

Modul Praktik **Semester II**

TA 2024/2025



Sub Unit Laboratorium Pendidikan
Kampus Kendal

Tahun 2025



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas karunia yang telah diberikan kepada kita semua sehingga modul Petunjuk Praktikum Semester I Tahun Ajaran 2024/2025 ini bisa diselesaikan sebagai pegangan dalam melaksanakan pembelajaran bagi mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan UPP Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang.

Kami menyadari bahwa Modul Semester II Tahun Ajaran 2024/2025 ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, kami mengharapkan masukan dan saran demi sempurnanya SOP ini,serta kesesuaian isi Modul dengan perkembangan praktek Keperawatan di Laboratorium UPP Kampus Kendal.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu menyelesaikan modul ini dan atas saran serta masukan demi perbaikan yang akan datang.

Hormat Kami

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
VISI MISI POLTEKKES KEMENKES SEMARANG.....	iii
VISI MISI PRODI DIII KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES SEMARANG	iv
Modul Praktik <i>Manajemen Patient Safety</i>	1
Modul Praktik Kebutuhan Dasar Manusia	1

VISI MISI POLTEKKES KEMENKES SEMARANG

"Menjadi Institusi Pendidikan Tinggi Yang Menghasilkan Tenaga Kesehatan Berbasis Kearifan Lokal dan Diakui Internasional tahun 2025"

Berbasis Kearifan Lokal berarti berdasarkan kebijakan lokal yang ditetapkan oleh Poltekkes Kemenkes Semarang dalam memenuhi tuntutan pengguna lulusan dan unggul dalam persaingan global, sebagai berikut :

1. Melalui pendekatan yang komprehensif mempersiapkan lulusan dengan kompetensi utama (*hard skills*) serta ketrampilan kepribadian dan perilaku berbudi pekerti luhur (*soft skills*) dimana lulusan menjunjung tinggi nilai-nilai budaya asli serta mampu mengendalikan diri terhadap budaya luar
2. Penyusunan kurikulum berdasarkan kajian mendalam tentang hakekat keilmuan bidang studi dan kebutuhan pengguna lulusan, masing-masing prodi mempunyai kompetensi utama sebagai penciri program studi serta kompetensi pendukung dan lainnya sebagai penciri institusi.
3. Menyelenggarakan penelitian untuk menghasilkan karya ilmiah yang dapat digunakan sebagai rujukan dalam penyelesaian masalah kesehatan dimana mengutamakan penelitian multidisipliner yang berorientasi peningkatan kualitas hidup dan pendayagunaan potensi sumber daya lokal dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi, budaya dan seni mutakhir.
4. Diakui Internasional berarti kualifikasi akademik lulusan Poltekkes Kemenkes Semarang mendapat pengakuan internasional

MISI

1. Meningkatkan layanan pendidikan bermutu yang profesional dan terpadu melalui perbaikan standar dan sistem manajemen secara terus menerus dengan didukung Teknologi Informasi
2. Meningkatkan kualitas pelayanan dan pengabdian pada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan program pembangunan di bidang kesehatan
3. Mendorong produktivitas dan kualitas sumber daya manusia untuk meningkatkan pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi
4. Mengembangkan penelitian berbasis kearifan lokal dan meningkatkan kualitas publikasi penelitian dan pengabdian kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan program pembangunan di bidang kesehatan
5. Menyelenggarakan inovasi program melalui dukungan sumber daya internal dan eksternal melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor.

Modul Praktik

Manajemen Patient Safety

TA 2024/2025



Sub Unit Laboratorium Pendidikan
Kampus Kendal

Tahun 2025



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
BIODATA MAHASISWA	ii
VISI MISI	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
TATA TERTIB PEMBELAJARAN DI LABORATORIUM KEPERAWATAN	1
PENDAHULUAN	3
KEGIATAN BELAJAR 1: Kebersihan Tangan	5
KEGIATAN BELAJAR 2: Pengkajian Resiko Jatuh.....	9
KEGIATAN BELAJAR 3: Pengkajian Resiko Dekubitus	11
KEGIATAN BELAJAR 4: Pengkajian Resiko Dekubiitus	15
KEGIATAN BELAJAR 5: Spill Kit / Penanganan Tumpahan Infeksius	17
KEGIATAN BELAJAR 6: Etika Batuk / Bersin	22
KEGIATAN BELAJAR 7: Memakai dan Melepas Alat Pelindung Diri (APD)	23
KEGIATAN BELAJAR 8: Cara Bekerja di Ruang Isolasi	26
KEGIATAN BELAJAR 9: Desinfeksi dan Sterilisasi	31
PENUTUP	40
DAFTAR PUSTAKA	41

TATA TERTIB PEMBELAJARAN DI LABORATORIUM KEPERAWATAN

A. Sebelum Praktikum

1. Mahasiswa dapat mengikuti praktikum bila memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:
 - a. Membawa Modul Praktika Mata Ajar.
 - b. Berpakaian seragam dan memakai jas laboratorium sesuai dengan ketentuan dari Prodi D III Keperawatan Semarang.
2. Praktikan harus hadir **15** menit sebelum praktikum dimulai, praktikan yang terlambat lebih dari **5 menit**, tidak diperkenankan mengikuti praktikum pada hari tersebut. Sehari sebelum kegiatan praktikum laboratorium, mahasiswa diwajibkan meminjam alat dan bahan kepada petugas laboratorium dan wajib menjaga kelengkapan alat sampai kegiatan praktikum selesai.
3. Praktikan harus memahami apa yang akan dikerjakan dengan membaca modul praktikum dan acuan lain.
4. Praktikan tidak diperkenankan mengikuti praktikum apa bila :
 - a. Tidak membawa modul praktikum, apabila modul praktikumnya hilang, praktikan harus melaporkannya ke penanggung jawab mata ajar 30 menit sebelum praktikum dimulai dan hanya diberikan kesempatan satu kali untuk mengganti dengan yang baru, disertakan sangsi membayar biaya cetak.
5. Ketika memasuki laboratorium, praktikan :
 - a. Harus tenang, tertib dan sopan.
 - b. Dilarang membawa makanan, minuman, dan barang lain yang tidak diperlukan.
 - c. Tas, jaket dan HP harus dititipkan.

B. Selama Praktikum

6. Praktikan dapat memulai praktikum setelah lulus latihan unjuk kerja sesuai standard nilai yang ditetapkan untuk prosedur yang akan dilakukan dan mendapat petunjuk serta ijin dari tutor yang bersangkutan untuk menyiapkan pelaksanaan prosedur.
7. Selama praktikum berlangsung, praktikan :
 - a. Dilarang meninggalkan ruangan tanpa seijin tutor atau penanggung jawab hari tersebut.
 - b. Harus dapat menjaga keselamatan diri, alat-alat, kebersihan laboratorium, dan ketertiban.
 - c. Dilarang mengganggu atau membantu kelompok lain

8. Praktikan harus mengganti alat-alat yang rusak atau hilang selama praktikum berlangsung dengan alat yang sama, sebelum melanjutkan praktikum minggu berikutnya.

C. Selesai Praktikum

9. Setelah praktikum selesai dan disetujui tutor, praktikan :
 - a. Melaporkan kelengkapan dan merapikan peralatan yang digunakan kepada piket/staf penanggung jawab laboratorium.
 - b. Harus meminta tanda tangan / paraf tutor pada lembar kompetensi di dalam modul.

D. Ketentuan Lain

10. Bagi praktikan yang tidak hadir dengan keterangan/gagal, dapat melakukan praktikum susulan pada jadwal pengulangan yang telah ditentukan.
11. Bagi praktikan yang sakit dapat menunjukkan surat keterangan dari dokter dan orang tua, paling lambat pada saat melaksanakan praktikum minggu berikutnya. Melampaui batas waktu tersebut, surat dinyatakan tidak berlaku lagi dan praktikan dinyatakan gagal.
12. Bagi praktikan yang sudah *gagal/tidak mengikuti* praktikum *sebanyak tiga kali berturut-turut* dinyatakan *tidak lulus* dan diulang pada semester berikutnya.
13. Praktikan dapat diberikan peringatan, dikeluarkan ataupun digagalkan jika melanggar tata tertib ini.
14. Tata tertib ini untuk dilaksanakan dengan penuh kesadaran.
15. Hal-hal yang belum tersurat dalam tata tertib ini akan diatur sesuai dengan ketentuan yang berlaku.



PENDAHULUAN

Deskripsi Modul, Relevansi, dan Petunjuk Belajar

Selamat berjumpa, selamat mempelajari Modul Praktika Mata Kuliah (MK) Manajemen Patient Safety. Modul praktika ini terdiri dari dua modul praktika 1 dan 2. Masing-masing modul terdiri dari Sembilan (9) kegiatan belajar praktikum laboratorium.

Modul yang sedang Anda pelajari ini merupakan modul pertama praktika MK Manajemen Patient Safety. Modul 1 praktika ini berisi keterampilan-keterampilan yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit, dan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi terkait *Healthcare Associated Infections* (HAIs).

Modul 1 ini berisi tujuh kegiatan belajar. Setelah selesai mempelajari setiap kegiatan belajar Anda diminta untuk mendemonstrasikan prosedur pada kegiatan belajar tersebut serta menilainya berdasarkan lembar unjuk kerja yang dilampirkan. Jika Anda berhasil mendapatkan nilai batas lulus (75) maka Anda dapat melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya. Setelah menyelesaikan 9 kegiatan belajar pada modul 1 ini Anda diperbolehkan mengikuti evaluasi sumatif Ujian Praktikum Tengah Semester untuk mengetahui sejauh mana Anda terampil dalam melaksanakan prosedur-prosedur keselamatan pasien dan prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi terkait *Healthcare Associated Infections* (HAIs).

Untuk mengikuti kegiatan pembelajaran praktik laboratorium ini, Anda para mahasiswa akan dibagi dalam 5 kelompok dengan jumlah anggota sebanyak 8 mahasiswa. Masing-masing kelompok akan mengikuti pembelajaran praktek laboratorium sesuai jadwal yang tercantum dalam rencana pembelajaran semester (RPS). Sebelum mengikuti kegiatan ini, Anda dianjurkan untuk membaca setiap kegiatan belajar dan menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk praktikum. Di awal pembelajaran akan dilakukan apersepsi dengan tutor, kemudian tutor akan memberi kesempatan kepada Anda untuk mendemonstrasikan prosedur pada kegiatan belajar yang sedang Anda pelajari. Bila anda kurang jelas anda boleh bertanya kepada tutor. Setelah Anda menyelesaikan unjuk kerja, maka akan diberikan umpan balik dari hasil unjuk kerja Anda untuk perbaikan sebelum Ujian Praktik Sumatif.

