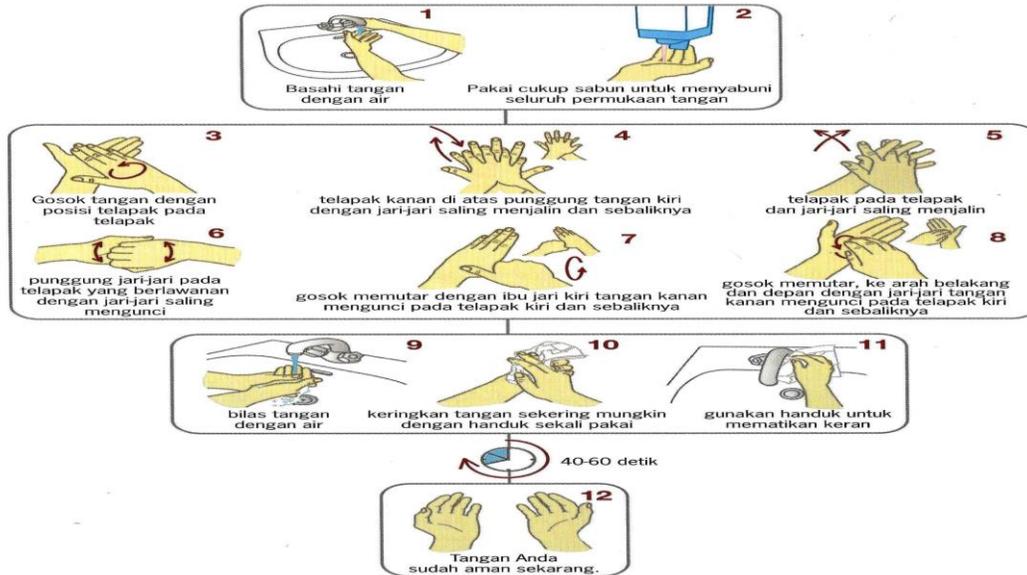
1. Memastikan kuku pendek
2. Melepas perhiasan (jam tangan dan cincin)
3. Menggulung lengan baju sampai batas siku jika menggunakan lengan panjang

Prosedur Kerja

1. Berdiri di depan wastafel, badan tidak boleh menyentuh wastafel. Buka kran perlahan-lahan, basahi kedua tangan, posisi jari-jari lebih rendah dari siku.
2. Tuang sabun ke telapak tangan.
3. Bersihkan telapak tangan dengan posisi telapak tangan satu diatas telapak tangan yang lain.
4. Gosok bagian punggung tangan kiri dengan cara telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin. Lakukan bergantian pada punggung tangan kanan.
5. Gosok bagian sela-sela telapak tangan dengan cara telapak tangan berhadapan dan jari-jari tangan saling menjalin.
6. Gosok punggung jari-jari dengan cara telapak tangan berlawanan dengan jari-jari saling mengunci, gosok punggung jari-jari pada telapak tangan yang berlawanan.
7. Gosok ibu jari tangan kanan dengan cara ibu jari tangan kanan mengunci pada telapak tangan kiri, bersihkan dengan cara menggosok secara memutar. Lakukan bergantian pada ibu jari tangan kiri.
8. Bersihkan kuku-kuku jari kanan dengan cara jari-jari tangan kanan dalam posisi menguncup diatas telapak tangan kiri kemudian digosokkan memutar kearah belakang dan ke arah depan di telapak tangan kiri. Lakukan juga pada kuku jari tangan kiri.
9. Bilas tangan dengan air mengalir sampai bersih.

10. Keringkan tangan dengan memakai handuk bersih sekali pakai /tissu.
11. Gunakan handuk bersih sekali pakai /tissu tadi untuk mematikan kran.

LANGKAH CUCI TANGAN BERSIH MENGGUNAKAN SABUN



SOP Mencuci Tangan Bersih Dengan *Alkohol Hand Rub*

Pengertian

Membersihkan tangan dengan menggunakan cairan *alkohol hand rub*

Tujuan :

1. Membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme
2. Mencegah atau meminimalkan penyebaran infeksi

Kebijakan :

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa
2. Indikasi :
 - Sebelum kontak dengan **pasien kedua dan seterusnya**
 - Sebelum melakukan tindakan aseptik, tindakan invasiv
 - Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien (darah, eksresi, sekresi pasien), kulit yang tdk utuh, alat yang terkontaminasi
 - Sesudah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Persiapan alat :

1. Cairan *alkohol hand rub*

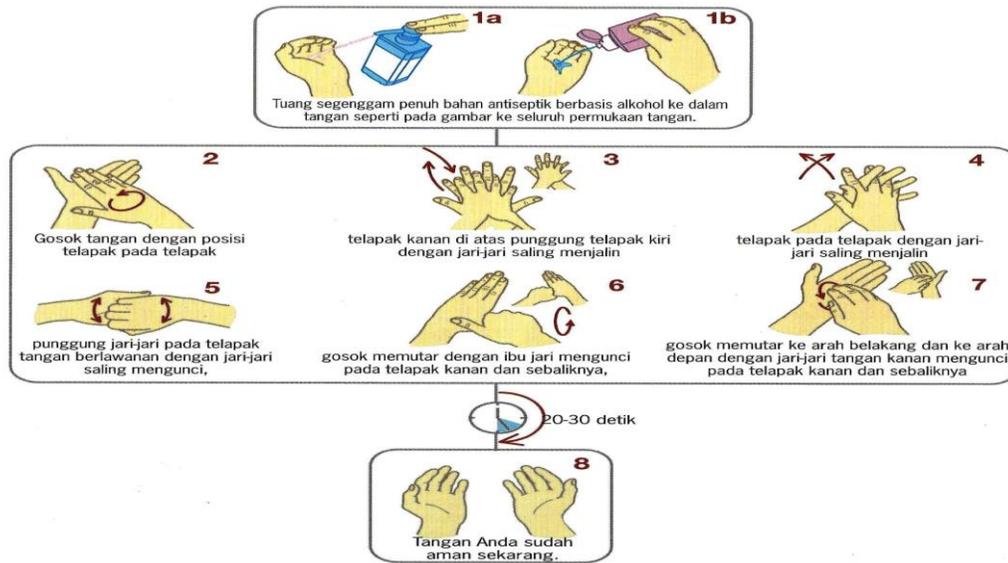
Persiapan Perawat :

1. Memastikan kuku pendek
2. Melepas perhiasan (jam tangan dan cincin)
3. Menggulung lengan baju sampai batas siku jika menggunakan lengan panjang

Prosedur Kerja

1. Tuang cairan *alkohol hand rub* ke telapak tangan.
2. Bersihkan telapak tangan dengan posisi telapak tangan satu diatas telapak tangan yang lain.
3. Gosok bagian punggung tangan kiri dengan cara telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin. Lakukan bergantian pada punggung tangan kanan.
4. Gosok bagian sela-sela telapak tangan dengan cara telapak tangan berhadapan dan jari-jari tangan saling menjalin.
5. Gosok punggung jari-jari dengan cara telapak tangan berlawanan dengan jari-jari saling mengunci, gosok punggung jari-jari pada telapak tangan yang berlawanan.
6. Gosok ibu jari tangan kanan dengan cara ibu jari tangan kanan mengunci pada telapak tangan kiri, bersihkan dengan cara menggosok secara memutar. Lakukan bergantian pada ibu jari tangan kiri.
7. Bersihkan kuku-kuku jari kanan dengan cara jari-jari tangan kanan dalam posisi menguncup diatas telapak tangan kiri kemudian digosokkan memutar kearah belakang dan ke arah depan di telapak tangan kiri. Lakukan juga pada kuku jari tangan kiri.
8. Biarkan cairan antiseptik mengering.

CUCI TANGAN BERSIH MENGGUNAKAN ALKOHOL HAND RUB



SOP Mencuci Tangan Steril

Pengertian :

Membersihkan tangan sampai dengan lengan menggunakan air mengalir dengan sikat dan antiseptik secara steril

Tujuan :

1. Membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme
2. Mencegah atau meminimalkan penyebaran infeksi
3. Persiapan untuk melakukan tindakan yang bersifat steril

Kebijakan :

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa yang akan melakukan tindakan steril
2. Indikasi : dilakukan sebelum
 - a. Melakukan tindakan steril
 - b. Menjadi asisten di ruang operasi

Persiapan Alat

1. Sikat steril
2. Sabun cair atau larutan antiseptik
3. Air mengalir
4. Handuk steril (alat pengering steril)

Persiapan Perawat :

1. Kuku harus pendek

2. Lepas perhiasan (jam tangan dan cincin)
3. Gulung lengan baju diatas siku
4. Telah memakai tutup kepala dan masker jika di kamar operasi
5. Telah memakai skort apabila mau menolong persalinan

Prosedur Kerja :

1. Berdiri di depan wastafel, tidak menyentuh wastafel
2. Buka kran perlahan-lahan, basahi kedua tangan, posisi siku lebih rendah dari jari-jari
3. Sabuni tangan dari jari-jari sampai 5 cm diatas siku
4. Sikat mulai ujung kuku, sela-sela jari, telapak tangan sampai dibawah siku selama 2-5 menit
5. Bilas dan letakkan sikat pada tempat yg disediakan
6. Bilas tangan dari ujung jari-jari ke siku
7. Tutup kran dengan menggunakan pedal kaki atau siku
8. Keringkan tangan dengan handuk/alat pengering steril
9. Pertahankan posisi tangan dengan jari-jari lebih tinggi dari siku
10. Hindari tangan menyentuh benda lain di sekitarnya

Unit Terkait :

Unit perawatan kritis, unit bedah, unit perinatologi, kamar bayi, kamar operasi

Buku Sumber :

1. Potter Perry, 1991, Basic Nursing, Second edition, Mosby, Philadelphia
2. Wells M.A. & Belland K.H., 1984, Clinical Nursing Procedures, Wardsworth, California
3. Potter & Perry, Fundamentals of Nursing, Fourth Edition, Mosby, Philadelphia

SOP Memakai dan Melepas Sarung Tangan Steril

Pengertian :

Memakai sarung tangan steril dengan tehnik steril dan melepasnya setelah selesai dipergunakan

Tujuan :

1. Mempertahankan sterilitas selama tindakan invasive dilaksanakan
2. sebagai proteksi dari penularan infeksi

Kebijakan :

1. Dilakukan oleh semua mahasiswa yang akan melaksanakan tindakan steril
2. Indikasi :

- a. Melaksanakan tindakan steril
- b. Setelah memakai gaun steril (di kamar operasi)

Persiapan Alat

1. Sarung tangan steril dalam tempatnya
2. Tempat sarung tangan kotor
3. Korentang
4. Bak instrumen

Persiapan Perawat :

1. Cuci dan keringkan tangan terlebih dahulu
2. Kuku harus pendek
3. Lepas jam tangan dan cincin
4. Lengan baju digulung diatas pergelangan tangan

Prosedur Kerja :

1. Baca petunjuk membuka packing sarung tangan steril (untuk sarung tangan disposable) atau ambil sarung tangan menggunakan korentang (untuk sarung tangan reuse)
2. Buka packing sarung tangan dengan posisi terlipat pada bagian pangkalnya
3. Identifikasi sarung tangan kanan atau kiri
4. Ambil satu sarung tangan dengan ibu jari dan 2 jari lainnya dengan cara memegang bagian dalamnya
5. Pasangkan dengan hati-hati, pastikan semua jari-jari masuk (bagian luar tdk boleh tersentuh benda yang tidak steril)
6. Ambil sarung tangan satunya dengan menggunakan tangan yang telah memakai sarung tangan dengan menyentuh bagian luar lipatan, kemudian pasang
7. Tangan satu dan lainnya saling merapikan
8. Posisi tangan: jari-jari selalu lebih tinggi dari siku Setelah selesai digunakan, lepas sarung tangan dengan cara
9. Cuci tangan yg masih mengenakan sarung tangan terlebih dahulu
10. Pegang bagian luar sarung tangan menggunakan tangan satunya yang masih memakai sarung tangan kemudian tarik ke arah jari-jari
11. Letakkan sarung tangan di tempat yang disediakan
12. Lepas sarung tangan ke dua, tarik bagian dalam sarung tangan ke arah ujung jari-jari
13. Letakkan sarung tangan di tempat yang disediakan
14. Cuci tangan



SOP Memakai Gaun Steril

Pengertian :

Memakai gaun steril dengan tehnik steril

Tujuan :

1. Melindungi / meminimalkan perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke baju
2. Mempertahankan area steril tidak terkontaminasi

Kebijakan :

Dilakukan oleh semua mahasiswa yang melaksanakan tindakan steril di kamar operasi

Persiapan Alat

Gaun steril

Persiapan Perawat :

Telah memakai tutup kepala, masker dan cuci tangan steril

Prosedur

1. Ambil gaun steril dengan memegang krah leher bagian dalam kemudian tangan diangkat setinggi bahu
2. Masukkan tangan kanan kemudian tangan kiri ke lubang lengan gaun tanpa menyentuh bagian luarnya, angkat sedikit lagi kedua lengan sehingga gaun mendekati badan
3. Suruh orang lain yang tidak menggunakan gaun steril untuk menalikan gaun dan tidak boleh memegang bagian depan gaun

SOP Mengganti Alat Tenun (tanpa pasien)

Pengertian

Mengganti alat tenun kotor (sprei, steak laken, selimut, bantal, perlak) tanpa klien di atasnya.

Tujuan

1. Memelihara kebersihan dan kerapian.
2. Memberikan rasa nyaman

Indikasi

1. Menyiapkan tempat tidur untuk klien baru.
2. Bila alat tenun kotor.

Persiapan

- a. Persiapan Perawat :
 1. Mencuci tangan
 2. Memakai sarung tangan
 3. Memakai skort bila perlu
- b. Persiapan klien :
 1. Menjelaskan prosedur dan tujuan prosedur..
- c. Persiapan Alat :

Alat tenun yang bersih (sprei besar, sprei kecil, sarung bantal, sarung guling, selimut) dan tempat alat tenun kotor, larutan desinfektans dan lap,kursi bila perlu,bedak

Langkah Kerja

1. Dekatkan peralatan ketempat tidur klien
2. Tanggalkan sarung bantal, sarung guling, selimut dan masukkan dalam tempat alat tenun kotor
3. Angkat sprei kecil dan masukkan dalam ember ember cucian kotor.
4. Desinfeksi perlak lalu dibentangkan di kursi.
5. Angkat sprei besar dan masukkan ke dalam ember cucian.
6. Gulung kasur dari bagian kepala ke arah bagian kaki (Bila kasur busa menyesuaikan)
7. Desinfeksi tempat tidur di kedua sisinya dan membalik kasur.
8. Pasang sprei besar dengan garis tengah lipatan sprei tepat di tengah kasur.
9. Buat sudut pada kedua sisi hingga membentuk segitiga.
10. Pasang perlak lebih kurang 30 cm dari tepi atas tempat tidur.
11. Beri bedak tipis-tipis dan rata pada perlak.
12. Pasang selimut.
13. Buat sudut sama seperti sprei besar.
14. Pasang sarung bantal dan guling yang bersih dan susun bantal
15. Rapiakan alat-alat yang sudah tidak terpakai

SOP Mengganti Alat Tenun Tempat Tidur (pasien di atasnya)

Pengertian

Mengganti alat-alat tenun kotor (sprei, steak laken, perlak, sarung bantal, selimut) pada tempat tidur tanpa memindahkan klien.

Tujuan

1. Memberikan rasa nyaman
2. Mencegah terjadinya dekubitus.
3. Memelihara kebersihan dan kerapihan.

Kebijakan

1. Dilakukan oleh Mahasiswa Keperawatan
2. Indikasi : Pada klien yang harus bed rest.

Persiapan

- a. Persiapan Perawat :
 1. Mencuci tangan
 2. Memakai skort
 3. Memakai sarung tangan
- b. Persiapan klien :

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.
- c. Persiapan Alat :

Alat tenun yang bersih (sprei besar, sprei kecil, sarung bantal, sarung guling, selimut) dan tempat alat tenun kotor

Langkah Kerja

1. Dekatkan peralatan ke tempat tidur klien
2. Miringkan klien ke kiri dengan memeluk satu bantal
3. Gulung sprei kecil dan perlak ke tengah tempat tidur sejauh mungkin.
4. Gulung sprei besar ketengah tempat tidur sejauh mungkin.
5. Pasang sprei besar setengah bagian,masukan bagian pinggir ke bawah kasur dan buat sudut 90 derajat.
6. Pasang perlak dan bedaki tipis-tipis.
7. Pasang sprei kecil setengah bagian dan masukan kebawah kasur
8. Memiringkan pasien ke kanan.
9. Angkat sprei keci,perlak,sprei besar yang kotor dan masukkan ke dalam tempat alat tenun kotor
10. Tarik sprei besar ke setengah bagian lainnya dan masukan kedalam tempat tidur serta buat sudut 90 derajat pada kedua sisinya,
11. Tarik perlak ke setengah bagian lainnya kemudian perlak diberi bedak tipis-tipis.
12. Tarik sprei kecil ke setengah bagian lainnya dan masukan kebawah kasur bersama dengan perlak .
13. Lepas sarung bantal/guling yang kotor.
14. Pasang sarung bantal/guling yang bersih.
15. Susun bantal
16. Atur klien pada posisi yang nyaman.
17. Pasang selimut.
18. Evaluasi respon klien
19. Dokumentasikan : hari,tanggal,jam,respon klien
20. Rapiakan alat -alat.

SOP Masase Punggung

Pengertian :

Suatu tindakan yang di berikan pada klien dengan cara memasase pada bagian belakang tubuh (lengan, punggung dan bokong)

Tujuan :

1. Meningkatkan relaksasi
2. Meningkatkan sirkulasi pada area yang di masase
3. Memberi rasa nyaman pada klien

Kebijakan : dilakukan oleh mahasiswa keperawatan

1. Indikasi
Masase punggung di kerjakan pada saat memandikan Klien sebelum tidur atau setiap waktu bila klien menghendaki
2. Kontra Indikasi
 - Klien alergi kulit
 - Klien dengan terapi imobilitas
 - Klien dengan gangguan penggumpalan darah
 - Klien fraktur
 - Klien dengan peningkatan tekanan intra kranial

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Persiapan Klien

Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan

Persiapan Lingkungan

1. Menjaga lingkungan terapeutik klien
2. Mengatur penerangan yang cukup

Persiapan Peralatan

1. Pelumas (Body lotion)
2. Handuk
3. Bantal kecil

Langkah Kerja

1. Dekatkan peralatan ke dekat klien
2. Beritahu klien tentang tindakan masase yang akan dilakukan
3. Bantu klien untuk mengatur posisi pronasi, bila tidak dapat bisa diatur posisi miring
4. Letakan sebuah bantal kecil di bawah perut klien untuk menjaga posisi yang tepat
5. Anjurkan klien untuk rileks sewaktu dilakukan masase

6. Tuangkan sedikit lotion di tangan anda, usapkan pada kedua tangan sehingga lotion akan menjadi hangat bila mengandung menthol
7. Lakukan masase pada punggung dengan :
 - Bantu klien dalam posisi yang nyaman : selang-seling tangan yaitu masase punggung dengan tekanan pendek, cepat, tangan bergantian.
 - Bantu klien dengan posisi tangan : remasan tangan yaitu usap otot bahu dengan tangan yang akan dikerjakan secara bersamaan.
 - Bantu klien dalam posisi nyaman : gesekan tangan yaitu masase punggung dengan ibu jari dengan gerakan memutar sepanjang tulang punggung dari sakrum ke bahu, geser keluar merata kesemua punggung.
 - Bantu klien dalam posisi nyaman : eFlurasi yaitu masase punggung dengan kedua tangan menggunakan tekanan lebih halus agar gerakan keatas sehingga membantu aliran baik vena
 - Bantu klien dalam posisi nyaman : petrisasi yaitu tekanan punggung secara horizontal pindah tangan dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas
 - Bantu klien dalam posisi nyaman tekanan menyikat : yaitu secara halus tekanan punggung dengan ujung-ujung jari untuk mengakhiri masase
 - Mengembalikan klien ke posisi yang nyaman
8. Mengobservasi respon klien selama tindakan
9. Merapikan alat-alat
10. Mencuci tangan
11. Mendokumentasikan

SOP Guided Emagery

Pengertian

Salah satu terapi prilaku dengan memberikan petunjuk terbimbing kepada klien dalam berimajinasi sesuai dengan kemampuannya.