Sembilan (9) kegiatan belajar praktika yang akan Anda pelajari pada modul 1 ini adalah sebagai berikut:

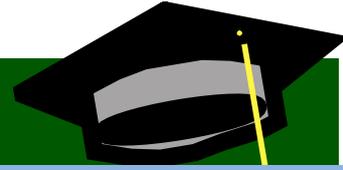
- a. Kegiatan Belajar 1: Kebersihan tangan
- b. Kegiatan Belajar 2: Pengkajian resiko jatuh
- c. Kegiatan Belajar 3: Pengkajian resiko dekubitus

- d. Kegiatan Belajar 4: Pengkajian resiko plebitis
- e. Kegiatan Belajar 5: Pengelolaan tumpahan infeksius/spill kit
- f. Kegiatan Belajar 6: Etika batuk/bersin
- g. Kegiatan Belajar 7: Memakai dan melepas alat pelindung diri (APD)
- h. Kegiatan Belajar 8: Cara Bekerja di Ruang Isolasi
- i. Kegiatan Belajar 9: Desinfeksi dan Sterilisasi

Modul ini akan Anda selesaikan dalam waktu 9 x 170 menit pembelajaran praktika di laboratorium. Semoga Anda dapat mempelajari modul ini dengan baik. Bila Anda sudah selesai membaca modul ini dan telah mencoba mempraktekkan prosedur pada setiap kegiatan belajar, silahkan Anda menilai kemampuan keterampilan Anda. Selamat belajar, jangan pernah ragu untuk mencoba dan tetap berlatih.

Kegiatan Belajar 1

KEBERSIHAN TANGAN



🕒 170 Menit



A. TUJUAN PEMBELAJARAN (KOGNITIF, AFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan definisi kekebersihan tangan
2. Menjelaskan lima momen mencuci tangan di rumah sakit
3. Mendemonstrasikan mencuci tangan menggunakan cairan berbasis alkohol (*hand rub*)
4. Mendemonstrasikan mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun antiseptik (*hand washing*)



B. POKOK-POKOK MATERI

Untuk mencapai tujuan pembelajaran diatas, Anda akan mempelajari pokok-pokok materi sebagai berikut:

1. Definisi kebersihan tangan
2. Lima momen mencuci tangan di rumah sakit
3. Mencuci tangan dengan cairan berbahan dasar alkohol (*hand rub*)
4. Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun antiseptik (*hand washing*)



C. URAIAN MATERI

1. Definisi kebersihan tangan

Kebersihan tangan merupakan salah satu prosedur yang paling penting dan efektif untuk mencegah *Healthcare Associated Infections* (HAIs) bila dilakukan dengan baik dan benar

2. Persiapan alat dan bahan

Peralatan dan bahan yang harus Anda siapkan untuk mencuci tangan menggunakan cairan berbahan dasar alcohol adalah:

- a. Cairan berbahan dasar alcohol pada tempatnya



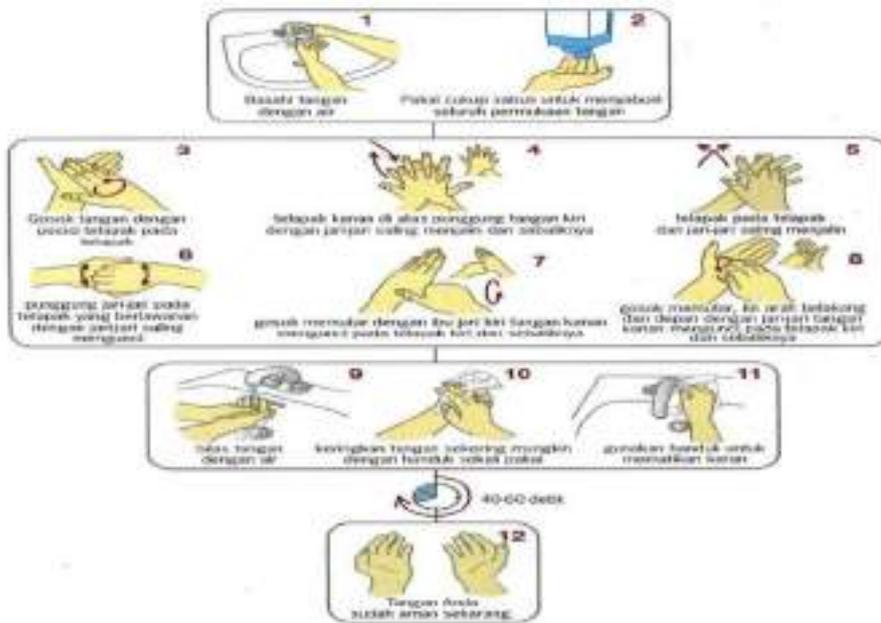
Gambar 1: Lima momen mencuci tangan di rumah sakit



PROSEDUR HAND RUB



Gambar 2: Langkah-langkah mencuci tangan dengan cairan berbasis alcohol.



Gambar 3: Langkah-langkah mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun antiseptik



Gambar 1: Fasilitas mencuci tangan



Gambar 2: Hand washing



TUGAS

Setelah Anda selesai membaca prosedur mencuci tangan dengan cairan berbasis alcohol dan menggunakan air mengalir dan sabun antiseptic pada kegiatan belajar 1, buatlah rangkuman pada buku catatan urutan prosedur mencuci tangan di atas untuk memudahkan Anda mengingat dan mendemonstrasikan kembali. Diskusikan rangkuman Anda dengan anggota kelompok yang lain. Demonstrasikan prosedur mencuci tangan dengan anggota kelompok yang lain.



UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT

Setelah Anda dan kelompok mencoba melakukan hand rub dan hand washing, mintalah penilaian pada tutor sesuai dengan jadwal pada RPS. Anda akan dinyatakan lulus atau kompeten bila telah mampu melakukan prosedur sesuai dengan daftar tilik lembar unjuk kerja. Apabila anda dinyatakan belum kompeten maka Anda diberi kesempatan untuk mengikuti penilaian kembali pada prosedur keperawatan dimaksud. Jika Anda sudah dinyatakan kompeten melakukan kebersihan tangan maka Anda berhak mempelajari kegiatan belajar 2 berikutnya. Bagus sekali dan selamat.

Kegiatan Belajar 2

PENGAJIAN RESIKO JATUH



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan pengkajian resiko jatuh
2. Menjelaskan proses pengkajian resiko jatuh
3. Mendemonstrasikan proses pengkajian resiko jatuh



PROSEDUR TINDAKAN

Penilaian Resiko Jatuh merupakan suatu penilaian terhadap factor – factor yang dapat menyebabkan pasien jatuh. Jatuh itu sendiri adalah suatu kejadian yang dilaporkan oleh penderita atau saksi mata yang melihat kejadian, yaitu seseorang mendadak terbaring / terduduk di lantai / tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka.

Morse Fall Scale (MFS) / Skala Jatuh dari morse Untuk Dewasa

Skala ini biasa dipakai untuk mengukur tingkat resiko jatuh pada orang dewasa.

Tabel skala jatuh dari morse dapat dilihat dibawah ini :

No	Pengkajian	Skala	Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir.	Tidak	0	
		Ya	25	
2	Diagnosa sekunder : Apakah Lansia memiliki lebih dari satu penyakit.	Tidak	0	
		Ya	15	
3	Alat Bantu jalan : Bedrest / dibantu perawat		0	

	Kruk / tongkat / walker.		15		
	Berpegangan pada benda – benda sekitar. (Kursi, lemari, meja).		30		
4	Teraphy intravena : Apakah saat ini lansia terpasang infus.	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya Berjalan / cara Berpindah: Normal / Besrest / immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0		
	Lemah tidak bertenaga.		10		
	Gangguan atau tidak normal (pincang atau diseret).		20		
6	Status mental: Lansia menyadari kondisi dirinya.		0		
	Lansia mengalami keterbatasan daya ingat.		15		
Total nilai					

Berdasarkan nilai dari table diatas nanti kita akan dapat mengklasifikasikan atau mendapatkan nilai sehingga kita dapat menentukan tingkat resiko Jatuh dari pasien yang kita nilai Dengan ketentuan skala morse dibawah ini.

Tingkatan Resiko	Nilai MPS	Tindakan
Tidak Beresiko	0 - 24	Perawatan Dasar
Resiko Rendah	25 - 50	Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Jatuh Standar.
Resiko Tinggi	≥51	Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Jatuh resiko tinggi

Kegiatan Belajar 3

PENGAJIAN RESIKO DEKUBITUS



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan pengkajian resiko dekubitus
2. Menjelaskan proses pengkajian resiko dekubitus
3. Mendemonstrasikan proses pengkajian resiko dekubitus



PROSEDUR TINDAKAN

Dalam mengidentifikasi risiko dekubitus, ada beberapa skala pengkajian risiko tersebut, antara lain; 1. Skala Gosnell, 2. Skala Norton, 3. Skala Braden. Ketiga skala ini bertujuan mengidentifikasi risiko tinggi-rendahnya kemungkinan untuk terjadinya dekubitus dan segera melakukan tindakan pencegahan agar tidak terjadi dekubitus di kemudian hari sesuai tingkatan risiko.

Dalam skala Braden terdapat 6 (enam) subskala untuk menentukan tingkatan risiko terjadinya dekubitus. Subskala tersebut antara lain adalah; 1. Persepsi Sensorik, 2. Kelembapan, 3. Aktivitas, 4. Mobilisasi, 5. Nutrisi, 6. Friksi dan Gesekan. [Download Skala Braden di sini](#)

Berikut adalah penjelasan dari masing-masing skala:

1. Persepsi Sensorik

Definisi: kemampuan untuk merespon tekanan berarti yang berhubungan dengan ketidaknyamanan.

Pada subskala ini terdapat 4 (empat) tingkat nilai, yaitu; 1 adalah nilai terendah (risiko tinggi) dan 4 adalah nilai tertinggi (risiko rendah).

Nilai 1 diberikan apabila terjadi keterbatasan total, yaitu tidak adanya respon pada stimulus nyeri akibat kesadaran yang menurun ataupun karena pemberian obat-obat sedasi **atau** keterbatasan kemampuan untuk merasakan nyeri pada sebagian besar permukaan tubuh.

Nilai 2 diberikan apabila sangat terbatas, yaitu hanya berespon hanya pada stimulus nyeri. Tidak dapat mengkomunikasinya ketidaknyamanan, kecuali dengan merintih dan / atau gelisah. Atau mempunyai gangguan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada separuh permukaan tubuh.

Nilai 3 diberikan pada saat hanya terjadi sedikit keterbatasan yaitu dalam keadaan klien berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu dapat mengkomunikasikan ketidaknyamanan atau harus dibantu membalikkan tubuh. **Atau** mempunyai gangguan sensorik yang membatasi kemampuan merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada 1 atau 2 ekstremitas.

Nilai 4 diberikan pada saat tidak terjadi gangguan, yaitu dalam berespon pada perintah verbal dengan baik. Tidak ada penurunan sensorik yang akan membatasi kemampuan untuk merasakan atau mengungkapkan nyeri atau ketidaknyamanan.

2.Kelembapan

Definisi: Tingkat kulit yang terpapar kelembapan.

Pada subskala ini terdapat 4 (empat) tingkat nilai, yaitu; 1 adalah nilai terendah (risiko tinggi) dan 4 adalah nilai tertinggi (risiko rendah).

Nilai 1 diberikan apabila terjadi kelembapan kulit yang konstan, yaitu saat kulit selalu lembab karena perspirasi, urine dsb. Kelembapan diketahui saat klien bergerak, membalik tubuh atau dengan dibantu perawat.

Nilai 2 diberi apabila kulit sangat lembab, yaitu saat kelembapan sering terjadi tetapi tidak selalu lembab. Idealnya alat tenun dalam keadaan ini harus diganti setiap pergantian jaga.

Nilai 3 diberikan pada saat kulit kadang lembab, yaitu pada waktu tertentu saja terjadi kelembapan. Dalam keadaan ini, idealnya alat tenun diganti dengan 1 kali penambahan ekstra (2 x sehari).

Nilai 4 diberikan pada saat kulit jarang lembab, yaitu pada saat keadaan kulit biasanya selalu kering, alat tenun hanya perlu diganti sesuai jadwal (1 x sehari).

3.Aktifitas

Definisi: Tingkat Aktifitas Fisik.

Pada subskala ini terdapat 4 (empat) tingkat nilai, yaitu; 1 adalah nilai terendah (risiko tinggi) dan 4 adalah nilai tertinggi (risiko rendah).

Nilai 1 diberikan kepada klien dengan tirah baring, yang beraktifitas terbatas di atas tempat tidur saja.

Nilai 2 diberikan kepada klien yang dapat bergerak (berjalan) dengan keterbatasan yang tinggi atau tidak mampu berjalan. Tidak dapat menopang berat badannya sendiri dan / atau harus dibantu pindah ke atas kursi atau kursi roda.

Nilai 3 diberikan kepada klien yang dapat berjalan sendiri pada siang hari, tapi hanya dalam jarak pendek/dekat, dengan atau tanpa bantuan. Sebagian besar waktu dihabiskan di atas tempat tidur atau kursi.

Nilai 4 diberikan kepada klien yang dapat sering berjalan ke luar kamar sedikitnya 2 kali sehari dan di dalam kamar sedikitnya 1 kali tiap 2 jam selama terjaga.

4.Mobilisasi

Definisi: Kemampuan mengubah dan mengontrol posisi tubuh.

Pada subskala ini terdapat 4 (empat) tingkat nilai, yaitu; 1 adalah nilai terendah (risiko tinggi) dan 4 adalah nilai tertinggi (risiko rendah).

Nilai 1 diberikan pada klien dengan imobilisasi total. Tidak dapat melakukan perubahan posisi tubuh atau ekstremitas tanpa bantuan, walaupun hanya sedikit.

Nilai 2 diberikan kepada klien dengan keadaan sangat terbatas, yaitu klien dengan kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas, tapi tidak mampu melakukan perubahan yang sering dan berarti secara mandiri.

Nilai 3 diberikan kepada klien yang mobilisasinya agak terbatas, yaitu klien yang dapat dengan sering melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas secara mandiri.

Nilai 4 diberikan kepada klien yang tidak memiliki ketidakterbatasan dalam hal mobilisasi, yaitu keadaan klien dapat melakukan perubahan posisi yang bermakna dan sering tanpa bantuan.

5.Nutrisi

Definisi: Pola asupan makanan yang lazim.

Pada subskala ini terdapat 4 (empat) tingkat nilai, yaitu; 1 adalah nilai terendah (risiko tinggi) dan 4 adalah nilai tertinggi (risiko rendah).

Nilai 1 diberikan kepada klien dengan keadaan asupan gizi yang sangat buruk, yaitu klien dengan keadaan tidak pernah makan makanan lengkap. jarang makan lebih dari 1/3 porsi makanan yang diberikan. Tiap hari asupan protein (daging / susu) 2 x atau kurang. Kurang minum. Tidak makan suplemen makanan cair. **Atau** Puasa dan/atau minum air bening atau mendapat infus > 5 hari.

Nilai 2 diberikan kepada klien dengan keadaan mungkin kurang asupan nutrisi, yaitu klien dengan jarang makan makanan lengkap dan umumnya makan kira-kira hanya 1/2 porsi makanan yang diberikan. Asupan protein, daging dan susu hanya 3 kali sehari. Kadang-kadang mau makan makanan suplemen. **Atau** menerima kurang dari jumlah optimum makanan cair dari sonde (NGT).

Nilai 3 diberikan kepada klien dengan keadaan cukup asupan nutrisi, yaitu klien dengan keadaan makan makanan > 1/2 porsi makanan yang diberikan. Makan protein daging sebanyak 4 kali sehari. Kadang-kadang menolak makan, tapi biasa mau makan suplemen yang diberikan. **Atau** diberikan melalui sonde (NGT) atau regimen nutrisi parenteral yang mungkin dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan nutrisi.

Nilai 4 dinerika kepada klien yang baik asupan nutrisinya, yaitu klien dengan keadaan makan makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak makan. Biasa makan 4 kali atau lebih dengan protein (daging/susu). Kadang-kadang makan di antara jam makan. Tidak memerlukan suplemen.

6. Friksi dan Gesekan

Pada subskala ini terdapat 3 (tiga) tingkat nilai, yaitu; 1 adalah nilai terendah (risiko tinggi) dan 3 adalah nilai tertinggi (risiko rendah).

Nilai 1 diberikan pada klien dengan masalah, yaitu klien yang memerlukan bantuan sedang sampai maksimum untuk bergerak. Tidak mampu mengangkat tanpa terjatuh. Seringkali terjatuh ke atas tempat tidur atau kursi, sering membutuhkan maksimum untuk posisi kembali. Kejang, kontraktur atau agitasi menyebabkan friksi terus menerus.

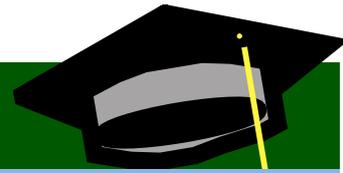
Nilai 2 diberikan kepada klien dengan masalah yang berpotensi, yaitu klien yang bergerak dengan lemah dan membutuhkan bantuan minimum. Selama bergerak kulit mungkin akan menyentuh alas tidur, kursi, alat pengikat atau alat lain. Sebagian besar mampu mempertahankan posisi yang relatif baik di atas kursi atau tempat tidur, tapi kadang-kadang jatuh ke bawah.

Nilai 3 diberikan kepada klien yang tidak memiliki masalah, yaitu klien yang bergerak di atas tempat tidur maupun kursi dengan mandiri dan mempunyai otot yang cukup kuat untuk mengangkat sesuatu sambil bergerak. Mampu mempertahankan posisi yang baik di atas tempat tidur atau kursi.

Nilai total pada skala Braden ini berada pada rentang 6-23, tergantung pada hasil penilaian perawat tersebut. Total nilai rendah menunjukkan risiko tinggi dekubitus, sehingga perlu pencegahan segera. Klien dewasa di rumah sakit dengan nilai 16 atau kurang dan klien lansia dengan 17 ataupun 18 dianggap berisiko.

Kegiatan Belajar 4

PENGAJIAN RESIKO PLEBITIS



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan pengkajian resiko plebitis
2. Menjelaskan proses pengkajian resiko dekubitus
3. Mendemonstrasikan proses pengkajian resiko dekubitus



PROSEDUR TINDAKAN

SKOR	KEADAAN AREA PENUSUKAN	PENILAIAN
0	Tempat suntikan tampak sehat	Tak ada tanda phlebitis
1	Salah satu dari berikut jelas : a.Nyeri area penusukan b.Adanya eritema di area penusukan	Mungkin tanda dini phlebitis
2	Dua dari berikut jelas : a.Nyeri area penusukan b.Eritema c.Pembengkakan	Stadium dini phlebitis
3	Semua dari berikut jelas : a.Nyeri sepanjang kanul b.Eritema c.Indurasi	Stadium moderat phlebitis
4	Semua dari berikut jelas : a.Nyeri sepanjang kanul b.Eritema	Stadium lanjut atau awal thrombophlebitis.

	c.Indurasi d.Venous chord teraba	
5	Semua dari berikut jelas : a.Nyeri sepanjang kanul b.Eritema c.Indurasi d.Venous chord teraba e.Demam	Stadium lanjut thrombophlebitis

Kegiatan Belajar 5

PENANGANAN TUMPAHAN INFEKSIOUS



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan penanganan tumpahan infeksius
2. Menjelaskan proses penanganan tumpahan infeksius
3. Mendemonstrasikan proses penanganan tumpahan infeksius



PROSEDUR TINDAKAN

Penangan Tumpahan Limbah B3

a. Prosedur Penanganan Tumpahan Sediaan Sitostatika

Membersihkan tumpahan dalam ruangan steril dapat dilakukan petugas tersebut atau meminta pertolongan orang lain dengan menggunakan *chemotherapy spill kit* yang terdiri dari:

Membersihkan tumpahan di luar BSC dalam ruang steril

- 1) Meminta pertolongan, jangan tinggalkan area sebelum diizinkan.
- 2) Beri tanda peringatan di sekitar area.
- 3) Siapkan spill kit
- 4) Petugas penolong menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)
- 5) Angkat partikel kaca dan pecahan-pecahan dengan menggunakan alat seperti sendok dan tempatkan dalam kantong buangan.
- 6) Serap tumpahan cair dengan kassa penyerap dan buang dalam kantong tersebut.
- 7) Serap tumpahan serbuk dengan handuk basah dan buang dalam kantong tersebut.
- 8) Cuci seluruh area dengan larutan detergen.
- 9) Bilas dengan *aquadest*.
- 10) Ulangi pencucian dan pembilasan sampai seluruh obat terangkat.
- 11) Tanggalkan *glove* luar dan tutup kaki, tempatkan dalam kantong pertama.
- 12) Tutup kantong dan tempatkan pada kantong kedua.