Tujuan

1. Relaksasi otot-otot tubuh
2. Memberikan rasa nyaman
3. Mengurangi nyeri

Kebijakan/Indikasi

1. Semua mahasiswa keperawatan khususnya yang telah mendapatkan pelatihan/ materi guided imagery
2. Indikasi :
 - a. Stress
 - b. Cemas
 - c. Depresi
 - d. Nyeri
 - e. Hipokondriasis

Persiapan Alat:

1. Kursi dengan sandaran kepala dan lengan atas dan bawah atau
2. Matras
3. Tape (musik pengiring-klasik)

Persiapan perawat

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menjelaskan tujuan

Persiapan pasien

1. Bak/bab
2. Perut tidak lapar atau kekenyangan

Persiapan lingkungan

Lingkungan yang tenang dan nyaman

Prosedur Kerja

1. Atur posisi senyaman mungkin (di kursi/matras)
2. Berada disamping klien
3. Menjelaskan prosedur sambil diperagakan
4. Melakukan bimbingan:
 - a. Klien menutup mata
 - b. Ambil nafas melalui hidung (secukupnya), tahan sebentar(sesuai bimbingan) keluarkan melalui mulut perlahan-lahan (lakukan sampai klien merasa tenang)
 - c. Minta klien untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan atau keindahan (Pastikan klien mampu melakukannya)
 - d. Bila gagal (c), secara terbimbing perawat meminta klien untuk mengarahkan bayangannya pada ilustrasi yang dicontohkan perawat.
 - e. Setelah klien terlihat responnya rileks (Wajah, dan otot-otot tubuh, ± butuh waktu 15 menit) minta klien untuk membuka mata.
5. Tanyakan respon klien
6. Beri reinforcement atas kemampun yang telah dilakukan
7. Beri penjelasan mengenai follow up-nya
8. Beritahu klien bahwa terapi telah selesai, dan mempersilahkan klien kembali
9. Rapikan alat kembali
10. Dokumentasikan kegiatan terapi, follow up, dan respon klien

4. Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi dan Transportasi

SOP Memberikan Posisi Fowler Dan Semi Fowler

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk berbaring dengan posisi setengah duduk.

Tujuan

- Mengurangi sesak nafas.
- Memberikan rasa nyaman.
- Membantu memperlancar keluarnya cairan (misalnya : WSD).
- Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang mengalami sesak nafas.
- Klien yang diberikan tindakan dengan WSD.

Kontra Indikasi

Kebijakan :

Dengan sikap tenang, hati-hati dan sabar

Persiapan Alat

- Bantal 2 – 5.
- Sandaran punggung (Regestin).

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

- Mencuci tangan
- Memakai masker
- Memakai sarung tangan

Persiapan Lingkungan

Citakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Mendekatkan alat (bantal atau sandaran punggung).
- Membantu klien duduk.
- Menyusun bantal dengan sudut ketinggian 30–45 derajat. Bila membutuhkan lebih tegak posisikan dengan sudut ketinggian 60 derajat.
- Membantu menaikkan klien, perawat berdiri disebelah kanan klien dan menghadap klien.

- Mengajukan dan membantu klien untuk menekuk lutut.
- Mengajukan klien untuk menopang badan dengan kedua tangan.
- Menyangga klien dengan tangan kanan perawat masuk ke ketiak klien dan tangan kiri menyangga punggung klien.
- Mengajukan klien untuk untuk mendorong badannya ke belakang.
- Memberikan posisi klien yang nyaman.

SOP Memberikan Posisi Miring

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk berbaring dengan posisi miring.

Tujuan

- Memberikan rasa nyaman.
- Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan.

Kebijakan

Dilakukan oleh: semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang akan diperiksa dan membutuhkan posisi miring.

Kebijakan :

Dengan sikap tenang, hati-hati dan sabar

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

- Mencuci tangan
- Memakai masker
- Memakai sarung tangan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Perawat berdiri disisi klien pada bagian perut.
- Menggeser bantal klien ke sisi yang sama.
- Menjauhkan tangan klien yang berada di dekat perawat.
- Menyilangkan kaki klien yang berlawanan ke arah perawat.
- Tangan memegang bahu dan pinggul klien, dan menarik badan klien ke arah perawat.
- Mengatur posisi dalam keadaan yang nyaman.

SOP Memberikan Posisi Dorsal Recumbent

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk berbaring dengan posisi terlentang dan lutut ditekuk dengan telapak kaki menapak di tempat tidur, sedangkan kedua belah kaki diregangkan.

Tujuan

Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan atau perawatan pada daerah genitalia.
Mempermudah proses persalinan pada klien yang akan bersalin.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang diberikan tindakan pada daerah genitalia.
- Klien yang akan dilakukan tindakan pemasangan kateter.

Kebijakan :

Dengan sikap tenang, hati-hati dan empati.

Persiapan Alat

Sketsel ruangan bila kamar terbuka.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

- Mencuci tangan
- Memakai masker
- Memakai sarung tangan
- Memakai skort k/p

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Menjaga privacy klien dengan menutup pintu dan jendela kamar klien atau memasang sketsel bila kamar terbuka.
- Membantu klien menekuk lututnya.
- Melebarkan kedua belah kaki.
- Kedua telapak kaki tetap menapak di tempat tidur.
- Kedua tangan klien diletakkan ke arah kepala.
- Memberikan posisi klien yang nyaman.

SOP Memberikan Posisi Nungging (Genu Pectoral)**Pengertian**

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk mengatur posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada kasur.

Tujuan

- Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan atau perawatan pada daerah rektum atau sigmoid.
- Membantu merubah letak kepala janin apabila kehamilan sungsang.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

Klien yang diberikan tindakan pada daerah anus.

Kebijakan :

Dengan sikap tenang, hati-hati dan empati.

Persiapan Alat

Sketsel ruangan bila kamar terbuka.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Memakai masker

Memakai sarung tangan

Memakai skort k/p

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Menjaga privacy klien dengan menutup pintu dan jendela kamar klien atau memasang sketsel bila kamar terbuka.
- Membantu klien dalam posisi berlutut dengan kepala dan dada menempel pada bantal.
- Membantu kepala untuk memutar kesatu sisi dan tangan klien berada di samping kepala.
- Meluruskan punggung sehingga tahanan bukan terletak pada siku dan lutut.
- Paha klien tegak lurus dengan tempat tidur.
- Perawat menunggu klien dalam posisi ini, selama pemeriksaan berlangsung.

SOP Memberikan Posisi Lithothomi

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk tidur terlentang dengan kedua paha diangkat dan ditarik ke arah perut, sedangkan tungkai bawah membuat sudut 90 derajat terhadap paha.

Tujuan

- Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan atau perawatan pada daerah genitalia (misalnya : curretage).
- Mempermudah proses persalinan.
- Mempermudah pemasangan AKDR.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang diberikan tindakan pada daerah Genetalia.
- Klien yang sudah masuk pada proses persalinan.

Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati dan empati.

Persiapan Alat

- Sketsel ruangan bila kamar terbuka.
- Meja Ginekologi bila ada.
- Sandaran kaki.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan prosedur.

Persiapan Perawat

- Mencuci tangan
- Memakai masker
- Memakai sarung tangan
- Memakai skort k/p

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Menjaga privacy klien dengan menutup pintu dan jendela kamar klien atau memasang sketsel bila kamar terbuka.
- Membantu klien untuk tidur terlentang.
- Mengangkat kedua kaki klien ditekuk ke arah perut dengan sudut 90 derajat terhadap perut, serta tungkai bawah diangkat dengan sudut 90 derajat terhadap paha.
- Memasang sandaran kaki, sehingga kaki diletakkan pada sandaran kaki.
- Mengatur posisi klien dengan nyaman.

SOP Memberikan Posisi Trendelenberg
--

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk tidur terlentang dengan posisi kepala lebih rendah dari kaki.

Tujuan

Melancarkan persedaran darah ke Otak.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

Klien yang mengalami gangguan atau kekurangan peredaran darah ke otak.

Kontra Indikasi

Klien yang stroke

Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati.

Persiapan Alat

Balok tempat tidur 2 buah.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik.

Langkah Kerja

- Mengangkat bagian kaki tempat tidur.
- Memberi balok pada bagian kaki tempat tidur yang sedang diangkat, secara bersamaan kanan dan kiri.
- Mengangkat bantal klien kemudian di letakkan atas kepala yang membatasi kepala dengan sisi atas tempat tidur, sehingga klien tidak memakai bantal.
- Mengatur posisi tidur klien yang nyaman.

SOP Memberikan Posisi Sim

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk tidur miring setengah telungkup.

Tujuan

- Membantu klien untuk tindakan pemeriksaan rectum.
- Membantu klien dalam memberikan tindakan huknah.
- Membantu klien dalam memberikan obat-obatan melalui anus.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang diberikan tindakan huknah tinggi atau rendah.
- Klien yang akan diberikan tindakan pengobatan melalui anus, atau pemeriksaan rectum.

Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati dan empati.

Persiapan Alat

Sketsel ruangan bila kamar terbuka.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

- Mencuci tangan
- Memakai masker
- Memakai sarung tangan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Menjaga privacy klien dengan menutup pintu dan jendela kamar klien atau memasang sketsel bila kamar terbuka.
- Membantu klien untuk tidur miring setengah telungkup.
- Mengatur tangan kiri diletakkan disisi tubuh sejajar dengan punggung.
- Menekuk lutut kanan kearah badan, dan menarik kearah perut.
- Meletakkan tangan kanan di depan dada.
- Mengatur posisi klien yang nyaman

SOP Memberikan Posisi Ortopnea

Pengertian

Memberikan bantuan pada pasien dengan mengatur pasien pada posisi duduk ditempat tidur dengan kepala diatas bantal didepan pasien

Tujuan

- mengurangi sesak nafas
- memberikan rasa nyaman
- membantu mempermudah tindakan atau pemeriksaan

Indikasi

- pasien yang mengalami sesak nafas

Kontra indikasi :

- cedera kepala fase akut

Persiapan alat :

- bantal
- meja kecil

Langkah kerja :

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan
4. Menjaga privasi pasien : memasang sampiran, menutup pintu atau gordena
5. Mencuci tangan
6. Membantu pasien untuk duduk
7. Mengatur meja didepan pasien
8. Menyusun bantal diatas meja
9. Membantu meletakkan tangan pasien diatas bantal
10. Mengatur posisi kepala pasien diatas bantal
11. Memberikan posisi pasien yang nyama

12. Mencuci tangan
13. Mengevaluasi respon pasien
14. Merapikan peralatan
15. Merumuskan tindak lanjut
16. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Memberikan Posisi Anti Trendelenberg

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk tidur terlentang dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki.

Tujuan

Melancarkan persedaran darah ke daerah exstremitas bawah.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang mengalami gangguan /kekurangan peredaran darah ke daerah exstremitas bawah.
- Klien stroke haemoragic

Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati.

Persiapan Alat

Balok tempat tidur 2 buah.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik.

Langkah Kerja

- Mengangkat bagian kepala tempat tidur.
- Memberi balok pada bagian kepala tempat tidur yang sedang diangkat, secara bersamaan kanan dan kiri.
- Mengangkat bantal klien kemudian di letakkan di bawah kaki yang membatasi kaki dengan sisi bawah tempat tidur.
- Mengatur posisi tidur klien yang nyaman.

SOP Vulva Higiene

Pengertian :

Membersihkan alat kelamin wanita bagian luar dan sekitarnya.

Tujuan :

1. Menjaga kebersihan.
2. Mencegah infeksi.
3. Memberikan rasa nyaman pada pasien.

Kebijakan : dilakukan oleh mahasiswa Keperawatan

Indikasi : klien yang tidak dapat melakukan sendiri/Klien bedrest

Persiapan

Persiapan Perawat : Mencuci tangan

Persiapan klien : Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.

Persiapan Lingkungan :

- Pasang gordena
- Atur penerangan

Persiapan Alat :

Bak berisi :

- Mangkok atau kom kecil berisi kapas yang sudah dibasahi dengan dettol
- Sepasang sarung tangan

Diluar bak :

- Bengkok atau kantong plastik
- Botol berisi larutan antiseptik
- Pispot
- Perlak dan pengalasnya
- Tissue

Langkah Kerja

- Dekatkan peralatan ke tempat tidur klien
- Pasang perlak dan pengalasnya.
- Pakaian bawah klien diturunkan, stukan di pasang.
- Kedua kaki penderita ditekuk (posisi dorsal rekumbent) dan stukan didorong ke bawah bokong.
- Perawat memakai sarung tangan
- Dengan memakai sarung tangan, tangan kiri perawat membuka labia majora, sehingga mudah untuk dibersihkan.
- Bagian vagina yang kotor disiram dengan larutan antiseptik.
- Perawat mulai membersihkan vulva dgn menggunakan kapas dettol mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan kemudian labia minora kiri, labia minora kanan kemudian bagian tengah vagina, dengan gerakan dari atas ke bawah satu kali saja, lalu kapas tersebut dibuang.
- Dengan kapas dettol baru dibersihkan 2-3 kali atau sampai bersih.
- Vulva dan perineum dikeringkan dengan tissue
- Kemudian pispot dan perlak serta pengalasnya diangkat.

- Kaki klien diluruskan kembali dan dirapikan.
- Alat-alat dirapikan.
- Mengevaluasi respon klien
- Mendokumentasikan

SOP Mencuci Rambut

Pengertian :

Menghilangkan kotoran pada rambut dan kulit kepala,serta pemijatan kepala dengan menggunakan shampo kemudian dibilas dengan air bersih.

Tujuan :

- Membersihkan kulit kepala dan rambut dari kotoran.
- Menghilangkan bau dan memberi rasa nyaman.
- Merangsang peredaran darah di bawah kulit kepala.
- Membasmi kutu/ketombe.

Kebijakan : dilakukan : oleh mahasiswa Keperawatan.

Indikasi :

- Pada Klien yang rambutnya kotor dan keadaan mengizinkan
- Sesudah memasang kap kutu

Persiapan

Persiapan Perawat :

- Mencuci tangan
- Memakai sarung tangan

Persiapan klien : menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.

Persiapan Lingkungan : tutup gorden, atur penerangan

Persiapan Alat :

- 2 handuk mandi.
- Handuk wajah.
- Sampo dalam kom kecil.
- Air hangat kuku dalam ember/waskom.
- Waskom/ember tempat air cuci rambut.
- Perlak dalam bentuk talang/tempat cuci rambut.
- Sikat/sisir rambut.
- Pengering rambut/hair dryer.
- Sarung tangan.
- Bola kapas.
- Kassa bersih.

Langkah Kerja

- Bawa perlengkapan ke dekat klien, meninggikan tempat tidur, dan menurunkan pengaman tempat tidur (handrail).
- Atur posisi klien supinasi dengan kepala dan bahu di tepi tempat tidur
- Pasang handuk di bahu klien.

- Pasang talang/alat pencuci rambut, handuk di bawah leher dan kepala klien.
- Letakkan ember di bawah tempat tidur (sebagai penampung air kotor).
- Sisir rambut klien.
- Pakai sarung tangan jika ada lesi atau kutu pada kepala klien.
- Tutup telinga dengan bola kapas dan menawarkan kepada klien, apakah matanya perlu ditutup dengan kassa lembab.
- Tuangkan air ke kepala klien secara pelan-pelan sampai semua rambut kepala klien basah.
- Beri/mengoleskan shampo dengan kassa pada kulit kepala mulai dari bagian depan menuju ke bagian belakang sambil melakukan masase pada kulit kepala dengan cara memijit.
- Bilas rambut kepala sampai bersih.
- Ulangi prosedur no. 10–11.
- Balut kepala klien dengan menggunakan handuk mandi, keringkan wajah jika klien menggunakan penutup mata.
- Lap/mengeringkan area leher dan bahu dengan menggunakan handuk.
- Keringkan rambut dan kulit kepala dengan menggunakan handuk yang kedua.
- Lepas sarung tangan.
- Sisir rambut untuk menghilangkan kutu dan keringkan rambut dengan menggunakan hair dryer atau menggunakan handuk.
- Bantu klien untuk mengatur posisi yang nyaman dan sisir rambut sesuai model rambut.
- Bereskan peralatan.
- Cuci tangan.
- Evaluasi dengan cara menanyakan kepada klien mengenai perasaannya adakah pusing setelah dicuci rambutnya dan menginspeksi kebersihan rambut dan kulit kepala.
- Catat tindakan, respon klien selama dan setelah tindakan.

SOP Membersihkan Mulut

Pengertian :

Membersihkan rongga mulut, lidah dan gigi dari semua kotoran/sisa makanan dengan mempergunakan kain kasa atau kapas yang dibasahi dengan air bersih.

Tujuan :

- Memelihara kebersihan mulut dan gigi tetap bersih/tidak berbau.
- Mencegah infeksi pada mulut, kerusakan gigi, bibir dan lidah pecah-pecah/stomatitis, bau mulut
- Memberikan perasaan nyaman dan segar pada pasien.
- Membantu merangsang nafsu makan.
- Mendidik pasien dalam kebersihan perorangan.

Kebijakan : dilakukan oleh mahasiswa D III Keperawatan

Indikasi : pada klien yang tidak dapat menggunakan sikat gigi, misalnya :

- Stomatitis
- Klien Yang tidak sadar
- Klien post operasi

Persiapan

- ❖ Persiapan Perawat : mencuci tangan
- ❖ Persiapan klien : menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.
- ❖ Persiapan Lingkungan : ciptakan lingkungan terapeutik (fisik dan psikis)
- ❖ Persiapan Alat :
 - Bak bersih/steril berisi
 - 2 buah pinset/sarung tangan
 - kassa deppres /lidi kapas
 - kom berisi Na Cl 0,9% / air matang
 - Korentang dalam tempatnya
 - Bengkok
 - Perlak dan pengalas
 - Tissue

Langkah Kerja

- Atur posisi klien supinasi dengan kepala miring di atas pinggiran bantal.
- Letakkan perlak di bawah dagu klien.
- Letakkan bengkok di dekat dagu klien.
- Buka bak instrumen, ambil pinset menggunakan korentang dengan memperhatikan teknik aseptik.
- Bersihkan bibir dengan cara mengoleskan kassa Na Cl / air matang dengan menggunakan pinset.
- Anjurkan klien supaya membuka mulut.
- Bersihkan gigi bagian depan atas, bawah, palatum atas (rahang), lidah dengan kain kassa Na Cl 0,9% / air matang yang dijepit menggunakan pinset.
- Bersihkan sela-sela gigi dengan lidi kapas Na Cl / air matang atau kassa Na Cl 0,9%/ air matang menggunakan pinset sampai bersih.
- Olesi bibir dgn air matang/NaCl menggunakan lidi kapas dari bibir atas kemudian bibir bawah
- Lap sekitar mulut klien dengan tissue, buang tissue ke bengkok.
- Bereskan peralatan di bawah air mengalir dan kembalikan pada tempatnya, dan melepas sarung tangan.
- Atur posisi klien yang nyaman.
- Cuci tangan.
- Evaluasi respon klien, kondisi rongga mulut, gigi, lidah, mukosa mulut dan gusi.

- Dokumentasikan tindakan yang dilakukan, respon klien, dan cairan yang digunakan.