- 13) Tanggalkan pakaian pelindung lainnya dan sarung tangan dalam, tempatkan dalam kantong kedua.
- 14) Ikat kantong secara aman dan masukan dalam tempat penampung khusus untuk dimusnahkan dengan insenerator.
- 15) Cuci tangan.
- 16) Kejadian insiden tumpahan harus tercatat dan dilaporkan ke panitia K3RS

b. Membersihkan tumpahan di dalam BSC

- 1) Siapkan Spill Kit
- 2) Petugas menggunakan APD(sarung tangan, masker, sepatu, apron plastic, dll) dan lepaskan perhiasan tangan (jam, cincin dll)
- 3) Isolasi daerah tumpahan tersebut
- 4) Serap tumpahan dengan kassa untuk tumpahan cair atau handuk basah untuk tumpahan serbuk.
- 5) Tanggalkan sarung tangan dan buang, lalu pakai 2 pasang sarung tangan baru.
- 6) Angkat hati-hati pecahan tajam dan serpihan kaca sekaligus dengan alas kerja/meja/penyerap dan tempatkan dalam wadah buangan.
- 7) Cuci permukaan, dinding bagian dalam BSC dengan detergen, bilas dengan aquadestilata menggunakan *kassa*. Buang *kassa* dalam wadah pada buangan.
- 8) Ulangi pencucian 3 x.
- 9) Keringkan dengan kassa baru, buang dalam wadah buangan.
- 10) Tutup wadah dan buang dalam wadah buangan akhir.
- 11) Tanggalkan APD dan buang sarung tangan, masker, dalam wadah buangan akhir untuk dimusnahkan dengan insenerator.
- 12) Cuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun
- 13) Kejadian insiden tumpahan harus tercatat dan dilaporkan ke panitia K3RS

c. Prosedur Penanganan Tumpahan Bahan Kimia

- 1) Evakuasi area
- 2) Dekontaminasi mata dan kulit
- 3) Laporkan kepada penanggung jawab kedaruratan
- 4) Tentukan jenis tumpahan
- 5) Evakuasi semua orang yang tidak terlibat
- 6) Berikan pertolongan pertama terhadap korban
- 7) Amankan area terkontaminasi
- 8) Sediakan pakaian pelindung sesuai kebutuhan
- 9) Batasi penyebaran tumpahan
- 10) Netralisasi atau disinfeksi tumpahan

- 11) Kumpulkan semua tumpahan dan materi terkontaminasi
- 12) Dekontaminasi aatau disinfeksi area
- 13) Bilas area dan keringkan
- 14) Dekontaminasi semua alat yang telah digunakan
- 15) Lepaskan alat pelindung, kemudian didekontaminasi
- 16) Cari pertolongan medis bagi korban selama proses pembersihan
- 17) Kejadian insiden tumpahan harus tercatat dan dilaporkan ke panitia K3RS

d. Prosedur Penanganan Limbah Laboratorium

- 1) Petugas atau peneliti menggunakan sarung tangan dan masker bila perlu sebelum penanganan limbah
- 2) Membersihkan dengan air, dicampur sabun pembersih untuk limbah berupa tumpahan bahan kimia di area kerja kemudian di pel atau di lap sampai bersih dan kering
- 3) Membuang langsung ke wastafel untuk cairan yang mudah larut dalam air dengan dibilas menggunakan kran mengalir sedangkan untuk cairan yang bersifat asam atau basa perlu dinetralkan terlebih dahulu sebelum dibuang
- 4) Media agar yang sebelumnya ditumbuhi bakteri, plastik, botol, peralatan yang terkontaminasi, dan vaksin disterilisasi terlebih dahulu dengan Auoclave pada suhu 121°C selama 15 menit kemudian dimasukkan dalam kantong plastik untuk selanjutnya dibuang ke tempat pembuangan
- 5) Membuang langsung ke tempat sampah untuk tisu, kertas, botol dan limbah tidak berbahaya atau tidak terkontaminasi mikroorganisme
- 6) Cuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun
- 7) Kejadian insiden tumpahan harus tercatat dan dilaporkan ke panitia K3RS

e. Prosedur Pembersihan Tumpahan Kultur dan Sampel Patogen di Laboratorium

- 1) Siapkan Spill Kit
- 2) Petugas menggunakan APD(sarung tangan, masker, sepatu, apron plastic, dll) dan lepaskan perhiasan tangan (jam, cincin dll)
- 3) Isolasi area tumpahan tersebut.
- 4) Tumpahan jangan dibersihkan dengan kain melainkan dengan kertas penyerap dan dibuang ke tempat pembuangan limbah klinis.
- 5) Tempat bekas tumpahan dibersihkan dengan 2 – 2,5% sodium hipoklorida, dibiarkan 1 jam, lalu dibersihkan lagi dengan kertas penyerap.
- 6) Untuk menangani wadah yang terkontaminasi mikroba, minta petunjuk kepada yang lebih ahli atau ikuti prosedur penanganan limbah insiden di laboratorium.
- 7) Masukkan semua sampah ke plastik sampah medis dan angkut ke TPS B3
- 8) Petugas mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun.

9) Laporkan ke PK3RS

f. Prosedur Penanganan Tumpahan Zat Radioaktif

- 1).Perlengkapan untuk menangani tumpahan zat radioaktif (*decontamination kit*) seperti APD, kain serap/diapers, cairan pendekontaminasi (contoh : *radiacwash, iodowash*), kantong plastik, wadah penampung limbah radioaktif, detektor dan monitor radiasi, tanda radiasi, dan lainnya harus tersedia di unit kerja yang menggunakan zat radioaktif cair
- 2).Penanganan tumpahan zat radioaktif harus dalam pengawasan petugas proteksi radiasi / petugas penanganan limbah radioaktif
- 3).Petugas yang menangani tumpahan zat radioaktif harus menggunakan APD yang lengkap sesuai prosedur seperti jas lab, masker, *head cover*, sarung tangan karet dan lainnya
- 4).Bila terjadi tumpahan zat radioaktif, petugas harus segera mengisolasi daerah tersebut dan memberi tanda radiasi agar orang tidak lalu lalang di daerah tersebut.
- 5).Bersihkan tumpahan dengan cara menyerapnya menggunakan kain serap.
- 6).Ukur tingkat kontaminasi lantai menggunakan alat ukur kontaminasi permukaan
- 7). Jika tingkat kontaminasi melebihi 1 Bq/cm^2 , lakukan langkah-langkah sebagai berikut :
 - dekontaminasi lantai menggunakan cairan pendekontaminasi (contoh : *radiacwash, iodowash*) dan cairan pembersih lainnya sampai tingkat kontaminasi lantai $\leq 1 \text{ Bq/cm}^2$
 - jika dalam jangka waktu lama tingkat kontaminasi permukaan tidak mencapai $\leq 1 \text{ Bq/cm}^2$, lakukan tindakan pembersihan (*clean-up*). Hasil *clean-up* harus dikelola sebagai limbah radioaktif.
- 8). Kain serap dan bahan lain yang terkena tumpahan zat radioaktif harus diperlakukan sebagai limbah radioaktif
- 9). Cuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun
- 10). Kejadian insiden tumpahan harus tercatat dan dilaporkan ke panitia K3RS

g. Prosedur Penanganan Tumpahan darah

Tumpahan darah harus dinilai dan ditangani segera. Waktu membersihkan ceceran darah:

- 1) Siapkan Spill Kit
- 2) Petugas menggunakan APD(sarung tangan, masker, sepatu, apron plastic, dll) dan lepaskan perhiasan tangan (jam, cincin dll)
- 3) Isolasi area tumpahan tersebut.
- 4) Bahan penyerap seperti lap kertas, kain atau serbukergaji, harus digunakan untuk Menyerap darah atau cairan tubuh
- 5) semua bahan harus disimpan dalam kantong sampah yang anti bocor setelah digunakan
- 6) daerah tersebut kemudian harus dibersihkan dan disinfeksi menggunakan bahan disinfeksi yang sesuai

- 7) tumpahan besar dapat disiram dengan air oleh pekerja yang menggunakan pakaian pelindung
- 8) Cuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun
- 9) Kejadian insiden tumpahan harus tercatat dan dilaporkan ke panitia K3RS

h. Prosedur Penanganan Tumpahan Merkuri

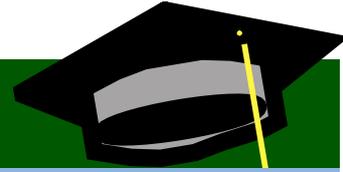
- 1) Siapkan Spill Kit
- 2) Petugas menggunakan APD(sarung tangan, masker, sepatu, apron plastic, dll) dan lepaskan perhiasan tangan (jam, cincin dll)
- 3) Matikan kipas, AC di sekitar spill (utk mengurangi kecepatan penguapan dan penyebarannya)
- 4) Ambil spuit(tanpa jarum) dan sedot kedalam spuit tsb
- 5) Tutup area spill mercury dengan tissue atau serbuk sulfur untuk mengikat merkuri yang tersisa
- 6) Biarkan spill terserap, dan serok dengan sendok khusus dan masukkan kedalam kantong plastic kuning kirim ke TPS B3
- 7) Petugas mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun.
- 8) Laporkan ke PK3RS

i. Prosedur Penanganan Tumpahan asam dan basah

- 1) Siapkan Spill Kit
- 2) Petugas menggunakan APD(sarung tangan, masker, sepatu, apron plastic, dll) dan lepaskan perhiasan tangan (jam, cincin dll)
- 3) Isolasi area tumpahan tersebut.
- 4) Kemudian dinetralkan dengan soda atau NaHCO_3 dan bubuhkan koran.
- 5) Kemudian bersihkan dan lakukan pengepulan
- 6) Masukkan semua sampah ke plastik sampah medis dan angkut ke TPS B3
- 7) Petugas mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan pakai sabun.
- 8) Laporkan ke PK3RS

Kegiatan Belajar 6

ETIKA BATUK / BERSIN



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan etika batuk/bersin
2. Menjelaskan proses etika batuk/bersin
3. Mendemonstrasikan proses etika batuk/bersin



PROSEDUR TINDAKAN

Lindungi diri saat batuk atau bersin :

- Tutup hidung dan mulut anda dengan tisseu saat bersin atau batuk , atau ...
- Tutup hidung dan mulut anda dengan lengan anda buka dengan telap tangan, saat bersin atau batuk
- Gunakan masker yang menutup hidung
- Buanglah tissue setelah digunakan ke tempat sampah
- Cuci tangan anda segera dengan air mengalir dan sabun
- Bersihkan tangan anda dengan alkohol hand rub.

Kegiatan Belajar 7

PEMAKAIAN APD



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan alat pelindung diri
2. Menjelaskan proses pemakaian alat pelindung diri
3. Mendemonstrasikan proses pemakaian alat pelindung diri



PROSEDUR TINDAKAN

APD (Alat Pelindung diri) adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya dari adanya kemungkinan potensi bahaya atau kecelakaan kerja.

Secara teknis APD tidaklah secara sempurna dapat melindungi tubuh tetapi akan dapat meminimaliasi tingkat keparahan kecelakaan atau keluhan / penyakit yang terjadi. Dengan kata lain, meskipun telah menggunakan APD upaya pencegahan kecelakaan kerja secara teknis, teknologis yang paling utama.

Alat Pelindung diri (APD) adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang dalam pekerjaan yang fungsinya mengisolasi tubuh tenaga kerja dari bahaya di tempat kerja. APD dipakai apabila usaha rekayasa (engineering) dan cara kerja yang aman (work praktis) telah maksimum. Dalam penggunaan APD masih memiliki beberapa kelemahan seperti:

- a. Kemampuan perlindungan yang tidak sempurna
- b. Tenaga kerja tidak merasa aman
- c. Komunikasi terganggu

Adapun jenis – jenis Alat Pelindung diri yang digunakan yaitu :

- a. Alat pelindung kepala
 - Topi pengaman (safety helmet), untuk melindungi kepala dari benturan atau pukulan benda – benda

- Topi / Tudung, untuk melindungi kepala dari api, uap, debu, kondisi iklim yang buruk.
 - Tutup kepala, untuk melindungi kebersihan kepala dan rambut
- b. Alat pelindung telinga
- Sumbat telinga (ear plug)
 - Tutup telinga (ear muff)
- c. Alat pelindung muka dan mata (face shield)
- Kaca mata biasa
 - Goggles
- d. Alat perlindungan pernafasan
- Respirator yang sifatnya memurnikan udara
 - Respirator yang dihubungkan dengan supply udara bersih
 - Respirator dengan supply oksigen
- e. Pakaian kerja
- Pakaian kerja khusus untuk pekerjaan dengan sumber – sumber bahaya tertentu seperti :
- Terhadap radiasi panas
 - Terhadap radiasi mengion
 - Terhadap cairan dan bahan – bahan kimia

Pakaian pelindung dipakai pada tempat kerja tertentu misalnya Apron (penutup / menahan radiasi), yang berfungsi untuk menutupi sebagian atau seluruh badan dari panas, percikan api, pada suhu dingin, cairan kimia, oli, dari gas berbahaya atau beracun, serta dari sinar radiasi.

- f. Tali / sabuk Pengaman
- Berguna untuk melindungi tubuh dari kemungkinan terjatuh, biasanya digunakan pada pekerjaan konstruksi dan memanjat serta tempat tertutup atau boiler
- g. Sarung Tangan
- Fungsinya melindungi tangan dan jari – jari dari api, panas, dingin, radiasi, listrik, bahan kimia, benturan dan pukulan, lecet dan infeksi.
- h. Pelindung kaki
- Fungsinya untuk melindungi kaki dari tertimpah benda – benda berat, terbakar karena logam cair, bahan kimia, tergelincir, tertusuk.

	KONTAK	AIRBORNE	DROPLET
APD	Sarung tangan dan cuci tangan: - Memakai sarung tangan bersih non steril, lateks saat masuk ke ruang pasien.	Masker: - Dipakai bila bekerja dalam radius	Perlindungan saluran napas: - Memakai masker respirator (N95) saat masuk ruangan

	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti sarung setelah kontak dengan bahan infeksius (feses, cairan drain). - Melepaskan sarung tangan sebelum keluar dari kamar pasien dan cuci tangan dengan antiseptic. <p>Gaun:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memakai gaun bersih, tidak steril saat masuk ruang pasien untuk melindungi baju dari kontak dengan pasien, permukaan lingkungan, barang di ruang pasien, cairan diare pasien, ileostomy, colostomy, luka terbuka. - Lepaskan gaun sebelum keluar ruangan. - Jaga agar tidak ada kontaminasi silang ke lingkungan dan pasien lain. 	<p>1 m terhadap pasien, saat kontak erat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masker seyogyanya melindungi hidung dan mulut. - Dipakai saat memasuki ruang rawat pasien dengan infeksi saluran nafas. 	<p>pasien atau suspek TB paru.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orang yang rentan seharusnya tidak boleh masuk ruang pasien yang diketahui atau suspek campak, cacar air kecuali petugas yang telah imun. - Bila terpaksa harus masuk maka harus menggunakan masker respirator untuk pencegahan. - Orang yang pernah sakit campak atau cacar air tidak perlu memakai masker. - Masker bedah, Sarung tangan, Gaun, Goggle Bila melakukan tindakan dengan kemungkinan timbul koloid yang mengandung partikel-partikel padat atau cairan yang sangat halus (aerosol).
--	--	--	--

Kegiatan Belajar 8

CARA BEKERJA DI RUANG ISOLASI



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan cara bekerja di ruang isolasi
2. Menjelaskan proses cara bekerja di ruang isolasi
3. Mendemonstrasikan proses bekerja di ruang isolasi



PROSEDUR TINDAKAN

A. DEFINISI ISOLASI

Definisi Isolasi adalah segala usaha pencegahan penularan/penyebaran kuman pathogen dari sumber infeksi (petugas, pasien, pengunjung) ke orang lain.

Sesuai dengan rekomendasi WHO dan CDC tentang kewaspadaan isolasi untuk pasien dengan penyakit infeksi airborne yang berbahaya seperti H5N1, kewaspadaan yang diperlukan meliputi:

1. Kewaspadaan standar Perhatikan kebersihan tangan dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun alat-alat yang terkontaminasi secret pernapasan.
2. Kewaspadaan kontak - Gunakan sarung tangan dan gaun pelindung selama kontak dengan pasien - Gunakan peralatan terpisah untuk setiap pasien, seperti stetoskop, termometer, tensimeter, dan lain-lain.
3. Perlindungan mata Gunakan kaca pelindung atau pelindung muka, apabila berada pada jarak 1 meter dari pasien
4. Kewaspadaan airborne Tempatkan pasien di ruang isolasi airborne, gunakan masker N95 bila memasuki ruang isolasi

B. RUANG LINGKUP

1. Penggunaan kamar isolasi diterapkan kepada semua pasien rawat inap yang mengidap penyakit infeksi yang menular yang dianggap mudah menular dan berbahaya
2. Pelaksanaan panduan ini adalah semua elemen rumah sakit beserta pasien dan keluarga

C. PRINSIP

1. Setiap pasien dengan penyakit infeksi menular dan dianggap berbahaya dirawat di ruang terpisah dari pasien lainnya yang mengidap penyakit bukan infeksi
2. Penggunaan alat pelindung diri (APD) diterapkan kepada setiap pengunjung dan petugas kesehatan terhadap pasien yang dirawat di kamar isolasi
3. Pasien yang rentan infeksi seperti pasien luka bakar, pasien dengan penurunan system imun dikarenakan pengobatan atau penyakitnya, dirawat di ruang (terpisah) isolasi rumah sakit
4. Pasien yang tidak termasuk kriteria di atas dirawat di ruang rawat biasa
5. Pasien yang dirawat di ruang isolasi, dapat dipindahkan ke ruang rawat inap biasa apabila telah dinyatakan bebas dari penyakit atau menurut petunjuk dokter penanggung jawab pasien.

D. KEWAJIBAN DAN TANGGUNG JAWAB

1. Seluruh staff rumah sakit
 - Mematuhi peraturan yang ditetapkan di kamar isolasi
2. Perawat instalasi rumah sakit
 - a. Melakukan pelayanan kesehatan terhadap pasien di kamar isolasi
 - b. Menjaga terlaksananya peraturan ruang isolasi yang ditetapkan
 - c. Mencegah terjadinya infeksi terhadap pengunjung kamar isolasi atau pasien yang dirawat di kamar isolasi
3. Dokter penanggung jawab pasien
 - a. Menetapkan diagnose pasien dan menentukan apakah pasien memerlukan perawatan di ruang isolasi
 - b. Memastikan pasien membutuhkan perawatan di ruang isolasi mendapat perawatan secara benar
4. Kepala instalasi/kepala ruangan
 - a. Memastikan peraturan di ruang isolasi terlaksana dengan baik
 - b. Mengidentifikasi setiap kelalaian yang timbul dalam ruang isolasi dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insiden tersebut
5. Direktur
 - a. Memantau dan memastikan peraturan di ruang isolasi terlaksana dengan baik

- b. Menetapkan kebijakan untuk mengembangkan atau menagtasisetiap masalah yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan perawatan pasien di ruang isolasi

E. TUJUAN PANDUAN RUANG ISOLASI

Tujuan umum Sebagai pedoman bagi manajemen rumah sakit untuk dapat melaksanakan isolasi pada pasien dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit Tujuan khusus

1. Sebagai pedoman pelaksanaan isolasi pada pasien yang merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam mencegah infeksi nosocomial
2. Mencegah terjadinya infeksi pada petugas kesehatan
3. Mencegah terjadinya infeksi pada pasien rawat inap atau pasien dengan penurunan daya tahan tubuh

F. TATA LAKSANA

1. Syarat kamar isolasi
 - a. Lingkungan harus tenang
 - b. Sirkulasi udara harus baik
 - c. Penerangan harus cukup baik
 - d. Bentuk ruangan sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk observasi pasien dan pembersihannya
 - e. Tersedianya toilet dan kamar mandi
 - f. Kebersihan lingkungan harus dijaga
 - g. Tempat sampah harus tertutup
 - h. Bebas dari serangga
 - i. Tempat alat tenun kotor harus ditutup
 - j. Urinal dan pispot untuk pasien harus dicuci dengan memakai disinfektan
2. Ruang perawatan isolasi ideal terdiri dari:
 - a. Ruang ganti umum
 - b. Ruang bersih dalam
 - c. Stasi perawat
 - d. Ruang rawat pasien
 - e. Ruang dekontaminasi
 - f. Ruang Kamar mandi petugas

G. KRITERIA RUANG PERAWATAN ISOLASI KETAT YANG IDEAL

1. Perawatan isolasi (isolation room)
 - a. Zona pajanan primer /pajanan tinggi
 - b. Pengkondisian udara masuk dengan open circulation system

- c. Pengkondisian udara keluar melalui vaccum luminar air suction system
 - d. Air sterilizer system dengan burning dan filter
 - e. Modular minimal= 3 x 3 m²
2. Ruang kamar mandi perawatan isolasi (isolation rest room)
 - a. Zona pajanan sekunder /pajanan sedang
 - b. Pengkondisian udara masuk dengan open circulation system
 - c. Pengkondisian udara keluar melalui vaccum luminar air suction system
 - d. Modular minimal= 1,50 x 2,50 m²
3. Ruang bersih dalam (ante room/foyer air lock)
 - a. Zona pajanan sekunder /pajanan sedang
 - b. Pengkondisian udara masuk dengan AC open circulation system
 - c. Pengkondisian udara keluar ke arah inlet saluran buang ruang rawat isolasi
 - d. Modular minimal= 3 x 2,50 m²
4. Area sirkulasi (circulation corridor)
 - a. Zona pajanan tersier /pajanan rendah/ tidak terpajan
 - b. Pengkondisian udara masuk dengan AC open circulation system
 - c. Pengkondisian udara keluar dengan system exhauster
 - d. Modular minimal= 2,40 m²
5. Ruang stasi perawat (nurse station)
 - a. Zona pajanan tersier /pajanan rendah/tidak terpajan
 - b. Pengkondisian udara masuk dengan AC open circulation system
 - c. Pengkondisian udara keluar dengan system exhauster
 - d. Modular minimal= 2 x 1,5 m² / petugas (termasuk alat)
6. Syarat petugas yang bekerja di kamar isolasi
 - a. Cuci tangan sebelum meninggalkan kamar isolasi
 - b. Lepaskan barrier nursing sebelum keluar kamar isolasi
 - c. Berbicara seperlunya
 - d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
 - e. Penggunaan barrier nursing seperti pakaian khusus, topi, masker, sarung tangan dan sandal khusus
 - f. Cuci tangan sebelum masuk kamar isolasi
 - g. Kuku harus pendek
 8. Tidak memakai perhiasan
 - h. Pakaian rapi dan bersih
 - i. Mengetahui prinsip aseptic/antiseptic
 - j. Harus sehat
7. Alat-alat
 - a. Alat-alat yang dibutuhkan cukup tersedia

- b. Selalu dalam keadaan steril
- c. Dari bahan yang mudah dibersihkan
- d. Alat suntik bekas dibuang pada tempat tertutup dan dimusnahkan
- e. Alat yang tidak habis pakai dicuci dan disterilkan kembali
- f. Alat tenun bekas dimasukkan dalam tempat tertutup