SOP Memandikan Klien di atas Tempat Tidur

Pengertian :

Membersihkan tubuh klien dengan menggunakan air dan sabun di tempat tidur

Tujuan :

- Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan.
- Memberikan perasaan segar.
- Merangsang peredaran darah.
- Mencegah infeksi kulit.
- Mendidik klien dalam kebersihan perorangan.

Kebijakan : dilakukan : oleh mahasiswa D III Keperawatan

Indikasi :

- Pada semua klien baru bila kotor sekali dan keadaan memungkinkan
- Segera pada klien post partum
- Bila diperlukan sewaktu-waktu
- Klien bed rest
- Klien lemah

Persiapan

- ❖ Persiapan Perawat :
 - Mencuci tangan
 - Memakai sarung tangan
 - Memakai skort
- ❖ Persiapan klien : menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.
- ❖ Persiapan Lingkungan :
 - Pasang gorden
 - Atur penerangan
- ❖ Persiapan Alat :
 - 2 waskom berisi air hangat 2/3 bagian
 - 2 waslap (satu waslap air bersih , satu waslap air sabun)
 - 1 handuk
 - Sabun dalam tempatnya
 - Kampher spiritus dan bedak/talk
 - Peralatan untuk menggosok gigi (sikat,pasta gigi,gelas,air kumur)
 - Pakaian bersih
 - Sisir
 - Botol berisi air untuk membilas sesudah b.a.k/b.a.b
 - Kertas closet
 - Sarung tangan
 - Selimut mandi
 - Bengkok

- Tempat pakaian kotor
- Skort

Langkah Kerja

- Dekatkan peralatan ke tempat tidur klien
- Ganti selimut klien dengan selimut mandi
- Bantu klien menyikat gigi
- Bantu klien untuk b.a.b / b.a.k
- Bersihkan muka klien dengan cara :
 - Handuk dibentangkan di bawah kepala
 - Bersihkan muka klien tanpa menggunakan sabun
 - Bersihkan muka dan telinga dengan waslap air bersih, keringkan dengan handuk (menanyakan apakah muka perlu disabun)
- Bersihkan tangan dengan cara :
 - Pakaian bagian atas ditanggalkan
 - Handuk dibentangkan memanjang diatas tangan kiri,sampai lengan kiri di atas handuk
 - Bersihkan lengan dan ketiak dengan memakai sabun, mulai dari ujung jari tangan sampai dengan ketiak dengan menggunakan waslap air sabun kemudian waslap air bersih.
 - Bilas minimum 3x atau sampai bersih,
 - Keringkan dengan handuk
 - Lakukan tindakan c,d,e untuk tangan yang sebelah kanan.
 - Angkat handuk tersebut .
 - Bersihkan dada dan perut dengan cara :
 - Kedua lengan dikeataskan dan diletakkan di samping kepala klien
 - Letak handuk diatas dada klien sehingga leher, dada dan perut dapat dibersihkan
 - Bersihkan dengan memakai sabun mulai dari leher,dada dan perut dengan menggunakan waslap air sabun kemudian waslap air bersih.
 - Bilas minimum 3 kali atau sampai bersih
 - Keringkan dengan handuk
 - Memberi bedak tipis-tipis pada leher, dada, ketiak dan perut
 - Bersihkan punggung dengan cara :
 - Tutup bagian depan dengan handuk
 - Tanggalkan celana dalam
 - Anjurkan klien miring ke kiri
 - Bentangkan handuk memanjang di bawah punggung
 - Bersihkan punggung dengan memakai sabun, mulai dari atas bahu belakang sampai pantat dengan menggunakan waslap air sabun kemudian waslap air bersih.
 - Bilas minimum 3 kali atau sampai bersih
 - Keringkan dengan handuk

- Beri kamfer spiritus dan bedak tipis-tipis
- Anjurkan pasien miring ke kanan
- lakukan tindakan yang sama seperti punggung sebelah kiri
- Kenakan pakaian bagian atas
- Bersihkan kaki dengan cara :
 - Bentangkan handuk memanjang di bagian bawah kaki kiri
 - Bersihkan kaki dengan memakai sabun,mulai dari ujung kaki sampai lipat paha dengan menggunakan waslap air sabun kemudian waslap air bersih
 - Bilas minimum 3 kali atau sampai bersih
 - Keringkan dengan handuk
- Lakukan tindakan yang sama untuk kaki yang sebelah kanan.
- Bersihkan alat kelamin dengan cara:
 - Tanggalkan pakaian bagian bawah
 - Letakan handuk melintang di bawah pantat, separuh menutupi bagian atas
 - Bersihkan alat kelamin tanpa menggunakan sabun, hanya menggunakan waslap air bersih.
 - Bilas sampai bersih
 - Keringkan dengan handuk
- Kenakan pakaian bawah
- Sisir rambut klien
- Atur posisi klien yang nyaman
- Ganti selimut mandi dengan selimut semula
- Evaluasi respon klien
- Dokumentasikan: hari,tanggal,jam pelaksanaan,respon klien.serta tindakan yang telah dilakukan

SOP Memasang Kap Kutu

Pengertian :

Membungkus rambut yang sudah diberi obat pembasmi kutu.

Tujuan : Membasmi kutu dan telornya.

Kebijakan : dilakukan : oleh mahasiswa D III Keperawatan

Indikasi : pada klien yang mempunyai kutu dan keadaan mengijinkan

Persiapan

- ❖ Persiapan Perawat :
 - Mencuci tangan
 - Memakai skort dan tutup kepala
 - Memakai sarung tangan
- ❖ Persiapan klien : menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.
- ❖ Persiapan Lingkungan : ciptakan lingkungan terapeutik (Fisik dan psikis)
- ❖ Persiapan Alat :
 - Obat kutu (Peditox)

- Kap kutu khusus/kain kasa segi tiga.
- Pengalas dari kain.
- Peniti,
- Kasa,
- Vaseline.
- Sisir kutu dan sisi biasa, kertas koran.
- Ember dan bengkak berisi larutan desinfektan.

Langkah Kerja

- Bawa alat-alat ke dekat klien, ember diletakkan di belakang klien.
- Alas dari kain dipasang pada bahu dan diberi peniti agar tidak terlepas.
- Kertas koran dilebarkan sampai di ember.
- Rambut disisir dengan sisir biasa, kemudian dengan sisir kutu.
- Kotoran dibuang didalam bengkak yang berisi larutan desinfektan.
- Kulit di sekeliling kepala diberi vaselin
- Kulit kepala digosok dengan kasa yang telah diberi obat kutu.
- Gosok sedikit demi sedikit dari kulit kepala sampai ke ujung rambut.
- Setelah merata, pada rambut yang panjang dijalin longgar dan digulung.
- Bungkus rambut dengan kap kutu khusus/kain segitiga.
- Ujung kain segitiga disimpulkan di atas bahu, dan diberi peniti jangan sampai menutup telinga
- Evaluasi respon klien
- Atur posisi klien yang nyaman
- Informasikan kepada klien ,kap kutu dibiarkan selama 12 – 18 jam
- Dokumentasikan :hari,tanggal,jam tindakan,respon klien
- Setelah waktu yang telah ditentukan lakukan tindakan mencuci rambut.

SOP Memelihara dan Memotong Kuku

Pengertian :

Memotong kuku klien yang panjang atau kotor, karena tidak dapat melakukan sendiri.

Tujuan :

- Menjaga kebersihan.
- Mencegah timbulnya luka.

Kebijakan : dilakukan : oleh mahasiswa Keperawatan.

Indikasi : pada klien yang tidak dapat memotong kuku sendiri

Persiapan

- ❖ Persiapan Perawat : mencuci tangan
- ❖ Persiapan klien : menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan.
- ❖ Persiapan Lingkungan : ciptakan lingkungan terapeutik (fisik dan psikis)

- ❖ Persiapan Alat :
 - Gunting/pemotong kuku
 - Handuk kecil
 - Bengkok
 - Kom berisi air hangat
 - Sabun
 - Sikat kuku
 - Aceton (Bila klien menggunakan cat kuku)
 - Kapas
 - Cairan desinfektan 1 %

Langkah Kerja

- Memotong kuku pada jari-jari tangan :
- Tangan direndam di dalam air hangat selama 1–2menit untuk melunakkan kuku.
 - Bila kuku sangat kotor, disikat dengan sikat tangan dan sabun lalu dibilas dengan air hangat, dikeringkan dengan handuk.
- Tangan ditaruh di atas bengkok yang telah bersisi cairan desinfektan, supaya potongan kuku tidak berserakan. Potong kuku pada jari tangan sesuai dengan lengkungan kuku.
- Memotong kuku pada jari-jari kaki :
- Kaki direndam air hangat dalam waskom selama 2–3 menit (karena kuku kaki lebih keras).
- Kalau kotor sekali dikerjakan sama dengan cara 1.
- Kuku kaki dipotong lurus, lalu bersihkan dengan sikat.
- Keringkan dengan handuk
- Evaluasi respon klien
- Atur posisi klien yang nyaman
- Rapikan alat-alat
- Dokumentasikan : hari,tanggal,jam tindakan,respon klien

5. Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi dan Transportasi.

SOP Mengatur Posisi Anti Trendelenberg

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk tidur terlentang dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki.

Tujuan

Melancarkan peredaran darah ke daerah exstremitas bawah.

Kebijakan

1. Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan
2. Indikasi :
 - Klien yang mengalami gangguan /kekurangan peredaran darah ke daerah ekstremitas bawah.
 - Klien stroke haemoragic, cedera kepala
3. Kontra Indikasi :
4. Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati.

Persiapan Alat

-

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : menjaga privacy , lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan, dan penerangan cukup

Langkah Kerja

1. Mengangkat bagian kepala tempat tidur.
2. Mengangkat bantal klien kemudian di letakkan di bawah kaki yang membatasi kaki dengan sisi bawah tempat tidur.
3. Mengatur posisi tidur klien yang nyaman.

SOP Mengatur Posisi Miring**Pengertian**

Pertolongan yang diberikan kepada klien untuk berbaring dengan posisi miring pada salah satu sisi tubuh dengan sebagian berat tubuh disokong oleh aspek lateral skapula bawah, aspek lateral ilium, dan trokanter femur

Tujuan

1. Memberikan rasa nyaman.
2. Membantu mempermudah tindakan dan pemeriksaan.

Kebijakan

1. Indikasi :
 - Klien yang akan diperiksa dan membutuhkan posisi miring.
 - Klien yang sudah lama pada posisi dorsal atau supine
2. Kontra Indikasi : -
3. Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati dan sabar

Persiapan Alat

Bantal 2-3

Persiapan Klien

Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Persiapan Perawat

1. Mencuci tangan
2. Menggunakan APD bila diperlukan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : menjaga privacy , lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan, dan penerangan cukup.

Langkah Kerja

1. Perawat berdiri disisi klien pada bagian perut.
2. Menggeser bantal klien ke sisi yang sama.
3. Tangan memegang bahu dan pinggul klien, dan menarik badan klien ke arah perawat
4. Menfleksikan lengan klien dan memasang bantal penyangga
5. Kaki klien bagian atas difleksikan lalu diberi bantal penyangga.
6. Mengatur posisi dalam keadaan yang nyaman.

SOP Melatih Pasien dengan Alat Bantu Jalan : Walker**Pengertian**

Suatu tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien untuk membantu pasien berjalan menggunakan walker dengan bimbingan perawat

Tujuan

- membantu mobilitas pasien untuk melatih otot dan sendi
- memberikan rasa nyaman pada pasien
- memenuhi kebutuhan transportasi pasien

Indikasi

- pasien yang memerlukan alat bantu berjalan

Persiapan alat :

- walker

Langkah kerja :

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan dan lamanya tindakan
4. Menciptakkan lingkungan terapeutik : singkirkan rintangan yang mengganggu, berikan privasi, penerangan cukup
5. Mencuci tangan
6. Mengukur tanda-tanda vital
7. Menyesuaikan tinggi walker sehingga pegangan tangan tepat di bawah pinggang pasien, siku sedikit fleksi

8. Memegang pemegang tangan pada batang di bagian atas
9. Memindahkan walker sekitar 15 cm kedepan sementara berat tubuh ditahan kedua tungkai
10. Menggerakkan kaki kanan menuju walker sementara berat tubuh ditahan di tungkai kiri dan kedua lengan
11. Memindahkan walker lebih lanjut dan melangkah lagi
12. Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman
13. Mengevaluasi respon pasien selama latihan dan mengukur vital sign
14. Merapikan peralatan dan lingkungan
15. Cuci tangan
16. Kontrak waktu untuk latihan berikutnya
17. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi



SOP Melatih Pasien dengan Alat Bantu Jalan: Kruk

Pengertian

Suatu tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien untuk membantu pasien berjalan menggunakan kruk secara bergantian melalui bimbingan perawat.

Tujuan

- membantu mobilitas pasien untuk melatih otot dan sendi
- memberikan rasa nyaman pada pasien
- memenuhi kebutuhan transportasi pasien

Indikasi

- pasien yang mengalami hemiplegi bawah (permanen)
- pasien yang mengalami kerusakan ligament di lutut (sementara)

Persiapan alat :

- kruk

Langkah kerja :

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan dan lamanya tindakan
4. Menciptakkan lingkungan terapeutik : singkirkan rintangan yang mengganggu, berikan privasi, penerangan cukup
5. Mencuci tangan
6. Mengukur tanda-tanda vital
7. Sebelum berjalan : anjurkan pasien berdiri dengan posisi tripod yaitu menempatkan kruk 15 cm di depan dan 15 cm di samping asetiap kaki pasien, berat badan tidak boleh ditahan di aksila (dapat melukai syaraf radialis). pasien, siku sedikit fleksi
8. Mengajarkan pasien s lah satu dari 3 cara berjalan :
 - a. Gaya berjalan 4 titik bergantian (penopang berat badan di setiap kruk dan setiap kaki) :
 - kruk kanan dipindahkan ke depan 10 – 15 cm
 - kaki kiri kedepan usahakan sejajar dengan posisi kruk kiri
 - kruk kiri dipindahkan kedepan
 - kaki kanan kedepan
 - ulangi dengan kruk dan kaki yang lain
 - b. Gaya berjalan 3 titik bergantian (penopang berat badan di 1 tungkai yang kuat) :
 - topang berat badan pasien pada tungkai yang kuat
 - pindahkan kruk kedepan kemudian topang berat badan di kedua kruk
 - ulangi kegiatan diatas
 - c. Gaya berjalan 2 titik bergantian (penopang berat badan bersamaan pada 1 kaki dan kruk) :
 - gerakkan setiap kruk bersamaan dengan kaki yang berlawanan sehingga gerakan kruk sama dengan gerakan lengan saat berjalan normal
 - ulangi kegiatan diatas
9. Mengevaluasi respon pasien selama latihan dan mengukur vital sign
10. Merapikan peralatan dan lingkungan
11. Mencuci tangan
12. Kontrak waktu untuk latihan berikutnya
13. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Melatih Pasien dengan Alat Bantu Jalan : Tongkat

Pengertian

Suatu tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien untuk membantu pasien berjalan menggunakan tongkat dengan bimbingan perawat.

Tujuan

- membantu mobilitas pasien untuk melatih otot dan sendi
- memberikan rasa nyaman pada pasien
- memenuhi kebutuhan konsultasi ke ruangan bagian lain
- memenuhi kebutuhan transportasi pasien

Indikasi

- penurunan kekuatan kaki

Persiapan alat :

- tongkat berkaki panjang lurus/ 4 kaki

Langkah kerja :

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan dan lamanya tindakan
4. Menciptakkan lingkungan terapeutik : singkirkan rintangan yang mengganggu, berikan privasi, penerangan cukup
5. Mencuci tangan
6. Mengukur tanda-tanda vital
7. Menempatkan tongkat pada sisi tubuh yang kuat
8. Menempatkan 15-25 cm di depan dan jaga berat badan pada kedua kaki pasien
9. Menggerakkan kaki yang terlemah maju dengan tongkat sehingga berat badan dibagi antara tongkat dan kaki yang terkuat
10. Menggerakkan kaki yang terkuat maju setengah tongkat sehingga berat badan disokong oleh tongkat dan kaki terlemah
11. Mengajarkan pasien mengulang tahap 7-9 terus menerus
12. Mengajarkan pasien bahwa kedua titik penopang seperti 2 buah kaki atau satu kaki dan tongkat akan muncul setiap saat
13. Mengevaluasi respon pasien selama latihan dan mengukur vital sign
14. Merapikan peralatan dan lingkungan
15. Mencuci tangan
16. Kontrak waktu untuk latihan berikutnya
17. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Melakukan Latihan ROM Pasif

Pengertian :

Suatu tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien untuk membantu pasien melakukan rentang gerak pasif.

Tujuan :

- melatih kekuatan otot dan tulang pada pasien yang immobil
- mencegah kekakuan dan atropi otot dan tulang pasien yang immobil
- mencegah kecacatan

Indikasi

- pasien yang semikoma, tidak sadar, usia lanjut dengan mobilitas terbatas, bed rest total, paralise ekstremitas sebagian atau total

Kontra indikasi :

- pasien fraktur, post op general anestesi

Persiapan alat :

- tensimeter
- termometer
- jam tangan
- bantal

Langkah kerja :

1. Mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan dan lamanya tindakan
4. Menjaga privasi pasien : memasang sampiran, menutup pintu atau korden
5. Mengatur pasien pada posisi yang nyaman
6. Mencuci tangan
7. Membebaskan bagian tubuh yang akan digerakkan dari selimut atau baju
8. Melatih gerak tangan pasien dengan tehnik yang benar : fleksi kedepan, ekstensi, fleksi kebelakang (hiperekstensi)
9. Menggerakkan siku pasien dengan tehnik yang benar : fleksi, ekstensi
10. Menggerakkan lengan bawah pasien dengan tehnik yang benar : pronasi, supinasi
11. Menggerakkan bahu pasien dengan tehnik yang benar : fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi
12. Menggerakkan jari-jari pasien dengan tehnik yang benar : fleksi kedepan, ekstensi, fleksi kebelakang/hiperekstensi

13. Menggerakkan kaki pasien dengan tehnik yang benar : inversi, eversi
14. Menggerakkan lutut pasien dengan tehnik yang benar : fleksi dan ekstensi
15. Menggerakkan pangkal paha dengan tehnik yang benar : rotasi, abduksi, adduksi
16. Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman
17. Mengevaluasi respon pasien selama latihan dan mengukur vital sign
18. Merapikan peralatan dan lingkungan
19. Mengukur tanda-tanda vital
20. Mencuci tangan
21. Mengevaluasi respon pasien
22. Kontrak waktu untuk latihan berikutnya
23. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi

SOP Membantu Klien Latihan ROM Aktif

Pengertian :

Suatu tindakan keperawatan yang diberikan pada klien untuk menjaga kemampuan rentang gerak dengan bimbingan perawat

Tujuan :

1. Meningkatkan relaksasi
2. Meningkatkan sirkulasi, mencegah kelemahan dan kontraktur
3. Memberi rasa nyaman pada klien

Kebijakan : dilakukan oleh mahasiswa keperawatan

Indikasi klien

- Paralise ekstremitas sebagian
- Bedrest atau tirah baring lama

Kontra Indikasi :

- Klien panas
- Klien stroke hemoragik
- Klien fraktur
- Klien luksasio
- Klien dengan peningkatan tekanan intra kranial

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Persiapan Klien

1. Mengukur tanda-tanda vital
2. Menjelaskan tindakan dan tujuan serta lama tindakan

Persiapan Lingkungan

1. Menjaga lingkungan terapeutik klien baik fisik maupun psikis
2. Mengatur penerangan yang cukup

Persiapan Peralatan

1. Tensimeter, termometer
2. Jam tangan
3. Bantal

Langkah Kerja

1. Membantu klien dalam posisi yang nyaman
2. Atur pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan
4. Bantu klien dalam pergerakan leher (ekstensi netral, fleksi, rotasi, fleksilateral)
5. Melatih klien dalam pergerakan bahu (fleksi eksternal netral, hyperekstensi, abduksi, aduksi, rotasi, eksternal dan internal)
6. Melatih klien dalam gerakan siku (fleksi eksternal netral, supinasi, pronasi)
7. Melatih klien dalam pergerakan jari tangan (fleksi eksternal netral, abduksi, aduksi, oposisi jempol dengan jari-jari)
8. Melatih klien dalam pergerakan lengan (fleksi, eksternal netral, hyperekstensi depiasi radialis)
9. Melatih klien dalam pergerakan panggul (fleksi, eksternal netral, hyperekstensi, abduksi, aduksi, rotasi internal)
10. Melatih klien dalam pergerakan lutut (ekstensi netral, fleksi, eversi, dorsa fleksi, planter fleksi, inversi)
11. Melatih klien dalam pergerakan jari-jari kaki (ekstensi netral, fleksi, aduksi netral , abduksi)
12. Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman
13. Mengevaluasi respon klien selama latihan dan mengukur vital sign
14. Merapikan alat-alat dan lingkungan
15. Mencuci tangan
16. Kontrak waktu latihan berikutnya
17. Mendokumentasikan (respon, lama latihan, tanggal dan jam)

SOP Membantu Pasien Pindah Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda & Sebaliknya

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien turun dari tempat tidur untuk duduk di kursi roda, yang diberikan pada klien dapat duduk namun belum dapat berjalan sendiri

Tujuan

Membantu mobilitas klien untuk melatih otot dan sendi.