H. PROSEDUR KELUAR RUANG PERAWATAN ISOLASI

1. Perlu disediakan ruang ganti khusus untuk melepaskan alat perlindungan diri (APD)
2. Pakaian bedah/masker tetap dipakai
3. Lepaskan pakaian bedah dan masker di ruang ganti pakaian umum, masukkan dalam kantung binatu berlabel infeksius
4. Mandi dan cuci rambut (keramas) 25
5. Sesudah mandi kenakan pakaian biasa
6. Pintu keluar dari ruang perawatan isolasi harus terpisah dari pintu masuk

Kegiatan Belajar 9

DESINFEKSI DAN STERILISASI



🕒 170 Menit



KEMAMPUAN AKHIR YANG DICAPAI (KOGNITIF, AFFEKTIF, DAN PSIKOMOTOR)

Setelah Anda menyelesaikan kegiatan belajar 1, selama 1 x 170 menit praktika di laboratorium, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan desinfeksi dan sterilisasi
2. Menjelaskan proses desinfeksi dan sterilisasi
3. Mendemonstrasikan proses desinfeksi dan sterilisasi



PROSEDUR TINDAKAN

A. DESINFEKSI

1. Definisi Desinfeksi

Desinfeksi suatu proses untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme patogen, dengan perkecualian spora bakteri dari suatu benda mati (Rutata, 1996). Desinfektan secara umum dapat dilakukan menggunakan cara fisik dengan pemanasan suhu 75-100°C atau kimiawi (cairan kimia) (Depkes, 2002). Setiap proses desinfeksi harus selalu didahului dengan proses dekontaminasi atau pencucian yang memadai, karena proses ini akan menghilangkan sebagian besar kuman yang terdapat pada permukaan benda dan sisa kuman yang sedikit akan lebih mudah dibutuhkan oleh zat bahan desinfektan.

Menurut Rutata (1996), pada saat ini telah banyak jenis desinfektan yang beredar dan digunakan pada perawatan pasien, diantaranya adalah alkohol, klorin dan senyawanya. Hydrogen peroksida, iodorof, fenolik dan senyawa ammonium kwartener. Desinfektan ini tidak dapat saling ditukarkan satu dengan yang lainnya dalam penggunaan, yang disebabkan karakteristik kerjanya yang spesifik. Oleh karena itu pemakaian harus dapat memilih desinfektan yang sesuai dan menggunakan secara aman dan efisien.

2. Cara Melakukan Desinfeksi

Desinfeksi berarti mematikan atau menyingkirkan organisme yang dapat menyebabkan infeksi. Desinfeksi biasanya dilakukan dengan menggunakan zat – zat kimia seperti fenol, formaldehide, klor, iodium atau sublimat. Pada umumnya disinfeksi dimaksudkan untuk mematikan sel –sel vegetatif yang lebih sensitif tetapi bukan spora – spora tahan panas.(Irianto 2007).

Sistem yang paling sering digunakan adalah pedoman Centers for Disease Control and Prevention (CDC) yang diterbitkan pada taun 1981 dan 1985 mengenai pencucian tangan dan pengendalian lingkungan rumah sakit. Sistem ini terdiri atas tiga tingkat :

a. Desinfeksi tingkat tinggi

Desinfeksi tingkat tinggi adalah suatu proses yang mengeliminasi semua organisme kecuali sebagian besar populasi endospora bakteri. Sebagian desinfektan tingkat tinggi juga dapat digolongkan sebagai sterilant apabila kontak berkepanjangan dapat membunuh semua endospora bakteri.

b. Desinfeksi tingkat sedang

Desinfeksi tingkat sedang menyebabkan inaktivasi bakteri vegetatif, termasuk mikrobakterium (*Mycobacterium tuberculosis*), sebaian besar virus dan sebagian besar jamur, tetapi tidak membunuh spora bakteri. Desinfeksi tingkat rendah dan sedang digunakan untuk permukaan dan alat – alat nonkritis dalam pelayanan kesehatan.

c. Desinfeksi tingkat rendah

Desinfeksi tingkat rendah membunuh semua bakteri vegetatif serta sebagian virus dan jamur, tetapi tida diharapkan mampu membunuh mikrobakterium atau spora. Terdapat berbagai metode dalam melakukan desinfeksi, sebagai berikut:

1) Metode Pengepelan

Cara desinfeksi ini menggunakan bahan desinfektan yang dicairkan ke dalam air, dan dilaukan dengan cara membasahi lantai. Keunggulan dari cara ini efektif dalam menurunkan angka kuman lantai, dan dapat menjangkau seluruh sudut ruangan lantai. Akan tetapi cara ini mempunyai kelemahan yaitu dapat mencelakai siapapun yang tida berhati – hati melewati bagian yang basah, sehingga memerlukan waktu yang relatif lama untuk kering.

2) Metode Pengkabutan (Fogging)

Cara desinfeksi ini sering sekali dilakukan di berbagai sarana kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit di Indonesia. Desinfeksi ini menggunakan bahan desinfektan, dan dengan metode pengkabutan ruangan menggunakan fogger. Keunggulan dari cara ini adalah dapat menjangkau seluruh ruangan dan sudut ruang. Bahan desinfektan yang berupa kabut dapat membunuh mikroorganisme di

udara, dinding ataupun lantai. Akan tetapi kelemahan dari cara ini, dapat menimbulkan noda atau bercak pada dinding, dan petugas harus terpapar langsung.

3) Ozonisasi

Cara sterilisasi ini menggunakan gas O₃ yang dikeluarkan dari alat tersebut. Gas ini dapat menurunkan kuman udara dengan variasi waktu yang diinginkan. Alat ini dapat menjangkau semua sudut ruangan, namun alat ini hanya dapat membunuh kuman non pathogen.

3. Desinfektan

Desinfektan adalah bahan yang digunakan untuk melaksanakan disinfeksi. Seringkali sebagai sinonim digunakan istilah antiseptik, tetapi pengertian disinfeksi dan desinfektan biasanya ditujukan terhadap benda – benda mati, seperti lantai, piring, pakaian (Irianto 2007). Jenis desinfektan ini dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Desinfektan kimia

Penggunaan desinfektan kimia dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan dampak negatif, karena dalam penggunaannya, bahan kimia dapat meninggalkan residu yang berpotensi untuk mengganggu kesehatan (Wastiti et al. 2017). Untuk itu, perlu mencari alternatif lain yaitu dengan memanfaatkan tanaman atau disebut dengan desinfektan nabati.

b. Desinfektan nabati

Desinfektan nabati ini tidak menimbulkan residu karena terbuat dari bahan yang ada di alam sehingga mudah menguap.

B. STERILISASI

1. Definisi sterilisasi

Suatu tindakan untuk membunuh kuman pathogen dan apatogen beserta sporanya pada peralatan perawatan dan kedokteran dengan cara merebus, stoom, panas tinggi atau menggunakan bahan kimia.

2. Tujuan

Untuk menjamin kualitas alat kesehatan, laboratorium dan linen dalam keadaan steril dan aman digunakan.

3. Persiapan alat dan bahan

- a. Sterilisator kering yang terhubung dengan aliran listrik 1 buah.
- b. Sterilisator basah atau autoclave 1 buah.
- c. Sterilisator panas kering (OVEN)
- d. Larutan hypochlorite/klorin 0,5%.

- e. Sarung tangan 1 pasang.
- f. Sikat
- g. Baskom
- h. Handuk kering

4. Indikasi

Petugas kesehatan

5. Kontraindikasi

Tidak ada

6. Hal-hal yang harus di perhatikan

Prosedur kerja

a. Dekontaminasi

- Memakai sarung tangan (Lihat SOP Memakai dan Melepas Handscoen).
- Menyiapkan bak perendaman yang diisi dengan larutan klorin 0,5 % dengan cara :
Mencampur 1 sendok makan kaporit dengan 1 liter air.
- Mengaduk larutan sampai terlarut.
- Memasukan alat – alat kesehatan yang sudah terpakai dan bisa digunakan lagi kedalam bak perendaman dengan cara :
- Memasukan satu persatu alat kesehatan kedalam bak perendaman klorin 0,5% dengan korentang.
- Biarkan selama kurang lebih 10 menit.

b. Pencucian dan pembilasan

- Membuka kran air dengan cara memutar searah jarum jam (model kran bukan putaran)
- dengan tangan kanan.
- Mengambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam, seperti gunting dan jarum jahit). Agar tidak merusak benda – benda yang terbuat dari plastik atau karet, jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan dari logam atau kaca.
- Bila memungkinkan gunakan bak perendaman yang berbeda caranya dengan mengambil satu persatu alkes atau peralatan laboratorium yang sudah didekontaminasi dengan korentang.
- Mencuci dengan hati-hati semua benda tajam atau yang terbuat dari kaca dengan cara :

1. Menggunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran dengan cara : menyikat dengan perlahan, searah dan berulang-ulang di bawah air mengalir sampai sisa darah dan kotoran bersih di semua permukaan.
2. Membuka engsel, gunting dan klem dengan cara memutar skrup secara perlahan ke kiri sampai terlepas.
3. Menyikat dengan seksama terutama pada bagian sambungan dan sudut peralatan dengan cara : menyikat dengan perlahan, searah dan berulang-ulang di bawah air mengalir sampai tidak tampak noda darah atau kotoran.
4. Memastikan sudah tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal pada peralatan dengan cara melihat dengan membolak balik di bawah penerangan yang cukup terang.
5. Mengulangi prosedur di atas setiap benda sedikitnya tiga kali (atau lebih bila perlu) dengan air dan sabun atau detergen.
 - Membilas benda-benda tersebut dengan air bersih dengan cara
 - Mengambil satu persatu alkes dan peralatan laboratorium.
 - Membilas satu persatu di bawah air mengalir.
 - Mengulangi prosedur tersebut untuk benda- benda lain. Jika peralatan akan didesinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalkan dalam larutan klorin 0,5%), tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum mulai proses (DTT) dengan cara :
 - Menyiapkan baki yang bersih dan kering.
 - Ambil alat satu-persatu sesuai dengan jenisnya (mis : tabung reaksi dengan tabung reaksi, beaker glass dengan beaker glass).
 - Peralatan yang akan di desinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus /rebus, atau di sterilisasi di dalam autoclave/oven panas kering, tidak perlu dikeringkan dulu sebelum proses sterilisasi dimulai.
 - Selagi masih menggunakan sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun, kemudian bilas dengan seksama menggunakan air bersih dengan cara :
 - a. Meletakkan tangan yang masih bersarung tangan di bawah air mengalir.
 - b. Mengambil sabun.
 - c. Menggosokkan kedua tangan dengan sabun sampai bersih.
 - Melepas sarung tangan (lihat SOP memasang dan melepas handscoon).
 - Menggantungkan sarung tangan dan biarkan kering
 - Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir (lihat SOP mencuci tangan).