Memberikan rasa nyaman pada pasien.

Memenuhi kebutuhan konsultasi ke ruangan bagian lain

Memenuhi kebutuhan klien untuk pindah ruang.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang sudah bisa duduk tapi belum dapat berjalan sendiri.
- Klien yang akan dibawa/pindah ruang.

Kontra Indikasi: Pasien demam

Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati dan sabar

Persiapan alat: Kursi dorong

Persipan Klien: Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat:

- Mencuci tangan
- Memakai masker
- Memakai sarung tangan
- Memakai skort

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

1. Mendekatkan kursi roda pada sisi tempat tidur dengan posisi sejajar dengan tempat tidur.
2. Mengunci kursi roda dan membuka sandaran kaki.
3. Menggeser kaki klien ke tepi tempat tidur.
4. Membantu klien duduk di tepi tempat tidur dengan kaki terjantai kebawah disisi tempat tidur.
5. Perawat berdiri didepan klien dengan kaki direntangkan, kaki kanan berada didepan.
6. Meletakkan kedua tangan klien ke bahu perawat, dan tangan perawat dimasukkan ke ketiak klien dengan jari-jari melebar menutupi ke bagian atas.
7. Membantu klien berdiri dengan memberi aba-aba.
8. Memberitahu klien untuk membelakangi kursi roda, dan kedua tangan klien kemudian memegang kedua tangan kursi roda, kemudian mendudukkan klien di kursi roda.
9. Memasang kembali sandaran kaki dan meletakkan kaki klien diatas sandaran kaki.
10. Membuka pengunci kursi roda

SOP Membantu Pasien Pindah Dari Tempat Tidur Ke Kereta Dorong & Sebaliknya

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien pindah dari tempat tidur ke kereta dorong, yang diberikan pada klien dapat pindah dan bergeser sendiri namun belum dapat berjalan sendiri.

Tujuan

Membantu mobilitas pasien untuk melatih otot dan sendi.

Memberikan rasa nyaman pada klien

Memenuhi kebutuhan konsultasi ke ruangan bagian lain

Memenuhi kebutuhan klien untuk pindah ruang.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang sudah bisa duduk tapi belum dapat berjalan sendiri.
- Klien yang akan dibawa / pindah ruang.

Kebijakan :

Dengan sikap tenang, hati-hati dan sabar

Persiapan Alat

Kereta dorong yang sudah dialasi.

Satu buah bantal dan selimut.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan tindakan

Persiapan Perawat

Mencuci tangan

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Mendekatkan kereta dorong pada sisi tempat tidur dengan posisi sejajar dengan tempat tidur.
- Mengunci roda kereta dorong .
- Menganjurkan klien untuk bergeser ke tepi tempat tidur sampai ke kereta dorong atus posisi yang nyaman
- Memasang selimut.
- Membuka pengunci kereta dorong.

SOP Mengangkat Pasien dari Tempat Tidur Ke Kereta Dorong Secara Bersama & Sebaliknya

Pengertian

Pertolongan yang diberikan kepada klien dengan mengangkat bersama 2 atau 3 orang perawat dari tempat tidur ke kereta dorong atau sebaliknya.

Tujuan

Mengurangi pergerakan klien sesuai keadaan fisik.

Memberikan rasa nyaman pada klien

Memenuhi kebutuhan konsultasi ke ruangan bagian lain

Memenuhi kebutuhan pasien untuk pindah ruang.

Kebijakan

Dilakukan oleh : semua mahasiswa Keperawatan

Indikasi :

- Klien yang lemah atau fraktur atau kondisi yang tidak memungkinkan untuk pindah sendiri.
- Klien yang belum mampu duduk dari tempat tidur.
- Klien yang akan dibawa / pindah ruang.

Kebijakan : dengan sikap tenang, hati-hati dan sabar serta kerjasama yang baik.

Persiapan Alat

Kereta dorong
Selimut.

Persiapan Klien

Menjelaskan tindakan dan tujuan prosedur.

Persiapan Perawat

Perawat 3 orang.

Mencuci tangan

Memakai masker

Memakai sarung tangan

Memakai skort k/p

Persiapan Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang terapeutik : lingkungan tenang pada saat melakukan tindakan.

Langkah Kerja

- Mendekatkan kereta dorong pada tempat tidur dengan posisi tegak lurus.
- Meletakkan bagian kepala kereta dorong pada bagian kaki, di sisi tempat tidur.
- Menggeser klien ke tepi tempat tidur.
- Mengatur perawat dengan ketentuan perawat I adalah perawat yang paling tinggi, selanjutnya berurutan.
- Mengatur tangan klien untuk di silangkan diatas dada klien.
- Perawat I di bagian kepala, dengan tangan kiri menyangga kepala sampai pangkal lengan, tangan kanan melalui atas dada klien, memegang tangan kiri perawat II di bawah punggung klien.
- Perawat II di bagian tengah menyangga punggung dengan tangan kiri berpegangan dengan perawat I, dan tangan kanan di pangkal paha.
- Perawat III dibagian kaki, tangan kanan menyangga paha bawah dan tangan kanan menyangga betis.
- Perawat I memberi aba-aba.
- Bersama-sama mengangkat.
- Meletakkan klien pada posisi yang nyaman.
- Menyelimuti klien.

6. **Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur.**

SOP Melaksanakan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur

Pengertian :

Mempersiapkan klien agar dapat memenuhi kebutuhan istirahat tidur dengan nyaman.

Tujuan:

1. Memenuhi kebutuhan istirahat tidur.
2. Membantu klien tidur dengan nyaman.
3. Melepas segala beban fisik dan psikologis.
4. Memperoleh kesegaran tubuh.

Kebijaksanaan:

Indikasi:

- Klien kesulitan tidur
- Klien yang di rawat di Rumah Sakit.
- Klien dengan beban fisik dan psikologis

Persiapan

1. Persiapan perawat

Perawat mencuci tangan

2. Persiapan klien

- a. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas
- b. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar
- c. Pasien dianjurkan untuk mencuci muka, tangan, kaki dan gosok gigi bila memungkinkan

3. Persiapan lingkungan

Environmental managemen (kurangi kegaduhan, pencahayaan, suhu ruangan)

4. Alat :

- a. Tempat tidur dengan bantal, guling dan selimut yang bersih.
- b. Lampu tidur.
- c. Barang-barang yang membantu memudahkan klien tidur, misalnya lampu tidur, buku, majalah, radio, boneka dll (sesuai kebiasaan klien).
- d. Alat diatur rapi pada tempatnya

Prosedur kerja :

1. Mempersiapkan atau merapikan tempat tidur, bantal, guling dan selimut.

2. Mengatur posisi klien aman dan nyaman.
3. Mengganti lampu dengan lampu tidur (sesuai kebiasaan klien)
4. Menutup jendela, pintu dan gordena.
5. Membantu klien melakukan kebiasaan menjelang tidur. (Kebiasaan minum obat, berdoa dan relaksasi, minum susu sebelum tidur, dll).
6. Klien dianjurkan untuk segera tidur
7. Ketenangan dan keamanan lingkungan di sekitar kamar klien diperhatikan
8. Klien diobservasi sesuai kondisi

7. Standard Operasional Prosedur Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Masalah Psikososial.

SOP Melaksanakan Pengkajian Psikososial

Pengertian :

Mempersiapkan klien agar dapat mengungkapkan gangguan yang dialami secara psikologis maupun sosial.

Tujuan:

1. Memenuhi kebutuhan psikososial.
2. Membantu klien tidur dan beraktivitas dengan nyaman.
3. Melepas segala beban psikologis dan sosial.

Kebijakan:

Indikasi:

- Klien kesulitan tidur dan beraktivitas
- Klien yang dirawat di Rumah Sakit.
- Klien mengalami gangguan psikologis dan sosial

Persiapan perawat

- a. Perawat mencuci tangan
- b. Perawat berpakaian rapih dan wajah ceria

Persiapan klien

- a. Pasien dianjurkan untuk sejenak meninggalkan aktivitas pikiran jika ada
- b. Pasien dianjurkan untuk mencuci muka, tangan, kaki dan gosok gigi bila memungkinkan

Persiapan lingkungan

Environmental managemen (ruangan yang kondusif, pencahayaan, suhu ruangan)

Persiapan Alat :

- a. Alat tulis/ perekam suara.
- b. Tempat duduk yang kondusif.

Prosedur kerja :

Bina hubungan saling percaya:

- Salam terapeutik
- Perkenalan
- Menyampaikan maksud
- Menyampaikan tujuan
- Kontrak
- Persetujuan

Melakukan pengkajian

- Persepsi klien tentang penyakitnya.
- Perubahan perilaku sebelum dan setelah sakit.
- Tanyakan agama dan aktifitas ibadah khususnya selama sakit.
- Tanyakan hikmah/pelajaran dari sakitnya
- Orang-orang yang berarti bagi klien.
- Persepsi orang-orang yang berarti terhadap sakit klien.
- Pengalaman sakit dan hospitalisasi klien
- Respon klien selama pengkajian dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi
- Ketenangan dan keamanan lingkungan di sekitar kamar klien diperhatikan
- Klien diobservasi sesuai kondisi

BAB III
LEMBAR OBSERVASI (LO)

1. Lembar Observasi Melaksanakan Tindakan Pemeriksaan Fisik dan Tindakan Khusus Sebagai Hasil Kolaborasi.

LO Mengukur Tekanan Darah

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
 Sub kompetensi : Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
 Judul unit : Mengukur Tekanan Darah menggunakan spignomanometer air raksa

NO	ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1.	Mengkaji kebutuhan klien terhadap pengukuran tekanan darah	1.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien 1.2. Adanya data tekanan darah tidak normal : rendah/tinggi, pasien merasa pusing diidentifikasi				
2.	Mempersiapkan alat yang akan digunakan untuk pengukuran tekanan darah	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar a. Spignomanometer b. Stetoskop c. Bollpoint d. Buku catatan 2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat/trolly yang bersih dan ditata rapi				
3.	Melaksanakan persiapan pasien yang akan dilakukan pengukuran tekanan darah	3.1. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.3. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati dan sopan 3.4. Lingkungan terapeutik disiapkan untuk menjaga privasi pasien				
4.	Melaksanakan tindakan pengukuran	4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.2. Peralatan didekatkan 4.3. Spignomanometer dicek siap pakai :				

	darah	<p>pipa tensimeter terhubung dengan pipa manset, katup balon/tabung tekanan ditutup, reservoir dibuka*</p> <p>4.4. Lengan baju pasien diarea pemeriksaan disingsingkan keatas dengan sopan</p> <p>4.5. arteri brachialis dipalpasi, manset dipasang kurang lebih 1 inchi (2,5 cm) diatas sisi denyut nadi arteri brachial*</p> <p>4.6. pompa balon sambil mempalsasi arteri brachialis sampai 20-30 mmHg diatas skala yang menunjukkan bahwa denyutan diarteri brachialis sudah tidak teraba.*</p> <p>4.7. Stetoskop dipasang diatas nadi brachial tanpa menekan*</p> <p>4.8. Katub tabung tekanan/balon dibuka secara perlahan dengan kecepatan 2-3 mmHg perdetik.*</p> <p>4.9. Bunyi detak yang pertama kali terdengar dengan jelas (korotkoff) ditentukan sebagai tekanan sistolik dan bunyi detak terakhir (korotkoff) sebagai tekanan diastolic*</p> <p>4.10. Manset dikempiskan dengan melonggarkan pompa secara tepat dan total. Bila ingin mengulang pengukuran, tunggu 30 detik dan lengan ditinggikan diatas jantung untuk mengalirkan darah</p> <p>4.11. Manset dilepas</p> <p>4.12. Posisi pasien diatur nyaman mungkin</p> <p>4.1. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>4.13. Kondisi lingkungan dikembalikan seperti semula</p> <p>4.14. Alat-alat dirapikan dan ditempatkan pada tempat yang sesuai</p> <p>4.12. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Evaluasi respon klien dilakukan</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan</p> <p>5.3. Salam terapeutik diucapkan dalam</p>				

		mengakhiri tindakan				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	6.1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi 6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan klien				
	Jumlah					



LO Menghitung Denyut Nadi Radialis

- Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
- Sub kompetensi : Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
- Judul unit : Menghitung denyut nadi radialis

NO	ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
1.	Melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk dilakukan tindakan dihitung denyut nadi radialis	1.1. Salam terapeutik disampaikan pada klien 1.2. Adanya data indikasi dilakukan dilakukan menghitung denyut nadi radialis				
2.	Melaksanakan persiapan alat pada klien yang akan dihitung denyut nadi radialis	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar : a. Jam/arloji dengan jarum detikan atau stop watch b. Bollpoint c. Buku catatan				

		2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat/trolly yang bersih dan ditata rapi				
3.	Melaksanakan persiapan klien dan lingkungan pada klien yang akan dihitung denyut nadi radialis	<p>3.1. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas</p> <p>3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.3. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati : supinasi atau duduk</p> <p>3.4. Lingkungan terapeutik disiapkan untuk menjaga privasi pasien</p>				
4.	Melaksanakan penghitungan denyut nadi radialis	<p>4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.2. Lengan klien diletakkan disamping badan atau lengan bawah klien disilangkan kedepan dengan telapak tangan menghadap kebawah</p> <p>4.3. Denyut nadi radialis diraba dengan benar dan tepat*</p> <p>4.4. Irama denyut nadi dinilai dengan tepat*</p> <p>4.5. Frekuensi denyut nadi dihitung dengan benar. Bila irama teratur denyut nadi dihitung selama 30 detik dan hasilnya dikalikan 2. Bila irama tidak teratur denyut nadi dihitung selama 60 detik penuh*</p> <p>4.6. Kekuatan denyut nadi ditentukan dengan tepat*</p> <p>4.7. Posisi pasien diatur nyaman mungkin</p> <p>4.8. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>4.9. Kondisi lingkungan dikembalikan seperti semula</p> <p>4.10. Alat-alat dirapikan dan ditempatkan pada tempat yang sesuai</p> <p>4.10. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				

5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	5.1. Evaluasi respon klien dilakukan 5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan 5.3. Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	6.1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi 6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan klien				
	Jumlah					

LO Mengukur Suhu Tubuh Axilla

- Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
- Sub kompetensi : Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
- Judul unit : Melakukan pengukuran suhu tubuh melalui axilla

N O	ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1.	Melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk dilakukan tindakan pengukuran suhu melalui axilla	1.3. Salam terapeutik disampaikan pada klien 1.4. Adanya data indikasi dilakukan pengukuran suhu melalui oral				
2.	Melaksanakan persiapan alat yang digunakan untuk melaksanakan pengukuran suhu melalui axilla	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar: a. Termometer aksila. b. tissue c. Handuk kecil d. Tempat berisi air sabun e. Tempat berisi air bersih f. Tempat berisi larutan desinfeksi g. Bengkok h. Tempat sampah i. Bolpoin				

		2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat/trolli yang bersih dan ditata rapi				
3.	Melaksanakan persiapan pasien yang akan dilakukan pengukuran suhu peraksila	<p>3.1. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas</p> <p>3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan Benar</p> <p>3.3. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati</p> <p>3.4. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy klien:</p> <p>a. Sirkulasi udara ruangan yang lancar</p> <p>b. Sampiran dipasang/gordyn ditutup</p>				
4.	Melaksanakan tindakan mengukur suhu axilla	<p>4.3. Dekatkan peralatan ke dekat klien</p> <p>4.4. Atur posisi klien yang nyaman untuk pemeriksaan (duduk atau supinasi)</p> <p>4.5. Peralatan didekatkan</p> <p>4.6. Baju klien dibuka pada bagian bahu sampai lengan dengan sopan</p> <p>4.7. Ketiak klien dikeringkan menggunakan handuk kecil dengan sopan *</p> <p>4.8. Ketinggian air raksa pada thermometer dipastikan dibawah 35 C</p> <p>4.9. Termometer dipasang dengan tepat dan benar*</p> <p>4.10. Tangan klien disilangkan kedada</p> <p>4.11. Ditunggu hingga 5-10 menit (waktu yang dibutuhkan anak-anak 5 menit, dewasa 9 menit)*</p> <p>4.12. Termometer diambil dengan hati-hati dan sopan, dikeringkan dari bagian tengah ke ujung thermometer menggunakan tissue secara memutar*</p>				

		<p>4.13. Hasil pengukuran dibaca dengan tepat dan benar</p> <p>4.14. Termometer dibersihkan dengan air sabun kemudian dikeringkan dengan tissue*</p> <p>4.15. Termometer dibersihkan dengan air bersih kemudian dikeringkan dengan tissue*</p>				
		<p>4.16. Termometer dibersihkan dengan larutan desinfektan kemudian dikeringkan dengan tissue*</p> <p>4.17. Ketinggian air raksa pada thermometer diturunkan sampai bawah skala 35 C, thermometer ditempatkan kembali pada tempatnya*</p> <p>4.18. Baju pasien dirapikan, posisi pasien diatur aman dan nyaman</p> <p>4.19. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>4.20. Kondisi lingkungan dikembalikan seperti semula</p> <p>4.21. Alat-alat dirapikan dan ditempatkan pada tempat yang sesuai</p> <p>4.22. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Evaluasi respon klien dilakukan</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan</p> <p>5.3. Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan</p>				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>6.1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan klien</p>				
	Jumlah					

LO Mengukur Suhu Tubuh Oral

- Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
- Sub kompetensi : Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
- Judul unit : Melakukan pengukuran suhu tubuh melalui oral

NO	ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1.	Melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk dilakukan tindakan pengukuran suhu melalui oral	1.5. Salam terapeutik disampaikan pada klien 1.6. Adanya data indikasi dilakukan pengukuran suhu melalui oral				
2.	Melaksanakan persiapan alat pada klien yang akan diukur suhu melalui oral	2.1. Alat-alat disiapkan, sesuai standar meliputi: a. Termometer oral b. Tissue c. Handuk kecil d. Tempat berisi air sabun e. Tempat berisi air bersih f. Tempat berisi larutan desinfektan g. Bengkok h. Tempat sampah i. Bolpoin 2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat/trolli yang bersih dan ditata rapi				
3.	Melaksanakan persiapan klien dan lingkungan pada klien yang akan diukur suhu melalui oral	3.5. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.6. Prosedur tindakan dijelaskan dengan Benar 3.7. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati 3.8. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy klien:				

		<p>a. Sirkulasi udara ruangan yang lancar</p> <p>b. Sampiran dipasang/gordyn ditutup</p>				
4.	Melaksanakan pengukuran suhu melalui mulut	<p>4.1. Dekatkan peralatan ke dekat klien</p> <p>4.2. Atur posisi klien yang nyaman untuk pemeriksaan (duduk atau supinasi)</p> <p>4.3. Bila termometer diletakkan di larutan desinfektan, sebelum dipakai masukkan dalam tempat air bersih kemudian keringkan dengan tissue, dari bagian tengah ke ujung termometer secara memutar.</p> <p>4.4. Baca ketinggian air raksa pada termometer, bila diatas 35 °C turunkan air raksa, dengan cara memegang ujung atas termometer dengan kuat dan menjauhkan dari benda keras kemudian secara cepat digoyangkan/dikibaskan dari atas ke bawah, hingga ketinggian air raksa dibawah 35 °C</p> <p>4.5. Anjurkan klien untuk membuka mulut dan dengan perlahan letakkan bagian reservoir dalam kantung sublingual bagian posterior (di bawah lidah di sebelah kanan atau kiri frenulum) dari arah lateral ke tengah rahang bawah.</p> <p>4.6. Anjurkan klien untuk menahan termometer dengan cara mengatupkan</p>				

		<p>bibirnya tanpa mengatupkan gigi. Kalau diperlukan bantu klien dengan memegang ujung termometer.</p> <p>4.7. Tunggu selama 2 – 3 menit</p>				
		<p>4.8. Ambil termometer kemudian bersihkan termometer dari bagian tengah ke ujung termometer dengan tissue secara memutar</p> <p>4.9. Baca hasil pengukuran dengan cara memegang termometer sejajar dengan mata.</p> <p>4.10. Bersihkan termometer dengan air sabun, air bersih kemudian keringkan dengan tissue.</p> <p>4.11. Turunkan ketinggian air raksa pada termometer sampai dibawah skala 35 °C dan tempatkan kembali di tempatnya atau dalam larutan desinfektan.</p> <p>4.12. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>4.13. Rapikan alat dan lingkungan</p> <p>4.14. Cuci tangan</p>				
5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Evaluasi respon klien dilakukan</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan</p> <p>5.3. Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan</p>				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>6.1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi</p>				

		6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan klien				
	Jumlah					

LO Menghitung Pernafasan

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah

Sub kompetensi : Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah

Judul unit : Menghitung pernafasan

NO	ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1.	Melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk dilakukan penghitungan pernafasan	1.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien 1.2. Adanya data perubahan pernafasan, keluhan sesak nafas, diidentifikasi				
2.	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk menghitung pernafasan	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standart: meliputi : a. Jam tangan dengan detikan atau stop watch b. Buku catatan c. Bolpoint 2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat/troli yang bersih dan ditata rapi				
3.	Melaksanakan persiapan pasien yang akan dilakukan penghitungan pernafasan	3.1. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.3. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati : semi flower atau supinasi 3.4. Lingkungan terapeutik disiapkan untuk menjaga privasi pasien				
4.	Melaksanakan tindakan	4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar				

	penghitungan pernafasan	<p>4.2. Peralatan didekatkan</p> <p>4.3. Lengan klien ditempatkan ke posisi rileks menyilang abdomen atau dada bawah</p> <p>4.4. Siklus respirasi klien diobservasi , irama pernafasan ditentukan dengan tepat*</p> <p>4.5. Frekuensi pernafasan dihitung dengan tepat dan benar selama 60 detik, bila pernafasan teratur cukup 30 detik dan dikalikan 2.Pada bayi atau anak kecil, pernafasan dihitung selama 1 menit penuh*</p> <p>4.6. Kedalaman pernafasan diobservasi dengan benar</p> <p>4.7. Bunyi nafas diobservasi dengan benar</p> <p>4.8. Posisi pasien diatur aman dan nyaman</p> <p>4.15. Informasikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>4.9. Kondisi lingkungan dikembalikan seperti semula</p> <p>4.10. Alat-alat dirapikan dan ditempatkan pada tempat yang sesuai</p> <p>4.11. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Evaluasi respon klien dilakukan</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan</p> <p>5.3. Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan</p>				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>6.1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.2. Waktu, paraf dan nama jelas</p>				

		dicantumkan pada catatan klien				
	Jumlah					

2. Lembar Observasi Melaksanakan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine dan Fekal.

LO Eliminasi Urin Pada Pria

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi

Sub Kompetensi : Menolong buang air kecil (miksi) pada pria

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dikerjakan		Kompeten	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Melakukan pengkajian kebutuhan buang air kecil	1.1. Salam terapeutik 1.2. Adanya data bahwa ada hambatan untuk buang air kecil				
2	Mempersiapkan alat yang akan digunakan untuk menolong buang air kecil	2.3. Alat-alat disiapkan sesuai standar; <ul style="list-style-type: none"> • Pispot • Sarung tangan bersih • Perlak dan Pengalas • Air dalam waskom untuk cebok • Kertas kloset dan waslap • Bengkok • Selimut/kain penutup • Bel 2.4. Alat-alat ditempatkan pada tempat troli dan tertata rapi				
3	Melaksanakan persiapan pasien yang akan buang air kecil	3.1. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.3. Posisi pasien diatur dengan aman dan nyaman (supinasi pada pria) 3.4. Lingkungan disiapkan untuk				

		menjaga privasi pasien dan penerangan diatur				
4	Melaksanakan tindakan menolong pasien buang air kecil	<p>4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.2. Sarung tangan dipakai dengan benar</p> <p>4.3. Peralatan didekatkan kesisi tempat tidur pasien</p> <p>4.4. Pakaian bawah ditanggalkan dan selimut mandi dipasang dengan benar.</p> <p>4.5. Posisi supinasi (pria) diatur dengan hati-hati, aman dan nyaman</p> <p>4.6. Perlak dan pengalasnya dipasang dengan benar</p> <p>4.7. Pispot diletakkan dibawah bokong dengan benar</p> <p>4.8. Bel diletakkan didekat pasien dengan benar</p> <p>4.9. Kaki pasien diregangkan dengan benar apabila telah selesai BAK</p> <p>4.10. Alat kelamin dibersihkan dan dikeringkan dengan benar</p> <p>4.11. Peralatan, bengkok, perlak dan pengalasan dibersihkan dengan benar</p> <p>4.12. Posisi pasien diatur kembali dengan nyaman dan aman</p> <p>4.13. Sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.14. Cuci tangan dilepas dengan benar</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Evaluasi respon pasien dengan benar</p> <p>5.2. Menginformasikan tindak lanjut setelah menolong BAK</p> <p>5.3. Salam terapeutik diucapkan untuk mengakhiri tindakan</p>				
6	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi	<p>6.1. Tindakan dan respon pasien dicatat</p> <p>6.2. Kepekaan, warna, bau dan</p>				

	keperawatan	jumlah urin dicatat pada status pasien 6.3. Waktu, paraf dan nama terang dicatat sesuai prinsip dokumentasi keperawatan				
--	-------------	--	--	--	--	--

LO Eliminasi Urin pada Wanita

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi

Sub Kompetensi : Menolong buang air kecil (miksi) pada wanita

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dikerjakan		Kompeten	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Melakukan pengkajian kebutuhan buang air kecil	1.1. Salam terapeutik 1.2. Adanya data bahwa ada hambatan untuk buang air kecil				
2	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk menolong buang air kecil	2.3. Alat-alat disiapkan sesuai standar, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • Pispot • Sarung tangan bersih • Perlak dan Pengalas • Air dalam waskom untuk cebok • Kertas kloset dan waslap • Bengkok • Selimut/kain penutup • Bel 2.4. Alat-alat ditempatkan pada tempat troli dan tertata rapi				
3	Melaksanakan persiapan pasien yang akan buang air kecil	3.1. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.3. Posisi pasien diatur dengan aman dan nyaman (dorsal recumbent). 3.4. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien dan penerangan diatur				
4	Melaksanakan tindakan menolong	4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.2. Sarung tangan dipakai dengan benar 4.3. Peralatan didekatkan ke sisi tempat				

	pasien buang air kecil	<p>tidur pasien</p> <p>4.4. Pakaian bawah ditanggalkan dan selimut mandi dipasang dengan benar</p> <p>4.5. Posisi dorsal recumbent (wanita) diatur dengan hati-hati, aman dan nyaman</p> <p>4.6. Perlak dan pengalasnya dipasang dengan benar</p> <p>4.7. Pispot diletakkan dibawah bokong dengan benar</p> <p>4.8. Bel diletakkan didekat pasien dengan benar</p> <p>4.9. Alat kelamin dibersihkan dan dikeringkan dengan benar</p> <p>4.10. Peralatan, bengkok, perlak dan pengalas dibereskan dengan benar</p> <p>4.11. Posisi pasien diatur kembali dengan nyaman dan aman</p> <p>4.12. Sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.13. Cuci tangan dengan benar</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Evaluasi respon pasien dengan benar</p> <p>5.2. Menginformasikan tindak lanjut setelah menolong BAK</p> <p>5.3. Salam terapeutik disampaikan dalam mengakhiri tindakan</p>				
6	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>6.1. Tindakan dan respon pasien dicatat</p> <p>6.2. Kepekaan, warna, bau dan jumlah urin dicatat pada status pasien</p> <p>6.3. Waktu, paraf dan nama terang dicatat sesuai prinsip dokumentasi keperawatan</p>				

LO Eliminasi Fekal

Kompetensi :Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi urine dan fekal

Sub Kompetensi : Membantu eliminasi urine dan fekal

Judul Unit : Membantu eliminasi fekal

NO	ELEMEN	KRITERIA KOMPETENSI	PENCAPAIAN		Kompeten	
			Dikerjakan		K	BK
			YA	TDK		

1.	Melakukan pengkajian kebutuhan eliminasi fekal	1.1.Salam terapeutik disampaikan pada pasien 1.2.Adanya data pasien membutuhkan bantuan eliminasi fekal/buang air besar				
2.	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk membantu eliminasi fekal	2.1.Alat-alat disiapkan sesuai standar meliputi : 2.1.1.alas/perlak 2.1.2.pispot 2.1.3.air bersih dalam tempatnya 2.1.4.tisu 2.1.5.sampiran 2.1.6.sarung tangan 2.1.7.selimut 2.1.8.bengkok/kantong plastik				
3	Melaksanakan persiapan pasien yang akan dibantu eliminasi fekal	3.1.Memastikan klien 3.2.Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.3.Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.4.Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien 3.5.Pengunjung dipersilahkan untuk keluar 3.6.Penerangan ruangan di atur				
4	Melaksanakan tindakan membantu eliminasi fekal	4.1.Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.2.gunakan sarung tangan 4.3.pasang pengalas di bawah glutea 4.4.bantu pasien melepaskan pakaian bagian bawah dan pakaian dalam 4.4.anjurkan pasien untuk mengangkat daerah glutea (jika pasien mampu) 4.5. tempatkan pispot di atas pengalas tepat di bawah glutea dengan posisi bagian lubang pispot tepat di bawah anus 4-6. tanyakan pada pasien tentang kenyamanan posisi 4.7.tutup dengan selimut area tubuh pasien bagian bawah 4.7.anjurkan untuk defekasi 4.8.setelah selesai buka kembali selimut				

		<p>dan bersihkan daerah anus dengan bantuan tangan yang bersarung tangan kemudian keringkan dengan tissue</p> <p>4.9.buang tissue ke bengkok/kantong plastik</p> <p>4.10.angkat pengalas,rapikan alat</p> <p>4.10.lepas handscoond cuci tangan, rapikan pasien</p> <p>4.11.cuci tangan kembali</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Anamnesa respon dilakukan</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan</p> <p>5.3.Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan</p>				
6	Melakukan pencatatan dan dokumentasi keperawatan	<p>6.1.Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas</p> <p>6.2.catat karakteristik feses spt jumlah,konsistensi,warna,bau</p> <p>6.3. Waktu,paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien.</p>				

LO Evakuasi Fekal

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi urine dan fekal

Sub Kompetensi : Melaksanakan evakuasi fekal

Judul UNIT : Evakuasi fekal

NO	ELEMEN	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	Dikerjakan		Kompeten	
			YA	TDK	K	BK
1.	Melakukan pengkajian kebutuhan evakuasi fekal	<p>1.1.Salam teraapeutik disampaikan pada pasien</p> <p>1.2.Adanya data pasien membutuhkan Evakuasi eliminasi fekal</p>				
2.	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk evakuasi fekal	<p>2.1.Alat-alat disiapkan sesuai standar meliputi :</p> <p>2.1.1.sarung tangan di tempatnya</p> <p>2.1.2.minyak pelumas/jeli</p> <p>2.1.3.alat penampung atau pispot</p> <p>2.1.4.pengalas</p> <p>2.1.5.masker</p>				

3	Melaksanakan persiapan pasien yang akan dilakukan evakuasi fekal	<p>3.1.Memastikan klien</p> <p>3.2.Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas</p> <p>3.3.Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.4.Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien</p> <p>3.5.Pengunjung dipersilahkan untuk keluar</p> <p>3.6.Penerangan ruangan di atur</p>				
4	Melaksanakan tindakan evakuasi fekal	<p>4.1.cuci tangan</p> <p>4.2.pasang pengalas</p> <p>4.3.bantu pasien untuk melepaskan pakaian bagian bawah dan pakaian dalam</p> <p>4.4. Atur posisi pasien miring dengan lutut flexi</p> <p>4.5.gunakan sarung tangan dan beri pelumas pada bagian telunjuk</p> <p>4.6.masukan jari ke dalam rektum dan dorong dengan perlahan sepanjang dinding rektum ke arah massa feses yang impaksi</p> <p>4.7.lunakan massa dengan massase daerah feses yang impaksi,arahkan jari pada inti yang keras</p> <p>4.8.berikan pispot bila terasa ingin defekasi (jika pakai pispot lakukan sekaligus tindakan membantu buang air besar) atau bantu ke toilet</p> <p>4.9.rapikan alat</p> <p>4.9.lepaskan sarung tangan,cuci tangan dan rapikan pasien kemudian cuci tangan kembali</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Anamnesa respon dilakukan</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan</p> <p>5.3.Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan</p>				
6	Melakukan pencatatan dan dokumentasi	<p>6.1.Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas,catat jumlah feses yang</p>				

	keperawatan	keluar,warna,bau,kepadatan. 6.2. Waktu,paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien.			
--	-------------	--	--	--	--

3. Lembar Observasi Melaksanakan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman & Nyaman.

LO Mencuci Tangan Bersih

Kompetensi :Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi :Mencuci tangan bersih

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Melakukan pengkajian kebutuhan mencuci tangan bersih	1.1. Adanya data kebutuhan akan mencuci tangan bersih dikaji dengan benar				
2	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk mencuci tangan bersih	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Sabun cair atau larutan antiseptik b. Air mengalir c. Alat pengering (handuk sekali pakai/tisu) 2.2. Alat-alat ditempatkan dan ditata rapi				
3	Melaksanakan tindakan mencuci tangan bersih	3.1. Berdiri didepan wastafel, tidak menyentuh wastafel dilakukan dengan benar 3.2. Kran dibuka perlahan-lahan dilakukan dengan benar 3.3. Kedua tangan dibasahi dengan posisi jari-jari lebih rendah dari siku dilakukan dengan benar. 3.4. Sabun dituang ke telapak tangan dengan benar. 3.5. Telapak tangan dibersihkan dengan posisi telapak tangan				

		<p>satu diatas telapak tangan yang lain.</p> <p>3.6. Bagian punggung tangan kiri digosok dengan cara telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin. Lakukan bergantian pada punggung tangan kanan.</p> <p>3.7. Bagian sela-sela telapak tangan digosok dengan cara telapak tangan berhadapan dan jari-jari tangan saling menjalin.</p> <p>3.8. Punggung jari-jari digosok dengan cara telapak tangan berlawanan dengan jari-jari saling mengunci, gosok punggung jari-jari pada telapak tangan yang berlawanan.</p> <p>3.9. Ibu jari tangan kanan digosok dengan cara ibu jari tangan kanan mengunci pada telapak tangan kiri, bersihkan dengan cara menggosok secara memutar. Lakukan bergantian pada ibu jari tangan kiri.</p> <p>3.10. Kuku-kuku jari kanan dibersihkan dengan cara jari-jari tangan kanan dalam posisi menguncup diatas telapak tangan kiri kemudian digosokkan memutar kearah belakang dan ke arah depan di telapak tangan kiri. Lakukan juga pada kuku jari tangan kiri.</p> <p>3.11. Tangan dibilas dengan air mengalir sampai bersih.</p> <p>3.12. Tangan dikeringkan dengan memakai handuk bersih sekali pakai /tisu dengan benar.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		3.13. Handuk bersih sekali pakai /tisu tadi digunakan untuk mematikan kran.				
4	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	4.1. Evaluasi selama dan setelah mencuci tangan bersih dilakukan				
5	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	5.1. Tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas 5.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien				

Lembar Observasi Mencuci Tangan Steril

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman
 Sub Kompetensi : Mencuci tangan steril

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Melakukan pengkajian kebutuhan mencuci tangan bersih	1.1. Adanya data kebutuhan akan mencuci tangan bersih dikaji dengan benar				
2	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk mencuci tangan steril	2.3. Alat-alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Sabun cair atau larutan antiseptik b. Air mengalir c. Alat pengering (handuk sekali pakai/tisu) 2.4. Alat-alat ditempatkan dan ditata rapi				
3	Melaksanakan tindakan mencuci tangan steril	3.1. Berdiri didepan wastafel, tidak menyentuh wastafel dilakukan dengan benar. 3.2. Kran dibuka perlahan-lahan dilakukan dengan benar. 3.3. Kedua tangan dibasahi dengan posisi siku lebih rendah dari jari-jari dilakukan secara tepat*				

	<p>3.4. Cairan antiseptik dikeluarkan di tangan kiri dengan cara menekan cairan antiseptik dengan siku tangan kanan. Cairan antiseptik diratakan keseluruh tangan dari jari-jari sampai 5 cm diatas siku.</p> <p>3.5. Tangan dibilas dengan posisi telapak tangan lebih tinggi dari siku dilakukan dengan benar.</p> <p>3.6. Cairan antiseptik dikeluarkan di tangan kiri dengan cara menekan cairan antiseptik dengan siku tangan kanan. Cairan antiseptik diratakan keseluruh tangan dari jari-jari sampai 5 cm diatas siku dilakukan dengan benar.</p> <p>3.7. Mulai dari ujung kuku, sela-sela jari, telapak tangan sampai dibawah siku disikat dengan benar selama 2 – 5 menit.*</p> <p>3.8. Setelah selesai, sikat diletakkan pada tempat yang disediakan.</p> <p>3.9. Tangan dibilas dari ujung jari-jari ke siku posisi telapak tangan lebih tinggi dari siku dilakukan dengan benar *</p> <p>3.10. Kran ditutup dengan menggunakan pedal kaki atau siku dilakukan dengan benar *</p> <p>3.11. Tangan dikeringkan dengan handuk steril dilakukan dengan benar *</p> <p>3.12. Posisi tangan dipertahankan dengan jari-jari lebih tinggi dari siku dilakukan dengan benar *</p> <p>3.13. Hindari tangan menyentuh</p>				
--	---	--	--	--	--

		benda lain disekitarnya				
4	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	4.2. Evaluasi selama dan setelah mencuci tangan steril dilakukan				
5	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	5.3. Tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas 5.4. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien				

Lembar Observasi Vulva Higiene

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Memberikan tindakan pemeliharaan personal higiene (vulva higiene)