7. Sterilisasi Instrument

- a. Sterilisasi Panas Kering (Oven)

- 1) Membuka pintu oven dan meletakkan alat-alat yang akan disterilisasi dengan rapi. Bila memungkinkan letakkan dalam nampan sesuai dengan klasifikasi penggunaannya (misal : heating set, partus set, THT set dan lain-lain) dengan cara : Menyusun alat yang akan disterilkan dalam bak instrument tertutup dengan posisi yang sama (searah).
 - 2) Memasukkan bak instrumen yang telah disusun ke dalam oven.
 - 3) Menutup pintu oven dengan cara : Memastikan semua peralatan sudah masuk dengan benar. Menutup pintu oven dengan rapat.
 - 4) Tunggu sampai suhu mencapai 1700 C dan biarkan selama 60 menit.
 - 5) Setelah selesai, tunggu sampai suhu turun, buka pintu oven, keluarkan alat-alat yang sudah steril dengan menggunakan korentang steril dengan cara : Menunggu sekitar 15 menit setelah lampu indikator mati, membuka pintu oven pelan-pelan, mengeluarkan alat yang telah disterilkan dengan korentang.
 - 6) Untuk mendinginkan peralatan steril dilarang membuka bungkus atau tutupnya.
- b. Sterilisasi Menggunakan Autoclave
- 1) Menuangkan air suling secukupnya ke dalam autoclave.
 - 2) Menuang air suling sampai batas tertentu ke dalam autoclave.
 - 3) Menata tabung reaksi atau peralatan gelas lain di dalam wadah aluminium bagian dalam sedemikian rupa hingga tersedia ruangan untuk Bergeraknya uap air secara bebas diantara alat-alat selama sterilisasi, letakkan wadah ke dalam autoclave dengan cara : tabung reaksi diambil satu-persatu dengan korentang, kemudian disusun di dalam wadah aluminium yang sudah terdapat di dalam autoclave dengan jarak minimal 0,5 cm dengan alat yang lain.
 - 4) Meletakkan tutup sterilisator pada tubuh sterilisator dan meletakkan baut-baut penahan ke atas tempat yang sesuai dengan tutup sterilisator, kemudian kencangkan masing-masing murnya secara bersama pada tempat yang berlawanan dengan cara : memutar baut pada sudut yang bersilangan dan diputar ke arah kanan, baru pada dua baut pada sisi sebelahnya ke arah kanan sampai erat dan tidak bisa diputar lagi.
 - 5) Membuka pengatur klep pengaman, dalam keadaan terbuka penahan tersebut letaknya lurus. Pasang pemanasnya. Uap yang terbentuk pada dasar sterilisator akan mengalir ke atas diseperti wadah bagian dalam dan kemudian ke bawah diantara labu-labu dan tabung-tabung ke dasar wadah, memaksa keluarnya udara dari dasar ke atas melalui tabung pengeluran fleksibel dan klep pengaman.
 - 6) Bila uap air mulai keluar dengan deras (menimbulkan bunyi mendesis) tutuplah klep pengaman dengan cara mendorong pengaturannya ke bawah sehingga posisinya mendarat. Tekanan dalam sterilisator akan naik dan dapat dibaca pada alat pengukur tekanan.
 - 7) Mempertahankan tekanan pada suhu 1210C, dengan cara mengurangi pemanasan seperlunya untuk mempertahankan tekanan tersebut dengan cara : mengecek tekanan dan suhu pada alat penunjuk suhu dan tekanan. Menyeterilkan media dan peralatan dengan cara

mempertahankan tekanan 1 atm selama 15-20 menit dengan cara : membiarkan alat bekerja selama 15-20 menit sambil terus diawasi pada tekanan 1 atm.

- 8) Mengawasi tekanan selama proses sterilisasi dengan cara :mengawasi angka yang tertera pada penunjuk tekanan.
- 9) Mematikan pemanasan dan tunggulah sampai tekanan kembali nol dengan cara : mematikan alat dengan cara mencabut steker listrik dan mendinginkannya selama 15 menit sambil dibuka penutupnya.
- 10) Bila alat penunjuk tekanan sudah mencapai nol dan suhu telah turun sampai jauh di bawah 1000C, bukalah pengatur klep pengaman dengan cara meluruskannya untuk mengeluarkan sisa uap yang tertinggal di dalam. Kendurkan mur, lepaskan baut –bautnya dan angkat tutupnya.
- 11) Membuang air yang tersisa di dalam sterilisator dan keringkan baikbaik semua bagiannya dengan cara : menunggu sampai alatnya dingin kemudian membersihkan air yang tersisa sebanyak kurang lebih 1 cm dengan lap yang bersih sampai kering.

c. Penyimpanan Istrument

- 1) Alat yang sudah disteril dikeluarkan dari autoclave atau sterilisasi panas kering.
- 2) Kemudian alat steril tersebut dimasukkan ke dalam lemari kaca di ruang penyimpanan alat steril sesuai dengan tempat set yang sudah disediakan. Kassa dimasukkan ke dalam lemari kassa, tromol di simpan dimeja instrumen.
- 3) Setiap hari alat dicek tanggal kadaluarsanya jika sudah melewati tanggal kadaluarsa alat disterilkan kembali.
- 4) Pintu lemari/ruang steril harus selalu dalam keadaan tertutup
- 5) Petugas yang tidak berkepentingan tidak diperkenankan masuk pada daerah alat-alat steril.
- 6) Catatan : Suhu ruangan 18°C – 22°C, Kelembaban 35 % - 75 % dan tekanan udara ruangan positif.

8. Pemakaian Sepatu Boot

a. Definisi

Sepatu Boot atau sepatu pelindung (Safety Shoes) dapat terbuat dari karet atau bahan tahan air atau bisa dilapisi dengan kain tahan air, merupakan alat pelindung kaki dari percikan cairan infeksius pasien selama melakukan perawatan. Sepatu pelindung harus menutup seluruh kaki bahkan bisa sampai betis apabila gaun yang digunakan tidak mampu menutup sampai kebawah.

Sepatu Boot atau sepatu pelindung digunakan untuk melindungi kaki dan bagian lainnya dari benda-benda keras, benda tajam, logam/kaca, larutan kimia, benda panas, kontak dengan arus listrik. Menurut jenis pekerjaan yang dilakukan sepatu keselamatan dibedakan menjadi :

- 1) Sepatu pengaman pada pengecoran baja. Sepatu ini terbuat dari bahan kulit yang dilapisi krom atau asbes dan tingginya sekitar 35 cm. Pada pemakaian sepatu ini, celana dimasukkan ke dalam sepatu lalu dikencangkan dengan tali pengikat.
- 2) Sepatu pengaman pada pekerjaan yang mengandung bahaya peledakan. Sepatu ini tidak boleh memakai paku-paku yang dapat menimbulkan percikan bunga api.
- 3) Sepatu pengaman untuk pekerjaan yang berhubungan dengan listrik. Sepatu ini terbuat dari karet anti elektronik, tahan terhadap tegangan listrik sebesar 10.000 volt selama 3 menit.
- 4) Sepatu pengaman pada pekerjaan bangunan konsentrasi. Sepatu ini terbuat dari bahan kulit yang dilengkapi dengan baja pada ujung depannya.

Safety shoes termasuk kelengkapan pakaian kerja dan diberikan sewaktu tenaga kerja mendapatkan pakaian kerja tiap tahunnya. Penggunaan sepatu ini sudah dilaksanakan dengan baik oleh tenaga kerja, karena selain nyaman tenaga kerja juga sudah mengetahui pentingnya penggunaan safety shoes. Penyediaannya sudah sesuai dengan jumlah tenaga kerja yang berada di tempat bekerja.

b. Tujuan

- 1) Melindungi kaki Petugas kesehatan dari Kuman dan zat kimia yang dapat membahayakan
- 2) Memberikan perlindungan optimal ketika lantai basah
- 3) Melindungi dari cedera benda tajam di ruang perawatan atau operasi
- 4) Mudah dibersihkan dan disinfektan
- 5) Spesifikasi teknis:
- 6) Nonslip, memiliki sol PVC yang sepenuhnya tersegel
- 7) Berukuran lebih tinggi dari tepi bawah gaun
- 8) Warna terang dapat mendeteksi kemungkinan kontaminasi
- 9) Terdapat berbagai ukuran untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari trauma pada kaki

c. Persiapan alat dan bahan

Sepatu Boot

d. Indikasi

- Petugas Kesehatan
- Petugas Pertanian

e. Kontraindikasi

Tidak ada

f. Prosedur kerja

- 1) Persiapan Alat dan Bahan

- Sepatu Boot
 - Kaos Kaki
- 2) Kerja/Langkah Kerja
- Siapkan Sepatu Boot Sesuai Kebutuhan
 - Gunakan Sepatu Boot
 - Sisipkan ujung Celana Panjang yang dipakai ke dalam sepatu Boot.

Catatan:

- Jika sepatu bot karet tidak tersedia, petugas kesehatan harus mengenakan sepatu tertutup
- (slip-on tanpa tali sepatu dan sepenuhnya menutupi dorsum kaki dan pergelangan kaki).
- Penutup sepatu, nonslip dan lebih disukai kedap air, idealnya harus digunakan di atas
- sepatu tertutup untuk memfasilitasi dekontaminasi.
- Sepatu bot dapat digunakan sampai akhir kerja atau shift



PENUTUP

PENUTUP

Demikian modul Praktika Mata Kuliah Manajemen Patient Safety yang telah kami susun. Terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dalam penyusunan modul ini, sehingga kami dapat menyelesaikan modul ini dengan baik dan sesuai ketentuan yang telah disahkan. Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan dosen mampu memberikan perkuliahan Manajemen Patient Safety sesuai modul. Mahasiswa mampu mendapatkan ilmu Patofisiologi dengan baik dan sesuai prosedur yang telah ditentukan.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Costantinou, E. (2009). *Client Safety: in Potter & Perry, Fundamentals of Nursing*. South East Asia: Mosby Elsevier.