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Mengkaji kebutuhan klien untuk vulva hygiene	1.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien 1.2. Adanya data pasien perlu dilakukan vulva hygiene dipastikan				
2	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk vulva hygiene	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar - Botol cebok berisi air hangat dengan suhu 41-43 °C - Kom berisi kapas sublimat - Larutan NaCl - Perlak dan pengalas - Bed pan/Pispot - Bengkok - Sarung tangan bersih dalam tempatnya - Tisu kamar mandi/handuk - Tempat kain kotor tertutup - Sampiran jika perlu 2.2. Alat-alat ditata dengan rapi				
3	Melaksanakan persiapan pasien	3.1. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas				

	untuk dilakukan vulva hygiene	<p>3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.3. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien</p> <p>3.4. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati</p>				
4	Melaksanakan tindakan vulva hygiene	<p>4.1. Alat-alat didekatkan ke pasien dengan benar.</p> <p>4.2. Sampiran dipasang dengan benar</p> <p>4.3. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.4. Sarung tangan dipakai dengan benar</p> <p>4.5. Selimut dipasang dengan benar</p> <p>4.6. Pakaian bawah klien dilepas dan atur posisi klien dorsal recumben</p> <p>4.7. Perlak dan pengalas dipasang dengan benar</p> <p>4.8. Pispot dipasang dibawah bokong dengan benar</p> <p>4.9. Labiya mayora kanan dan kiri dibuka dengan tangan secara benar</p> <p>4.10. Vulva disiram dengan air hangat dengan benar</p> <p>4.11. Angkat pispot dari bawah bokong klien</p> <p>4.12. Kom berisi larutan NaCl dan bengkak diletakkan dengan benar</p> <p>4.13. Kapas diambil secukupnya dan dimasukkan ke dalam kom dengan benar (minimal 5 buah)</p> <p>4.14. Buka labiya mayora dengan benar</p> <p>4.15. Bersihkan daerah genital (mulai labiya mayora kanan, kemudian kiri, dilanjutkan labiya minora kanan dan kiri dan yang terakhir usap bagian tengah genital)</p> <p>4.16. Genetalia dikeringkan dengan</p>				

		<p>handuk/tisu kamar mandi dengan benar</p> <p>4.17. Kom dan bengkak diambil dengan benar</p> <p>4.18. Sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.19. Klien dibantu mengenakan pakaian bawah dengan benar</p> <p>4.20. Perlak dan pengalas diangkat dengan benar</p> <p>4.21. Posisi klien diatur dengan benar</p> <p>4.22. Alat-alat dibereskan dengan benar</p> <p>4.23. Cuci tangan</p>				
5	Melakukan evaluasi	<p>5.1. Anamnesa respon dilakukan dengan benar</p> <p>5.2. Rencana tindak lanjut disampaikan dengan benar</p> <p>5.3. Salam terapeutic disampaikan untuk mengakhiri tindakan</p>				
6	Tindakan terapi didokumentasikan	<p>6.1. Hasil tindakan dan respon klien selama dan sesudah tindakan dicatat</p> <p>6.2. Tanggal, jam, nama dan tanda tangan perawat ditulis dengan jelas</p>				

LO Mencuci Rambut

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan pemeliharaan personal hygiene (mencuci rambut)

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Melakukan pengkajian pada pasien yang akan	<p>1.3. Salam terapeutik disampaikan dengan benar</p> <p>1.4. Validasi data dilakukan dengan tepat: rambut kotor, bau,</p>				

	dilakukan cuci rambut	berketombe, kusam				
2	Mempersiapkan alat dan bahan untuk melakukan cuci rambut	<p>2.5. Alat-alat dipersiapkan sesuai standar :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baki berisi dua buah sisir - Dua buah handuk mandi - Satu buah handuk wajah - Sarung tangan bersih, - Bola kapas dan tempatnya - Sampho * - Alas handuk/perlak* - Talang - Kom kecil (mangkok) serta kain kassa 2-3 potong - Bengkok berisi larutan lisol 2-3% - Celemek - Gayung - Ember berisi air bersih kain pel ember kosong - Ceret/termos berisi air panas <p>2.6. Alat-alat yang dibutuhkan disiapkan dengan rapi</p>				
3	Melaksanakan persiapan klien/pasien untuk melaksanakan cuci rambut	<p>3.5. Tujuan yang akan dilakukan dijelaskan dengan tepat</p> <p>3.6. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.7. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati</p> <p>3.8. Lingkungan terapeutik diciptakan dengan benar</p>				
4	Melakukan tindakan sesuai keadaan untuk mencuci rambut	<p>4.15. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.16. Sarung tangan dipakai dengan benar</p> <p>4.17. Bantal diangkat, pengalas dipasang dibawah kepala klien/pasien dengan benar</p> <p>4.18. Handuk dipasang diatas bahu dengan benar</p> <p>4.19. Kepala klien diatur dan berada dipinggir tempat tidur</p>				

		<p>dengan hati-hati</p> <p>4.20. Gulungan handuk diletakkan di bawah leher dengan hati-hati</p> <p>4.21. Talang dipasang dibawah kepala pasien dengan hati-hati dan ujung talang dimasukkan kedalam ember kosong, ember dialas dengan kain pel.*</p> <p>4.22. Rambut pasien disisir dengan hati-hati</p> <p>4.23. Lubang telinga ditutup dengan kapas dan jika perlu mata ditutup dengan kasa, dilakukan dengan hati-hati</p> <p>4.24. Rambut dibasahi air hangat mulai dari pangkal ke ujung rambut dengan benar*</p> <p>4.25. Pangkal rambut digosok dengan kain kasa yang sudah diberi sampo kemudian dimassage dengan hati-hati*</p> <p>4.26. Rambut dibilas dengan air hangat sampai bersih*</p> <p>4.27. Tutup telinga dan mata diangkat dengan hati-hati</p> <p>4.28. Rambut dikeringkan menggunakan handuk secara hati-hati*</p> <p>4.29. Rambut disisir dengan rapi</p> <p>4.30. Pasien diatur dengan posisi yang nyaman</p> <p>4.31. Sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.32. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5	Melakukan evaluasi	<p>5.4. Respon pasien saat dan setelah tindakan dievaluasi</p> <p>5.5. Rencana tindak lanjut disampaikan dengan benar</p> <p>5.6. Salam terapeutik disampaikan untuk mengakhiri tindakan</p>				

6	Melakukan pen dokumentasian	6.4. Respon pasien dicatat sesuai prinsip dokumentasi. * 6.5. Waktu, Paraf, nama terang dicantumkan *				
---	-----------------------------	--	--	--	--	--



LO Oral Higiene

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan membersihkan mulut (oral hygiene)

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Melakukan pengkajian pada pasien yang akan dilakukan oral higiene	1.1. Salam terapeutik disampaikan dengan benar 1.2. Validasi data dilakukan dengan tepat : mulut luka, gigi palsu, karies, radang gusi, sariawan				
2	Mempersiapkan alat dan bahan untuk melaksanakan oral Higiene	2.5. Alat-alat dipersiapkan sesuai dengan standar : berisi: a) Perlak dan kain pengalas b) Na C1 0,9% c) Boraks gliserin/gentian violet K/P d) Bak instrumen tertutup berisi kapas lidi, kasa/deppers, pinset anatomis dan cirhurgis, kom kecil, tong spatel e) Sarung tangan bersih f) Tissue g) Bengkok 1 buah h) Korentang dalam tempatnya 2.6. Alat-alat yang dibutuhkan disiapkan di atas troli				

3	Melaksanakan persiapan klien/pasien untuk melaksanakan Oral Higiene	<p>3.3. Tujuan yang akan dilakukan dijelaskan dengan tepat</p> <p>3.4. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.5. Posisi aman dan nyaman pasien diatur dengan hati-hati</p> <p>3.6. Lingkungan terapeutik diciptakan dengan benar</p>				
4	Melakukan tindakan sesuai keadaan Oral Higiene	<p>4.14. Cuci tangan dilakukan dengan tepat</p> <p>4.15. Posisi pasien diatur supinasi dengan kepala miring diatas pinggiran bantal</p> <p>4.16. Perlak dan pengalas diletakkan di bawah dagu pasien dengan hati-hati</p> <p>4.17. Bengkok diletakkan di dekat dagu pasien</p> <p>4.18. Bak instrumen dibuka, pincet diambil menggunakan korentang dengan memperhatikan teknik aseptik</p> <p>4.19. Tuangkan NaCl 0,9 % ke dalam kom kecil, masukkan deppers secukupnya kemudian peras</p> <p>4.20. Bibir dibersihkan dengan hati-hati menggunakan deppers yang telah diperas</p> <p>4.21. Pasien dianjurkan supaya membuka mulut (perawat membantu mempertahankan posisi)</p> <p>4.22. Bersihkan gigi dimulai pada bagian depan atas, bawah, bagian dalam atas ,bawah.,palatum atas, lidah , dengan hati-hati.</p> <p>4.23. Sela-sela gigi dibersihkan dengan lidi kapas yang dibasahi dengan Na Cl sampai bersih</p> <p>4.24. Bibir diolesi dengan gentian violet/ Boraks gliserin (bila sariawan) secara perlahan</p> <p>4.25. Sekitar mulut pasien dilap dengan tisu dan membuang tisu ke</p>				

		bengkok 4.26. Peralatan dibereskan, lepas sarung tangan 4.27. Posisi pasien diatur yang nyaman dan mencuci tangan				
5	Melakukan evaluasi	5.4. Respon dan kondisi rongga mulut, gigi, lidah, mukosa mulut dan gusi dievaluasi 5.5. Tindak lanjut disampaikan 5.6. Salam terapeutik disampaikan untuk mengakhiri tindakan				
6	Melakukan pendokumentasian	6.1. Respon pasien selama dan sesudah tindakan dicatat 6.2. Waktu, paraf dan nama terang dicantumkan				

LO Memandikan

- Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman
- Sub Kompetensi : Melakukan tindakan pemeliharaan personal hygiene (memandikan)

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Mengkaji kebutuhan klien terhadap pemeliharaan personal hygiene (mandi)	1.1. Salam terapeutik disampaikan dengan benar 1.2. Validasi data dilakukan dengan tepat : kebutuhan personal hygiene (mandi)				
2	Melakukan persiapan alat untuk memandikan pasien ditempat tidur	3.1. Alat disiapkan sesuai standar meliputi : a. 2 waskom berisi air hangat 2/3 bagian b. 2 waslap (satu waslap air bersih, satu waslap air sabun) c. 1 handuk besar d. Sabun dalam tempatnya e. Kamper spiritus dan bedak/talk f. Peralatan untuk menggosok gigi				

		<p>(sikat, pasta gigi, gelas, air kumur)</p> <p>g. Pakaian bersih</p> <p>h. Sisir</p> <p>i. Botol berisi air untuk membilas sesudah b.a.k/b.a.b</p> <p>j. Kertas kloset</p> <p>k. Sarung tangan</p> <p>l. Selimut mandi</p> <p>m. Bengkok</p> <p>n. Tempat pakaian kotor</p> <p>o. Skort</p> <p>3.2. Alat ditata dengan rapi</p>				
3	Mempersiapkan pasien untuk dimandikan di tempat tidur	<p>3.1. Tujuan tindakan yang akan dilakukan disampaikan dengan benar</p> <p>3.2. Tindakan yang akan dilakukan disampaikan dengan jelas</p> <p>3.3. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien</p> <p>3.4. Pengaturan posisi yang nyaman bagi pasien ditempat tidur dilakukan dengan benar</p>				
4	Membantu memandikan pasien ditempat tidur	<p>4.1. Skort dikenakan dengan benar</p> <p>4.2. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.3. Alat-alat didekatkan, posisi perawat berada disebelah kanan pasien</p> <p>4.4. Sarung tangan dipakai dengan benar</p> <p>4.5. Selimut klien diganti dengan selimut mandi</p> <p>4.6. Klien dibantu menyikat gigi sesuai standar</p> <p>4.7. Klien ditawarkan untuk B.A.B/B.A.K</p> <p>4.8. Bila pasien menginginkan B.A.B/B.A.K dibantu sesuai standar</p> <p>4.9. Handuk pertama dibentangkan dibawah kepala dengan hati-hati</p> <p>4.10. Muka dan telinga dibersihkan dengan waslap air bersih</p>				

		<p>4.11. Muka dikeringkan dengan handuk dengan hati-hati</p> <p>4.12. Handuk pertama dimasukkan dalam tempat pakaian kotor</p> <p>4.13. Pakaian atas ditanggalkan</p> <p>4.14. Selimut mandi diturunkan sampai bawah perut</p> <p>4.15. Handuk kedua dibentangkan melintang diatas dada dan dibawah lengan kiri dengan hati-hati</p> <p>4.16. Lengan dan ketiak dibasahi dengan air bersih, diberi sabun dari ujung jari ke ketiak dengan waslap, dibilas dengan air bersih dilakukan dengan hati-hati</p> <p>4.17. Lengan dan ketiak dikeringkan dengan handuk kedua</p> <p>4.18. Handuk dibawah lengan kiri diambil dan dibentangkan melintang diatas dada dan dibawah lengan kanan dengan hati-hati</p> <p>4.19. Lengan kanan dan ketiak dibasahi dengan air bersih, disabun dari ujung jari ke ketiak dengan waslap, dibilas dengan air bersih dilakukan dengan hati-hati</p> <p>4.20. Lengan dan ketiak dikeringkan dengan handuk kedua</p> <p>4.21. Kedua tangan diletakkan disamping kepala pasien</p> <p>4.22. Selimut mandi dinaikkan keatas sampai dada sambil handuk diangkat dengan sopan</p> <p>4.23. Leher,dada, dan perut dibasahi , di sabun dengan waslap lembab dibawah selimut mandi dan dibilas</p> <p>4.24. Leher dada dan perut dikeringkan dengan handuk secara hati-hati</p> <p>4.25. Pakaian bagian bawah</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>ditanggalkan</p> <p>4.26. Pasien dimiringkan handuk dibentangkan dibawah punggung sampai bokong dengan tetap mempertahankan selimut mandi menutupi daerah dada</p> <p>4.27. Pasien diminta/dibantu miring kiri</p> <p>4.28. Handuk dibentangkan memanjang dibawah punggung</p> <p>4.29. Punggung dibasahi, disabun,dibilas,dikeringkan mulai dari atas bahu sampai pantant</p> <p>4.30. Punggung pasien diberi lotion dan masage dengan hati-hati</p> <p>4.31. Pasien dibantu untuk telentang</p> <p>4.32. Pakaian atas dikenakan</p> <p>4.33. Handuk dibentangkan dibawah kaki kiri melintang diatas kaki kanan</p> <p>4.34. Handuk dibentangkan dibawah kaki kanan melintang diatas kaki kiri/menutupi kaki kiri</p> <p>4.35. Ujung kaki kanan sampai lipat paha dibasahi, disabun,dibilas,dikeringkan</p> <p>4.36. Pindahkan handuk dibawah bokong</p> <p>4.37. Tawarkan pada pasien untuk membersihkan genetalia</p> <p>4.38. Genetalia dibasuh dengan sabun, dibilas dengan air bersih,dikeringkan</p> <p>4.39. Pakaian bawah dikenakan</p> <p>4.40. Rambut disisir sesuai standar</p> <p>4.41. Posisi yang nyaman diatur</p> <p>4.42. Selimut mandi diganti selimut tidur</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Respon pasien selama dan sesudah tindakan dievaluasi dengan benar</p> <p>5.2. Rencana tindak lanjut disampaikan dengan benar</p> <p>5.3. Salam terapeutic disampaikan untuk</p>				

		mengakhiri tindakan				
6	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	6.1. Tindakan dan respon pasien dicatat sesuai prinsip pendokumentasian 6.2. Tanggal, jam, nama dan tanda tangan perawat ditulis dengan jelas				

LO Menyisir Rambut

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan pemeliharaan menyisir rambut

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Mengkaji kebutuhan klien menyisir rambut	1) Kebutuhan menyisir rambut dibaca dalam dokumentasi pasien 2) Memastikan pasien perlu di sisir rambutnya.				
2	Mempersiapkan pasien untuk menyisir rambut	1) Salam terapeutic 2) Tujuan dan tindakan yang akan dilakukan disampaikan 3) Harapan dan keinginan pasien ditanyakan 4) Privacy pasien disiapkan 5) Batas bantuan yang diharapkan sesuai persetujuan pasien dimintakan 6) Pengaturan posisi yang nyaman bagi pasien				
3	Melakukan persiapan alat untuk menyisir rambut pasien	Alat-alat disiapkan sesuai standar meliputi : 1) Pengalas 2) Sarung tangan bersih 3) Sisir rambut 4) Bengkok berisi larutan disinfektan 5) Skort pelindung 6) Sampiran k/p				
4	Membantu menyisir	1) Perawat cuci tangan dengan benar 2) Skort dikenakan				

	rambut pasien .	3) Alat – alat didekatkan 4) Sampiran di pasang 5) Sarung tangan dipakai dengan benar 6) Pengalas dipasang dengan benar 7) Rambut disisir dari ujung hingga pangkal, sedikit demi sedikit dengan rapi 8) Sisir diletakkan di bengkok berisi larutan disinfektan 9) Posisi yang nyaman diatur 10) Perawat cuci tangan dengan benar				
3.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	1) Anamnesa respon dilakukan 2) Upaya tindak lanjut dirumuskan 3) Salam terapeutic untuk mengakhiri tindakan disampaikan.				
4.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	1) Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas 2) Waktu, paraf dan nama jelas perawat ditulis dengan jelas pada catatan pasien				

LO Memasang Kap Kutu

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan memasang Kap Kutu

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Mengkaji kebutuhan klien terhadap pemeliharaan personal hygiene (Kap Kutu)	1.1 Kebutuhan mandi dibaca dalam dokumentasi pasien 1.2 Memastikan pasien perlu di pasang Kap Kutu .				
2	Mempersiapkan pasien untuk dipasang Kap Kutu	2.1 Salam terapeutik 2.2 Tujuan dan tindakan yang akan dilakukan disampaikan 2.3 Harapan dan keinginan pasien ditanyakan				

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
		2.4 Persiapan lingkungan untuk menjaga privacy pasien disiapkan 2.5 Batas bantuan yang diharapkan sesuai persetujuan pasien dimintakan 2.6 Pengaturan posisi yang nyaman bagi pasien				
3	Melakukan persiapan alat untuk pasien dipasang Kap Kutu	Alat-alat disiapkan sesuai standar meliputi : a. Obat Kutu (peditok) b. Handuk 1 lb c. Kap Kutu Khusus/kain segitiga d. Sarung tangan bersih e. Sisir rambut f. Sisir Kutu g. Peniti h. Kassa i. Kertas koran j. Vaseline. k. Bengkok berisi cairan desinfektan l. Skort pelindung m. Sampiran k/p. n. Ember				
4	Membantu memasang kap Kutu .	4.1 Skort dikenakan 4.2 Alat – alat didekatkan 4.3 Sampiran di pasang 4.4 Sarung tangan dipakai 4.5 Ember diletakkan dibelakang klien. 4.6 Alas dari kain dipasang pada bahu dan beri peniti agar tidak terlepas. 4.7 Kertas koran dilebarkan sampai diember. 4.8 Rambut disisir dengan sisir biasa,kemudian dengan sisir kutu 4.9 Kotoran dibuang didalam bengkok yang berisi larutan desinfektan. 4.10 Kulit disekeliling kepala diolesi vaselin.				

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
		4.11 Kulit kepala digosok dengan kasa yang telah diberi obat kutu. 4.12 Gosok sedikit demi sedikit dari kulit kepala sampai ujung rambut. 4.13 Setelah merata, pada rambut panjang dijalin longgar dan digulung. 4.14 Bungkus rambut dengan kap kutu khusus/kain segi tiga 4.15 Ujung kain segitiga sisimpulkan di atas bahu, dan diberi peniti jangan sampai menutupi telinga 4.16 Kap kutu dibiarkan selama 12-18 jam				
5.	Melakukan evaluasi	5.1 Respon pasien selama dan sesudah tindakan dicatat 5.2 Tindak lanjut disampaikan 5.3 Salam terapeutik untuk mengakhiri tindakan disampaikan.				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	6.1 Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas 6.2 Waktu, paraf dan nama jelas perawat dicantumkan pada catatan pasien				

LO Memotong Kuku Kaki dan Tangan

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan memotong kuku tangan dan kaki

Judul Unit : Melakukan tindakan memotong kuku tangan dan kaki

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tidak	Ya	Tdk
1.	Melakukan pengkajian	1.1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien				

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tidak	Ya	Tdk
	kebutuhan pelaksanaan memelihara dan memotong kuku pasien	1.2. Adanya data kuku panjang/kotor/di cat				
2.	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk memelihara dan memotong kuku pasien Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk memelihara dan memotong kuku pasien	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar meliputi : a. Gunting kuku / pemotong kuku b. Handuk kecil c. Bengkok d. Kom berisi air hangat e. Sabun f. Sikat kuku g. Aceton (bila menggunakan cat kuku) h. Pengalas i. Sarung tangan ber 2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi				
3.	Melaksanakan persiapan pasien yang akan dilakukan pemeliharaan dan pemotongan kuku.	1.1. Tujuan tindakan disampaikan dengan bahasa yang jelas 1.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 1.3. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati 1.4. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien a. Sirkulasi udara ruangan yang lancar diciptakan ▪ Pengunjung dibatasi ▪ Sampiran dipasang/gorden ditutup				
4.	Melaksanakan tindakan pemeliharaan dan pemotongan kuku.	A. Memotong kuku pada jari-jari tangan : 4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.2. Peralatan diset secara benar dan siap digunakan 4.3. Peralatan didekatkan ke dekat pasien 4.4. Bila kuku di cat dibersihkan dengan				

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tidak	Ya	Tdk
		<p>aceon hingga bersih</p> <p>4.5. Tangan direndam di dalam air hangat selama 1-2 menit untuk melunakkan kuku (Bila kuku sangat kotor, disikat dengan sikat tangan dan sabun lalu dibilas dan dikeringkan dengan handuk)</p> <p>4.6. Tangan ditaruh diatas bengkok yang telah berisi cairan desinfectan agar potongan kuku tidak berserakan</p> <p>4.7. Potong kuku pada jari tangan sesuai dengan lengkungan kuku.</p> <p>4.8. Alat-alat dirapikan</p> <p>4.9. Salam terapeutik disampaikan dalam mengakhiri tindakan</p> <p>4.10. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>B. Memotong kuku pada jari-jari kaki</p> <p>4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.2. Peralatan diset secara benar dan siap digunakan</p> <p>4.3. Peralatan didekatkan ke dekat pasien</p> <p>4.4. Bila kuku kaki di cat dibersihkan dengan acetone</p> <p>4.4.Kaki direndam di dalam air hangat selama 2-3 menit untuk melunakkan kuku (Bila kuku sangat kotor, disikat dengan sikat tangan dan sabun lalu dibilas dan dikeringkan dengan handuk)</p> <p>4.5.Kaki ditaruh diatas bengkok yang telah berisi cairan desinfectan agar potongan kuku tidak berserakan</p> <p>4.6.Potong kuku pada jari kaki sesuai dengan lengkungan kuku.</p> <p>4.7. Alat-alat dirapikan</p> <p>4.8.Salam terapeutik disampaikan dalam mengakhiri tindakan</p>				

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	DIKERJAKAN		KOMPETEN	
			Ya	Tidak	Ya	Tdk
5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	5.1 Anamnesa respon dilakukan 5.2 Upaya tindak lanjut dirumuskan 5.3 Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	6.1. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas 6.2. Waktu, paraf dan nama jelas perawat dicantumkan pada catatan pasien				

LO Mengganti Alat Tenun Tanpa Klien

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur tanpa klien di atasnya

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Mengkaji kebutuhan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur tanpa klien di atasnya	1.1. Salam terapeutik disampaikan dengan benar 1.2. Validasi data dilakukan dengan tepat : alat tenun kusut, kotor, ada pasien baru				
2	Melakukan persiapan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur tanpa klien di atasnya	2.1. Alat disiapkan sesuai standar meliputi: a. Sprei besar* b. Sprei kecil* c. Sarung bantal d. Sarung guling e. Selimut f. Perlak g. Bedak h. Sarung tangan bersih i. Skort j. Lap k. Kursi K/P l. Ember besar untuk alat tenun kotor 2.2. Alat-alat yang dibutuhkan ditata rapi				

3	Melakukan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur tanpa klien di atasnya	<p>3.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>3.2. Sarung tangan dipakai dengan benar</p> <p>3.3. Skort dipakai dengan benar</p> <p>3.4. Alat –alat dibawa ke dekat tempat tidur dengan hati-hati</p> <p>3.5. Sprei kecil, pernak, spreng besar, selimut, sarung bantal, sarung guling diangkat dengan benar*</p> <p>3.6. Pernak didisinfektan dengan benar dan diangin-anginkan di kursi</p> <p>3.7. Kasur digulung dari bagian kepala ke arah kaki (bila kasur busa menyesuaikan)</p> <p>3.8. Tempat tidur didisinfeksi dengan benar</p> <p>3.9. Spreng besar dipasang setengah bagian, masukkan ke pinggir bawah kasur dan buat sudut dengan benar</p> <p>3.10. Pasang pernak dan bedaki dengan benar</p> <p>3.11. Spreng kecil dipasang setengah bagian dan masukkan ke bawah kasur dengan benar</p> <p>3.12. Spreng besar ditarik masukkan ke bawah kasur dan buat sudut dengan benar</p> <p>3.13. Tarik pernak dan bedaki dengan benar</p> <p>3.14. Tarik spreng kecil dan masukkan bersamaan dengan pernak ke bawah kasur dengan benar*</p> <p>3.15. Sarung bantal dan sarung guling yang kotor dipasang dengan benar</p> <p>3.16. Bantal disusun dengan benar</p> <p>3.17. Selimut dipasang dengan benar</p> <p>3.18. Alat-alat dibereskan dengan benar</p> <p>3.19. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
4	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	Evaluasi selama dan setelah melakukan tindakan dilakukan dengan benar				

5	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	Tanggal, jam, nama dan tanda tangan perawat ditulis dengan jelas*				
---	--	---	--	--	--	--

LO Mengganti Alat Tenun Tempat Tidur dengan Klien di atasnya

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur dengan klien di atasnya

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompetensi	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Mengkaji kebutuhan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur dengan klien di atasnya	1.1. Salam terapeutik disampaikan dengan benar 1.2. Validasi data dilakukan dengan tepat : alat tenun kusut, kotor, ada pasien baru				
2	Melakukan persiapan tindakan mengganti alat tenun tempat tidur dengan klien di atasnya	2.1. Alat disiapkan sesuai standar meliputi: a. Sprei besar* b. Sprei kecil* c. Sarung bantal d. Sarung guling e. Selimut f. Perlak g. Bedak h. Sarung tangan bersih i. Skort j. Lap k. Kursi K/P l. Ember besar untuk alat tenun kotor 2.2. Alat-alat yang dibutuhkan ditata rapi				
3	Melakukan tindakan mengganti alat tenun tempat	3.1 Cuci tangan dilakukan dengan benar 3.2 Sarung tangan dipakai dengan benar 3.3 Skort dipakai dengan benar 3.4 Alat-alat dibawa ke dekat tempat tidur				

	tidur dengan klien di atasnya	<p>dengan hati-hati</p> <p>3.5 Pasien dimiringkan dengan benar</p> <p>3.6 Sprei kecil , pernak ,sprei besar, selimut, sarung bantal, sarung guling diangkat dengan benar*</p> <p>3.7 Pernak didisinfektan dengan benar dan diangin-anginkan di kursi</p> <p>3.8 Sprei besar dipasang setengah bagian, masukkan ke pinggir bawah kasur dan buat sudut dengan benar</p> <p>3.9 Pasang pernak dan bedaki dengan benar</p> <p>3.10 Sprei kecil dipasang setengah bagian dan masukkan ke bawah kasur dengan benar</p> <p>3.11 Sprei besar ditarik masukkan ke bawah kasur dan buat sudut dengan benar</p> <p>3.12 Tarik pernak dan bedaki dengan benar</p> <p>3.13 Tarik sprei kecil dan masukkan bersamaan dengan pernak ke bawah kasur dengan benar*</p> <p>3.14 Sarung bantal dan sarung guling yang kotor dipasang dengan benar</p> <p>3.15 Bantal disusun dengan benar</p> <p>3.16 Selimut dipasang dengan benar</p> <p>3.17 Alat-alat dibereskan dengan dengan benar</p> <p>3.18 Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
4	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>4.1. Respon dan kondisi pasien dievaluasi selama dan setelah melakukan tindakan</p> <p>4.2 Tindak lanjut disampaikan dengan benar</p> <p>4.3 Salam terapeutik disampaikan untuk mengakhiri tindakan</p>				
5	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>5.1. Respon pasien selama dan sesudah tindakan dicatat sesuai dengan prinsip dokumentasi</p> <p>5.2. Tanggal, jam, nama dan tanda tangan perawat ditulis dengan jelas</p>				

Lembar Observasi Memakai dan Melepas Sarung Tangan Steril

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

Sub Kompetensi : Melakukan tindakan memakai dan melepas sarung tangan steril

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Melakukan pengkajian kebutuhan memakai sarung tangan steril	1.1. Adanya data kebutuhan akan penggunaan memakai sarung tangan steril dikaji (melaksanakan tindakan) steril, setelah memakai gaun steril (dikamar operasi)				
2	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk memakai sarung tangan steril	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Sarung tangan steril dalam packingnya b. Bak sampah medis c. Korentang dalam tempatnya 2.2. Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi				
3	Melaksanakan tindakan memakai dan melepas sarung tangan steril	3.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar 3.2. Petunjuk membuka <i>packing</i> sarung tangan steril dibaca dengan benar * 3.3. Packing sarung tangan dibuka dengan posisi terlipat pada bagian pangkalnya 3.4. Sarung tangan kanan atau kiri diidentifikasi dengan benar * 3.5. Satu sarung tangan diambil dengan ibu jari dan 2 jari lainnya dengan cara memegang bagian dalamnya* 3.6. Sarung tangan dipasang dengan hati-hati, dan dipastikan semua jari-jari masuk (bagian luar tidak boleh tersentuh benda yang tidak steril) * 3.7. Sarung tangan satunya diambil menggunakan tangan yang telah memakai sarung tangan dengan menyentuh bagian luar lipatan, kemudian dipasangkan secara tepat * 3.8. Tangan satu dan lainnya saling merapikan dengan tepat				

		<p>3.9. Tangan diposisikan dengan jari-jari selalu lebih tinggi dari siku</p> <p>3.10. Setelah selesai digunakan, lepas sarung tangan dengan cara : bagian luar sarung tangan dipegang menggunakan tangan satunya yang masih memakai sarung tangan kemudian ditarik ke arah jari-jari *</p> <p>3.11. Sarung tangan dibuang di tempat sampah medis dengan benar</p> <p>3.12. Sarung tangan kedua dilepas dengan menarik bagian dalam sarung tangan kearah ujung jari-jari *</p> <p>3.13. Sarung tangan dibuang di tempat sampah medis dengan benar</p> <p>3.14. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
4	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	4.1. Evaluasi selama dan setelah memakai dan melepas sarung tangan steril dilakukan				
5	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>5.1. Tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas</p> <p>5.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien</p>				

Lembar Observasi Memakai Gaun Steril

KOMPETENSI : Melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

JUDUL UNIT : Memakai gaun steril

No	Elemen	Aspek yg dinilai	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	Ya	Tdk
1	Melakukan pengkajian kebutuhan memakai gaun steril	Kebutuhan memakai gaun steril teridentifikasi				
2	Melaksanakan persiapan alat yang akan digunakan untuk memakai gaun steril	Persiapan alat : Gaun steril				
3	Melaksanakan memakai	1. Ambil gaun steril dengan				

	gaun steril	<p>memegang krah leher bagian dalam kemudian tangan diangkat setinggi bahu</p> <p>2. Masukkan tangan kanan kemudian tangan kiri ke lubang lengan gaun tanpa menyentuh bagian luarnya, angkat sedikit lagi kedua lengan sehingga gaun mendekati badan</p> <p>3. Suruh orang lain yang tidak menggunakan gaun steril untuk menalikan gaun dan tidak boleh memegang bagian depan gaun</p>				
4	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	Gaun steril terpakai				
5	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	Tindakan yang dilakukan, tanggal, jam, alat yang digunakan, dan tangan				

4. Lembar Observasi Melaksanakan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi dan Transportasi.

Lembar Observasi Mengatur Posisi Sim

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi

Sub kompetensi : Mengatur berbagai posisi pasien

Judul unit : Mengatur posisi SIM

No	Elemen kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi SIM	<p>1.1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar</p> <p>1.2. Adanya data kebutuhan pasien terhadap pengaturan posisi SIM diidentifikasi : klien yang diberikan tindakan huknah tinggi atau rendah, klien yang akan diberikan tindakan pengobatan melalui anus, atau pemeriksaan rektum.</p>				

2	Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi SIM	<p>2.1. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sketsel ruangan bila kamar terbuka b. Bantal 2-3 c. Masker bila perlu d. Sarung tangan <p>2.2. Alat ditata dengan rapi</p>				
3	Mempersiapkan pasien untuk mengatur posisi SIM	<p>3.1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar</p> <p>3.3. Lingkungan yang teraupetik untuk menjaga privacy disiapkan dengan benar</p>				
4	Melakukan tindakan mengatur posisi SIM	<p>4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <p>4.2. Masker & sarung tangan dipakai dengan benar</p> <p>4.3. Klien dibantu untuk tidur miring setengah telungkup sebagian badan berbaring pada abdomen*</p> <p>4.4. Mengatur lengan bawah diposisi belakang sejajar punggung klien, lengan atas difleksikan pada bahu dan siku</p> <p>4.5. Tempatkan bantal dibawah lengan fleksi klien*</p> <p>4.6. Lutut kanan ditekuk kearah badan, dan ditarik kearah perut</p> <p>4.7. Tempatkan bantal dibawah tungkai yang fleksi, dengan menyokong tungkai setinggi panggul*</p> <p>4.8. Posisi klien diatur senyaman mungkin</p> <p>4.9. Masker dan sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.10. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar</p> <p>5.2. Upaya tindak lanjut dirumuskan dengan benar</p> <p>5.3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan</p>				
6	Melakukan dokumentasi	<p>6.1. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar</p>				

Lembar Observasi Mengatur Posisi Dorsal Recumbent

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi

Sub kompetensi : Mengatur berbagai posisi pasien

Judul unit : Mengatur Posisi Dorsal Recumbent

No	Elemen kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi dorsal recumbent	1.1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 1.2. Adanya data kebutuhan pasien terhadap pengaturan posisi dorsal recumbent diidentifikasi : klien yang diberikan tindakan pada daerah genitalia, klien yang akan dilakukan tindakan pemasangan kateter				
2	Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi dorsal recumbent	2.3. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Sketsel bila ruangan terbuka b. Masker bila perlu c. Sarung tangan 2.4. Alat ditata dengan rapi				
3	Mempersiapkan pasien untuk mengatur posisi dorsal recumbent	3.4. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.5. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.6. Posisi pasien diatur : supinasi 3.7. Lingkungan yang terapeutik untuk menjaga privacy disiapkan dengan benar : menutup pintu dan gordena atau memasang sketsel *				
4	Melakukan tindakan mengatur posisi dorsal recumbent	4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.2. Masker & sarung tangan, dipakai dengan benar 4.3. Klien dibantu menekuk lututnya 4.4. Kedua belah kaki klien dilebarkan 4.5. Kedua telapak kaki ditapakkan di tempat tidur 4.6. Kedua tangan klien diletakkan ke arah kepala 4.7. Posisi klien diatur dengan nyaman 4.8. Masker & sarung tangan, dilepas dengan benar 4.9. Cuci tangan dilakukan dengan benar				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	5.4. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 5.5. Upaya tindak lanjut dirumuskan dengan benar 5.6. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan				

6	Melakukan dokumentasi	6.3. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 6.4. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar				
---	-----------------------	--	--	--	--	--

LO Mengatur Posisi Fowler dan Semi Fowler

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi
 Sub kompetensi : Mengatur berbagai posisi pasien
 Judul unit : Mengatur Posisi Fowler dan Semi Fowler

No	Elemen kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi fowler dan semi fowler	1.3. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 1.4. Adanya data kebutuhan pasien terhadap pengaturan posisi fowler dan semi fowler diidentifikasi : klien yang mengalami sesak nafas ; klien yang diberikan tindakan dengan WSD				
2	Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi fowler dan semi fowler	2.5. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Bantal 2 – 5 atau sandaran punggung (Regestin) b. Masker bila perlu c. Sarung tangan 2.6. Alat ditata dengan rapi				
3	Mempersiapkan pasien untuk mengatur posisi fowler dan semi fowler	3.8. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.9. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.10. Lingkungan yang terapeutik disiapkan dengan benar				
4	Melakukan tindakan mengatur posisi fowler dan semi fowler	4.10. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.11. Masker dan sarung tangan dipakai dengan benar 4.12. Alat didekatkan ke sisi tempat tidur 4.13. Klien dibantu duduk dengan hati-hati 4.14. Bantal disusun atau regestin dipasang dengan teknik yang benar (dengan sudut ketinggian 15–<45 derajat pada semi fowler dan 45 s.d 90 derajat pada fowler) 4.15. Perawat berdiri di sebelah kanan klien dan				

		<p>menghadap klien</p> <p>4.16. Klien dianjurkan dan dibantu untuk menekuk lutut</p> <p>4.17. Klien dianjurkan dan dibantu untuk menopang badan dengan kedua tangan</p> <p>4.18. Klien disangga dengan tangan kanan perawat masuk ke ketiak klien dan tangan kiri menyangga punggung klien</p> <p>4.19. Klien dianjurkan dan dibantu untuk mendorong badannya ke belakang</p> <p>4.20. Posisi pasien yang nyaman diatur kembali</p> <p>4.21. Masker dan sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.22. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.7. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar</p> <p>5.8. Upaya tindak lanjut dirumuskan dengan benar</p> <p>5.9. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan</p>				
6	Melakukan dokumentasi	<p>6.5. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.6. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar</p>				

LO Mengatur Posisi Litotomi

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi

Sub kompetensi : Mengatur berbagai posisi pasien

Judul unit : Mengatur posisi litotomi

No	Elemen kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi litotomi	<p>1.5. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar</p> <p>1.6. Adanya data kebutuhan pasien terhadap pengaturan posisi litotomi diidentifikasi : klien yang diberikan tindakan pada daerah Genetalia, klien inpartu</p>				
2	Melakukan persiapan alat untuk	<p>2.7. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi :</p> <p>a. Sketsel ruangan bila kamar terbuka</p>				

	mengatur posisi litotomi	<ul style="list-style-type: none"> b. Meja Ginekologi bila ada c. Sandaran kaki d. Masker e. Sarung tangan f. Skort g. Selimut mandi <p>2.8. Alat ditata dengan rapi</p>				
3	Mempersiapkan pasien untuk mengatur posisi litotomi	<ul style="list-style-type: none"> 3.11. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.12. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.13. Posisi diatur dengan nyaman : supinasi 3.14. Lingkungan yang terapeutik untuk menjaga privacy disiapkan dengan benar : menutup pintu dan gordena atau memasang sketsel * 				
4	Melakukan tindakan mengatur posisi litotomi	<ul style="list-style-type: none"> 4.23. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.24. Masker, sarung tangan, dan skort dipakai dengan benar 4.25. Bantu klien melepas pakaian bagian bawah 4.26. Bantu klien tidur posisi supine 4.27. Pasang selimut mandi 4.28. Sandaran kaki dipasang, sehingga kaki diletakkan pada sandaran kaki 4.29. Kedua kaki klien diangkat, ditekuk ke arah perut dengan sudut 90 derajat terhadap perut, serta tungkai bawah diangkat dengan sudut 90 derajat terhadap paha 4.30. Posisi klien diatur senyaman mungkin 4.31. Masker, sarung tangan, dan skort dilepas dengan benar 4.32. Cuci tangan dilakukan dengan benar 				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<ul style="list-style-type: none"> 5.10. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 5.11. Upaya tindak lanjut dirumuskan dengan benar 5.12. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan 				
6	Melakukan dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> 6.7. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 6.8. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar 				

LO Memindahkan Pasien dari Tempat Tidur ke Kursi Roda

Kompetensi 11 : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi

Sub kompetensi : Memindahkan dan transportasi pasien

Judul unit : Membantu pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan	
			Ya	Tdk
1	Pengkajian kebutuhan membantu pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda	1.7. Salam terapeutik disampaikan kepada pasien dengan benar 1.8. Data kebutuhan pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda dikaji : klien bisa duduk tapi belum dapat berjalan sendiri, klien akan dibawa/pindah ruang.		
2	Melakukan persiapan alat untuk membantu pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda	2.9. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Kursi roda b. Sarung tangan c. Masker 2.10. Alat ditempatkan dan ditata pada troli dengan rapi		
3	Mempersiapkan pasien untuk dibantu pindah dari tempat tidur ke kursi roda	3.15. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.16. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.17. Lingkungan yang terapeutik disiapkan dengan benar		
4	Melakukan tindakan membantu pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda	4.33. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.34. Masker, sarung tangan, dan skort dipakai dengan benar 4.35. Kursi roda didekatkan pada sisi tempat tidur dengan posisi sejajar dengan tempat tidur. 4.36. Kursi roda dikunci dengan benar 4.37. Sandaran kaki dibuka dengan benar 4.38. Kaki klien digeser ke tepi tempat tidur dilakukan dengan hati-hati 4.39. Klien dibantu duduk di tepi tempat tidur dengan kaki terjantai kebawah disisi tempat tidur dan telapak kaki klien menyentuh lantai		

		<p>4.40. Perawat berdiri di depan klien dengan kaki direntangkan, kaki kanan berada didepan , kedua kaki di tekuk</p> <p>4.41. Kedua tangan klien diletakkan ke bahu perawat, dan tangan perawat dimasukkan ke ketiak klien dengan jari-jari melebar menutupi ke bagian atas</p> <p>4.42. Klien dibantu berdiri dengan memberi aba-aba dilakukan bersamaan dengan kaki perawat diluruskan kembali</p> <p>4.43. Klien diberitahu untuk membelakangi kursi roda dan kedua tangan klien memegang kedua sandaran tangan kursi roda</p> <p>4.44. Klien dibantu duduk di kursi roda dengan memberi aba-aba dilakukan bersamaan dengan kaki perawat ditekuk</p> <p>4.45. Sandaran kaki dipasang kembali dengan benar</p> <p>4.46. Kaki klien diletakkan di atas sandaran kaki dengan tepat</p> <p>4.47. Posisi pasien yang nyaman diatur kembali</p> <p>4.48. Masker, sarung tangan, dan skort dilepas dengan benar</p> <p>4.49. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>		
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.13. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar</p> <p>5.14. Upaya tindak lanjut dirumuskan dengan benar</p> <p>5.15. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan</p>		
6	Melakukan dokumentasi	<p>6.9. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.10. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar</p>		

Lembar Observasi Memindahkan Pasien dari Tempat Tidur ke Kereta Dorong

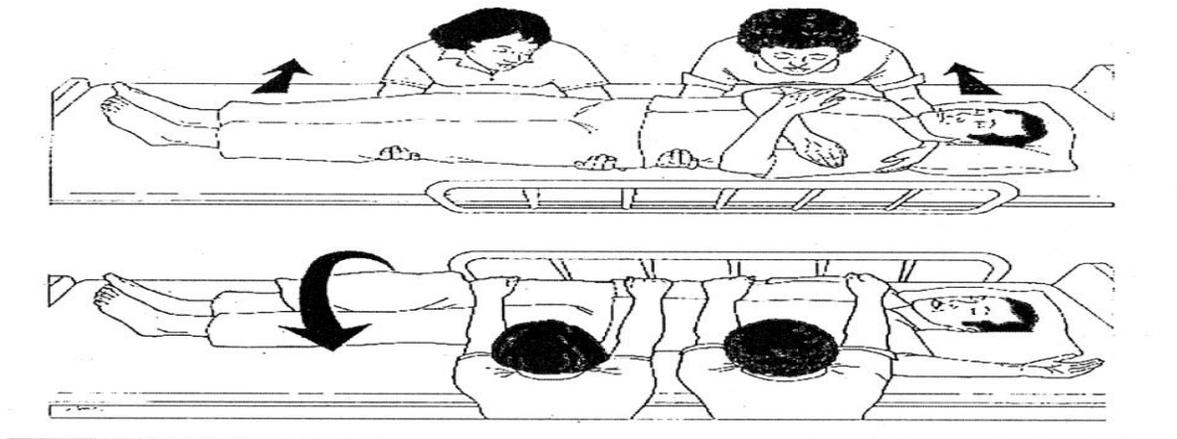
Kompetensi 11 : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi

Sub kompetensi : Memindahkan dan transportasi pasien
d

Judul unit : Memindahkan/mengangkat klien dari tempat tidur ke kereta dorong dengan bantuan 3 perawat

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan mengangkat klien dari tempat tidur ke kereta dorong	1.9. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 1.10. Data kebutuhan klien pindah dari tempat tidur ke kereta dorong dengan bantuan 3 perawat dikaji : klien yang lemah atau fraktur atau kondisi yang tidak memungkinkan untuk pindah sendiri, klien yang belum mampu duduk di tempat tidur, klien yang akan dibawa / pindah ruang				
2	Melakukan persiapan alat untuk mengangkat klien dari tempat tidur ke kereta dorong	2.11. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Kereta dorong b. Bantal 1 c. Selimut 1 d. Sarung tangan e. Masker bila perlu 2.12. Alat ditata dengan rapi				
3	Mempersiapkan pasien untuk mengangkat klien dari tempat tidur ke kereta dorong	3.18. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.19. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.20. Lingkungan yang terapeutik disiapkan dengan benar				
4	Melakukan tindakan mengangkat klien dari tempat tidur ke kereta dorong	4.50. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.51. Masker dan sarung tangan dipakai dengan benar 4.52. Kereta dorong didekatkan pada tempat tidur dengan posisi tegak lurus (sudut 90°)* 4.53. Bagian kepala kereta dorong diletakkan dekat pada bagian kaki klien di sisi tempat tidur 4.54. Kunci roda kereta dorong*				

		<p>4.55. Kunci roda tempat tidur*</p> <p>4.56. Posisi perawat diatur dengan ketentuan perawat I adalah perawat yang paling tinggi, selanjutnya berurutan*</p> <p>4.57. Klien digeser ke tepi tempat tidur bersama-sama dengan aba-aba perawat I</p> <p>4.58. Tangan klien di silangkan di atas dada klien</p> <p>4.59. Perawat I di bagian kepala, dengan tangan kiri menyangga kepala sampai pangkal lengan, tangan kanan di bawah punggung klien</p> <p>4.60. Perawat II di bagian tengah menyangga punggung dengan tangan kiri , dan tangan kanan di pangkal paha</p> <p>4.61. Perawat III dibagian kaki, tangan kiri menyangga paha bawah dan tangan kanan menyangga betis</p> <p>4.62. Klien diangkat bersama-sama dan badan klien ditarik ke arah perawat dengan aba-aba perawat I *</p> <p>4.63. Klien dibawa ke kereta dorong hingga perawat bersentuhan dengan kereta dorong dengan aba-aba perawat I*</p> <p>4.64. Klien diletakkan di atas kereta dorong bersama sama dengan aba-aba dari perawat I*</p> <p>4.65. Posisi pasien yang nyaman diatur kembali</p> <p>4.66. Selimut dipasang dengan benar</p> <p>4.67. Bawa klien sesuai tujuan</p> <p>4.68. Masker dan sarung tangan dilepas dengan benar</p> <p>4.69. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.16. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar</p> <p>5.17. Upaya tindak lanjut dirumuskan dengan benar</p> <p>5.18. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan</p>				
6	Melakukan dokumentasi	<p>6.11. Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.12. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar</p>				



Lembar Observasi ROM Pasif

Kompetensi 11 : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi

Sub kompetensi g : Melaksanakan latihan ROM pasif & aktif

Judul unit : Melaksanakan latihan ROM Pasif

No	Elemen kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan latihan ROM Pasif	1.1. Salam terapeutik disampaikan kepada pasien dengan benar 1.2. Data kebutuhan klien terhadap latihan ROM pasif diidentifikasi dengan benar : semi koma dan tidak sadar, usia lanjut dengan mobilitas terbatas, bedrest total, paralise ekstrimitas total ,dll				
2	Melakukan persiapan alat untuk latihan ROM Pasif	2.1. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Tensimeter b. Termometer c. Jam tangan d. Bantal 2.2. Alat ditempatkan dan ditata pada troli dengan rapi				
3	Mempersiapkan pasien untuk latihan ROM Pasif	3.1. Tanda vital diukur dengan benar 3.2. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.3. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.4. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati : supinasi				

		3.5. Lingkungan untuk menjaga privasi pasien disiapkan dengan benar				
4	Melakukan tindakan latihan ROM Pasif	4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.2. Selimut yang menutupi bagian tubuh yang akan digerakkan dibuka dengan benar 4.3. Pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan diatur dengan benar 4.4. Jari-jari tangan klien digerakkan dengan benar (fleksi, ekstensi, hiperekstensi)* 4.5. Pergelangan tangan klien digerakkan dengan teknik yang benar (fleksi ke depan, ekstensi, fleksi ke belakang/hiperekstensi) * 4.6. Siku klien digerakkan dengan teknik yang benar (fleksi, ekstensi) * 4.7. Lengan bawah klien digerakkan dengan teknik yang benar (pronasi , supinasi) * 4.8. Bahu klien digerakkan dengan teknik yang benar (fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi) * 4.9. Jari-jari kaki klien digerakkan dengan teknik yang benar (fleksi ke depan, ekstensi, fleksi ke belakang/ hiperekstensi) * 4.10. Kaki klien digerakkan dengan teknik yang benar (inversi, eversi) * 4.11. Pergelangan kaki klien digerakkan dengan teknik yang benar (fleksi ke belakang, ekstensi, fleksi ke depan) * 4.12. Lutut klien digerakkan dengan teknik yang benar (fleksi dan ekstensi) *				
		4.13. Pangkal paha klien digerakkan dengan teknik yang benar (rotasi, abduksi, adduksi) * 4.14. Klien dikembalikan pada posisi yang nyaman 4.15. Alat-alat dirapikan dengan hati-hati 4.16. Lingkungan diatur kembali 4.17. Cuci tangan dilakukan dengan benar				
5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	5.1. Vital sign sign diukur dengan benar 5.2. Anamnesa respon selama dan setelah latihan dilakukan dengan benar 5.3. Upaya tindak lanjut (kontrak waktu latihan berikutnya) dirumuskan dengan benar 5.4. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan				
6	Melakukan	6.1. Tindakan, bagian tubuh yang dilatih, dan respon				

pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar				
--	---	--	--	--	--

Lembar Observasi ROM Aktif

Kompetensi 11 : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi
 Sub kompetensi g : Melaksanakan latihan ROM pasif & aktif
 Judul unit : Melaksanakan latihan ROM Aktif

No	Elemen Kompetensi	Kriteria Penilaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1	Pengkajian kebutuhan latihan ROM Aktif	1.3. Salam terapeutik disampaikan kepada pasien dengan benar 1.4. Data kebutuhan klien terhadap latihan ROM aktif diidentifikasi dengan benar : paralise ekstremitas sebagian , bedrest atau tirah baring lama				
2	Melakukan persiapan alat untuk latihan ROM Aktif	2.3. Alat disiapkan sesuai standar, meliputi : a. Tensimeter b. Termometer c. Jam tangan d. Bantal 2.4. Alat ditempatkan dan ditata pada troli dengan rapi				
3	Mempersiapkan pasien untuk latihan ROM Aktif	3.6. Tanda vital diukur dengan benar 3.7. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 3.8. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.9. Posisi aman dan nyaman diatur dengan hati-hati : duduk atau berdiri 3.10. Lingkungan untuk menjaga privasi pasien disiapkan dengan benar				
4	Melakukan tindakan latihan ROM Aktif	4.18. Cuci tangan dilakukan dengan benar 4.19. Pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan diatur dengan benar 4.20. Klien dilatih menggerakkan leher (fleksi ke depan, ekstensi, hiperekstensi, fleksi ke sisi kanan, fleksi ke sisi kiri, rotasi) * 4.21. Klien dilatih menggerakkan bahu (fleksi ke atas, ekstensi, hiperekstensi, fleksi ke depan menyilang, fleksi ke belakang, sirkumduksi, abduksi,				

		<p>adduksi, rotasi eksternal, rotasi internal)*</p> <p>4.22. Klien dilatih menggerakkan siku (fleksi, ekstensi, supinasi, pronasi) *</p> <p>4.23. Klien dilatih menggerakkan pergelangan tangan (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi)*</p> <p>4.24. Klien dilatih menggerakkan jari-jari tangan (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, kombinasi) *</p> <p>4.25. Klien dilatih menggerakkan ibu jari (fleksi, ekstensi, abduksi, aduksi, oposisi)</p> <p>4.26. Klien dilatih menggerakkan sendi panggul (fleksi, eksternal netral, hyperekstensi, abduksi, aduksi, sirkumduksi, rotasi internal, rotasi eksternal) *</p> <p>4.27. Klien dilatih menggerakkan lutut (fleksi, ekstensi)*</p> <p>4.28. Melatih klien dalam pergerakan tungkai bawah (dorso fleksi/fleksi, plantar fleksi/ekstensi,eversi, inversi)</p> <p>4.29. Klien dilatih menggerakkan jari-jari kaki (fleksi ke belakang, ekstensi, fleksi ke depan) *</p> <p>4.30. Melatih klien dalam pergerakan batang tubuh (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, fleksi lateral, rotasi)</p> <p>4.31. Klien dikembalikan pada posisi yang nyaman</p> <p>4.32. Alat-alat dirapikan dengan hati-hati</p> <p>4.33. Lingkungan diatur kembali</p> <p>4.34. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p>				
--	--	---	--	--	--	--

5	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.5. Vital sign sign diukur dengan benar</p> <p>5.6. Anamnesa respon selama dan setelah latihan dilakukan dengan benar</p> <p>5.7. Upaya tindak lanjut (kontrak waktu latihan berikutnya) dirumuskan dengan benar</p> <p>5.8. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan</p>				
6	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>6.3. Tindakan, bagian tubuh yang dilatih, dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi</p> <p>6.4. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar</p>				

5. Lembar Observasi Melaksanakan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur.

Lembar Observasi Istirahat Tidur

Kompetensi 12 : Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur.

Sub Kompetensi 12 e : Memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur

Judul unit : Melaksanakan tindakan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur

No	Elemen	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Dilakukan		Kompeten	
			Ya	Tdk	K	BK
1.	Melakukan pengkajian pemenuhan kebutuhan tidur	1.1. Salam terapeutik disampaikan pada klien 1.2. Adanya data : kebutuhan tidur diidentifikasi (keluhan pasien kesulitan tidur, tidak enak badan, lingkaran gelap pada mata, dll)				
2.	Mempersiapkan alat untuk pemenuhan kebutuhan tidur	2.1. Alat-alat disiapkan sesuai standar meliputi : a. Tempat tidur b. Bantal, guling c. selimut d. Lampu tidur, buku, majalah, radio (sesuai kebutuhan klien) 2.2. Alat-alat tertata rapi.				
3.	Melaksanakan persiapan klien yang akan dilakukan pemenuhan kebutuhan tidur.	3.1. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas 3.2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3.3. Klien dianjurkan untuk mencuci muka, kaki dan gosok gigi bila memungkinkan 3.4. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy klien				
4.	Melaksanakan tindakan pemenuhan kebutuhan tidur.	4.1. Cuci tangan dilakukan dengan benar * 4.2. Posisi pasien diatur aman dan nyaman 4.3. Tempat tidur, bantal, guling				

		<p>ditata dengan rapi dan memperhatikan kenyamanan klien</p> <p>4.4. Lampu diganti dengan lampu tidur dengan sopan (menurut kebiasaan klien)*</p> <p>4.5. Jendela dan gordena di tutup dengan sopan</p> <p>4.6. Kebiasaan klien sebelum tidur di bantu dengan hati-hati (minum obat, berdoa, minum susu, dan rileksasi dll) *</p> <p>4.7. Klien segera dianjurkan tidur dengan sopan</p> <p>4.8. Ketenangan lingkungan disekitar kamar klien diperhatikan</p> <p>4.9. Klien diobservasi selama tidur</p>				
5.	Melakukan evaluasi dan tindak lanjut	<p>5.1. Anamnesis respon dilakukan dengan benar setelah klien bangun tidur *</p> <p>5.2. Rencana tindak lanjut diinformasikan dengan benar</p> <p>5.3. Salam terapeutik diucapkan untuk mengakhiri tindakan.</p>				
6.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<p>6.1. Hasil tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi.</p> <p>6.2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan klien</p>				



6. Lembar Observasi Melaksanakan Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial.

LO Pengkajian Psikososial		
N O	ELEMEN	KEGIATAN
1.	Bina hubungan saling percaya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik 2. Perkenalan 3. Menyampaikan maksud 4. Menyampaikan tujuan 5. Kontrak 6. Persetujuan
2.	Melakukan pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi klien tentang penyakitnya. 2. Perubahan perilaku sebelum dan setelah sakit. 3. Tanyakan agama dan aktifitas ibadah khususnya selama sakit. 4. Tanyakan hikmah/pelajaran dari sakitnya 5. Orang-orang yang berarti bagi klien. 6. Persepsi orang-orang yang berarti terhadap sakit klien. 7. Pengalaman sakit dan hospitalisasi klien
3.	Melakukan pencatatan dalam dokumentasi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien selama pengkajian dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Anna, Barbara, 1986. *Skill for Profesional Nursing Practice*, Apleton.

Barbara, Koziar, Glenora Erb 1993 “*Fundamentals of Nursing Addison*, Wesley Publising Company, Menlo Park, California.

Barbara and Anna, *Skills For Profesional Nursing Practice*.

Boston Kathleen H.B and Mary A.W 1986, *Clinical Nursing Prosedures Jones and Barnett Publisher*, Boston.

Brunner & Suddarth, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol. 1 , Alih bahasa Waluyo A. dkk, EGC, Jakarta.

Davis, M., Eshelman, E.R., dan McKay, M., 1995, Panduan relaksasi dan reduksi stress, EGC, Jakarta.

Depkes, 1991. *Pedoman Teknis Perawatan Dasar*, Jakarta.

Kozier, Erb and Olivieri, 1991, *Fundamentals of Nursing concepts Process and Practice*, Fourth Ed. Addison-Wesley Publishing Company Inc.

Potter and Perry, 1991, *Basic Nursing Second Edition*, Mosby, Philadelphia

Potter and Perry, *Fundamental of Nursing*, Fourth Edition, Mosby , Philadelphia

Potter and Perry. 2000, *Keperawatan dan Prosedur Dasar*, EGC Jakarta.

Potter and Perry, 2000, *Ketrampilan dan Prosedur Dasar*, Edisi 3, EGC, Jakarta.

Priharjo, R. 1993 . *Seri Perawatan Nyeri "Pemenuhan Aktifitas Istirahat Pasien"* EGC Jakarta.

Rumah Sakit Carolus, 1999, *Pedoman Praktik Klinik Keperawatan*, Jakarta

RSUP Dr Sardjito, *Prosedur Tetap Teknis Keperawatan*, Yogyakarta, 1996

Wells M.A. & Belland K.H., 1984, *Clinical Nursing Procedures*, Wardsworth, California



*Utamakan kebutuhan dasar
&
melayani dengan hati*