Black & Hawks. (2009). *Keperawatan Medikal Bedah*. Buku 1-3.
Jakarta: EGC

Brunner & Suddarth. (2011). *Keperawatan Medikal Bedah*.
Jakarta: EGC Eni

Kusyanti. (2014). *Ketrampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC

Modul Praktik

Kebutuhan Dasar Manusia

TA 2024/2025



Sub Unit Laboratorium Pendidikan
Kampus Kendal

Tahun 2025



SOP PRAKTIKA : KEPERAWATAN DASAR MANUSIA



Disusun Oleh :

Sri Utami Dwiningsih, MNS.
Kurniati Puji Lestari, S.Kp., M.Kes
Lucia Endang Hartati, SKp, MN
Ana Permatasari, S.Kep., Ners

Editor :

Ana Permatasari, S.Kep., Ners

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN SEMARANG PROGRAM SARJANA TERAPAN DAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENTERIAN KESEHATAN SEMARANG
TAHUN AKADEMIK 2024/2025**

DAFTAR ISI

Contents

Visi dan Misi POLKESMAR.....	iii
VISI	iii
MISI.....	iii
Visi dan Misi.....	iv
Program Studi Keperawatan Semarang Program Sarjana Terapan dan Pendidikan Profesi Ners Program Profesi	iv
KATA PENGANTAR.....	v
TATA TERTIB PENGGUNAAN LABORATORIUM PENDIDIKAN JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES SEMARANG.....	8
PENDAHULUAN.....	9
Deskripsi SOP, Relevansi, dan Petunjuk Belajar	9
Prosedur Penggunaan Ruang Laboratorium	11
Alur Peminjaman	13
Ruang dan Alat Laboratorium	13
PEMERIKSAAN TANDA TANDA VITAL.....	14
MENGHITUNG DENYUT NADI APIKAL	19
MENGHITUNG PERNAFASAN	23
MENGUKUR TEKANAN DARAH.....	26
PEMERIKSAAN BERAT DAN TINGGI BADAN	48
MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE BRANKART	50
MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI	53
“RANGE OF MOTION” (ROM) PASIF	57
(Ekstremitas Atas).....	57
“RANGE OF MOTION” (ROM) PASIF (Ekstremitas Bawah).....	62
“RANGE OF MOTION” (ROM) AKTIF.....	67
KOMPRES HANGAT	70
KOMPRES DINGIN KERING (KIRBAT)	72
KOMPRES DINGIN BASAH.....	75
MEMANDIKAN PASIEN.....	78
PERINEAL CARE.....	82
PERAWATAN KAKI.....	86
TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBANTU BAB.....	88
PERAWATAN KUKU.....	91
INJEKSI INTRAVENA (IV)	93

INJEKSI IM (INTRA MUSCULAR)	98
INJEKSI INTRACUTAN (IC)	103
INJEKSI SUBCUTAN (SC)	108
POSTURAL DRAINAGE	114
PEMASANGAN OKSIGEN	116
PEMBERIAN NUTRISI PER-ORAL	119
PEMBERIAN CAIRAN PARENTAL	121
PENGHITUNGAN BALANCE CAIRAN	123
MENGHITUNG TETESAN INFUS	124
PEMASANGAN KATETER URINE PADA PRIA	126
PEMASANGAN KATETER URINE PADA WANITA	129
BACKRUB MASSAGE	132
MENGGUNAKAN ALAT BANTU JALAN (KRUCK)	139
ALAT BANTU JALAN TRIPOD	141
POSITIONING	143
BATUK EFEKTIF	149
RUMPLE LEED	151
ORAL HYGIENE	153
MEMINDAHKAN PASIEN	156
PENUTUP	158

TATA TERTIB PENGGUNAAN LABORATORIUM PENDIDIKAN

A. Ketentuan Umum

1. Dosen dan mahasiswa **WAJIB** mengisi log book penggunaan laboratorium dan mematuhi tata tertib penggunaan laboratorium pendidikan
2. Selama kegiatan laboratorium berlangsung, mahasiswa **WAJIB** membawa buku panduan laboratorium.
3. Peminjam **WAJIB** mengkonfirmasi / melakukan kontrak peminjaman alat laboratorium **paling lambat 1** hari sebelum penggunaan
4. **Jam Operasional Laboratorium dimulai pukul 07.30 – 15.30 WIB.**
5. Peminjaman yang dilakukan pada jam operasional laboratorium, petugas akan membukakan pintu ruang praktikum / laboratorium, dan jika sudah selesai Peminjam wajib melapor kepada petugas laboratorium
6. Penggunaan ruang **diluar jam operasional laboratorium** (pukul 06.30-07.30 dan pukul 16.00-18.00 WIB), Peminjam wajib meminjam kunci ruang kepada petugas laboratorium.
7. Setelah penggunaan, alat laboratorium **HARUS dikembalikan pada tempatnya.**
8. **DILARANG** membawa peralatan laboratorium keluar ruang laboratorium tanpa izin dari petugas laboratorium dan dosen Pengajar.
9. Mahasiswa **WAJIB DATANG PALING LAMBAT 5** menit sebelum kegiatan praktikum dimulai.
10. Bagi mahasiswa yang tidak dapat mengikuti kegiatan praktikum **WAJIB MELAPORKAN DIRI** ke Dosen pembimbing praktikum.
11. **WAJIB** menjaga kebersihan laboratorium dan harus membuang sampah pada tempat sampah yang sudah disediakan.
12. Setiap pengguna laboratorium **WAJIB MENJAGA dan MEMELIHARA KEAMANAN** inventaris laboratorium dan **KEUTUHAN ALAT** di laboratorium.

B. Ketentuan Khusus

1. Peminjaman alat paling lama **2 hari** terhitung sejak peminjaman alat hingga praktikum dilaksanakan atau sesuai dengan ketentuan lama peminjaman yang tertulis dalam surat permohonan peminjaman alat.
2. Mahasiswa **wajib mengenakan jas laboratorium** selama praktikum berlangsung. Bagi yang tidak membawa/menggunakan jas laboratorium **tidak diperkenankan mengikuti praktikum.**
3. **DILARANG** membuat gaduh, makan, minum, dan membawa peralatan yang tidak diperlukan di dalam laboratorium.
4. Bagi mahasiswa atau pengguna laboratorium yang merusak atau menghilangkan peralatan laboratorium **WAJIB MELAPOR** kepada petugas laboratorium dan **MENGGANTI ALAT**, kecuali kerusakan tersebut terjadi akibat kecelakaan bukan karena kelalaian/kecerobohan, yang dibuktikan melalui saksi-saksi.
5. Jika **TIDAK ADA** yang melapor telah menghilangkan atau merusakkan alat laboratorium, maka semua mahasiswa yang mengunjungi laboratorium **WAJIB MENGGANTI.**

Semarang, 1 Agustus 2023

PENDAHULUAN

Deskripsi SOP, Relevansi, dan Petunjuk Belajar

Selamat berjumpa, selamat mempelajari SOP Praktika Mata Kuliah (MK) Keperawatan Dasar Manusia. SOP praktika ini terdiri dari beberapa materi praktek tentang psikologi.

SOP yang sedang Anda pelajari ini berisi keterampilan-keterampilan yang berhubungan Keperawatan Dasar Manusia

Setelah selesai mempelajari setiap kegiatan belajar Anda diminta untuk mendemonstrasikan prosedur pada kegiatan belajar tersebut serta menilainya berdasarkan lembar unjuk kerja yang dilampirkan. Jika Anda berhasil mendapatkan nilai batas lulus (75) maka Anda dapat melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar pada SOP ini Anda diperbolehkan mengikuti evaluasi sumatif Ujian Praktikum Akhir Semester untuk mengetahui sejauh mana Anda terampil dalam melaksanakan praktek Keperawatan Dasar Manusia

Untuk mengikuti kegiatan pembelajaran praktik laboratorium ini, Anda para mahasiswa akan dibagi dalam beberapa kelompok dengan jumlah anggota sebanyak 8-10 mahasiswa. Masing-masing kelompok akan mengikuti pembelajaran praktek laboratorium sesuai jadwal yang tercantum dalam rencana pembelajaran semester (RPS). Sebelum mengikuti kegiatan ini, Anda dianjurkan untuk membaca setiap kegiatan belajar dan menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk praktikum. Di awal pembelajaran akan dilakukan apersepsi dengan tutor, kemudian tutor akan memberi kesempatan kepada Anda untuk mendemonstrasikan prosedur pada kegiatan belajar yang sedang Anda pelajari. Bila anda kurang jelas anda boleh bertanya kepada tutor.

Setelah Anda menyelesaikan unjuk kerja, maka akan diberikan umpan balik dari hasil unjuk kerja Anda untuk perbaikan sebelum Ujian Praktik Sumatif.

Semoga Anda dapat mempelajari SOP ini dengan baik. Bila Anda sudah selesai membaca SOP ini dan telah mencoba mempraktekkan prosedur pada setiap kegiatan belajar, silahkan Anda menilai kemampuan keterampilan Anda. Selamat belajar, jangan pernah ragu untuk mencoba dan tetap berlatih.

Prosedur Penggunaan Ruang Laboratorium

 POLTEKKES KEMENKES SEMARANG SUB UNIT LABORATORIUM PENDIDIKAN JURUSAN KEPERAWATAN	NOMOR SOP			
	TGL. PEMBUATAN	4 Desember 2020		
	TGL. REVISI	-		
	TGL. EFEKTIF	1 Januari 2021		
	DISAHKAN OLEH			
	NAMA SOP	SOP PENGGUNAAN RUANG LABORATORIUM		
DASAR HUKUM:	KUALIFIKASI PELAKSANA			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang no 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional 2. Permenaker no. 26 tahun 2014 tentang Keselamatan dan Kesehatan Lingkungan Kerja 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami tata tertib penggunaan laboratorium 2. Mampu mengoperasikan peralatan laboratorium 3. Memahami prinsip K3 laboratorium 			
KETERKAITAN:	PERALATAN/ PERLENGKAPAN			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tata tertib laboratorium 2. SOP penggunaan peralatan 3. SOP Keselamatan dan Kesehatan Kerja Laboratorium 4. IK peralatan laboratorium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Form peminjaman ruang laboratorium 2. Komputer yang dilengkapi aplikasi pengolah kata/ angka 3. Log Book penggunaan ruang laboratorium 			
PERINGATAN:	PENCATATAN DAN PENDAPATAN			
<p>Apabila prosedur penggunaan ruang laboratorium tidak dipatuhi, dapat menyebabkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan ruang laboratorium tidak terkoordinir dan terdokumentasi dengan baik. 2. Keamanan pengguna dan peralatan ruang laboratorium tidak terjamin. 	<p>Pencatatan secara manual pada Log Book atau secara digital dengan komputer</p>			

No	Aktivitas	Pelaksana			Mutu Baku			Keterangan
		Pengguna	Laboran	Kasub Unit	Kelengkapan	Waktu	Output	
1	Pengisian form peminjaman ruangan				Form peminjaman ruangan	5 menit	Form peminjaman ruangan terisi	-
2	Penyerahkan form peminjaman ruangan				Form peminjaman ruangan	1 menit	Form peminjaman ruangan diterima	-
3	Pemeriksaan kelengkapan form peminjaman ruangan dan ketersediaan ruangan				Jadwal penggunaan lab	5 menit	Kelengkapan form dan ketersediaan ruangan terkonfirmasi	-
4	Penyiapan ruangan				Checklist kondisi ruangan	10 menit	Ruangan siap digunakan	-
5	Penggunaan ruangan				SOP/ IK/ modul praktikum/ protokol penelitian	Sesuai Kebutuhan		-
6	Pengisian Log Book penggunaan ruangan				Log Book	5 menit	Log Book terisi	-
7	Pemeriksaan ruangan				Checklist kondisi ruangan	10 menit	Kondisi ruangan terkonfirmasi	-
8	Verifikasi log book.				Log Book	1 menit	Log Book terverifikasi	-

Alur Peminjaman Ruang dan Alat Laboratorium





PEMERIKSAAN TANDA TANDA VITAL

SOP	MENGHITUNG DENYUT NADI RADIAL
PENGERTIAN	Denyut nadi adalah index denyut dan ritme jantung yang dihitung dengan jumlah denyut jantung per menit. Dengan tiap denyut ventrikel kiri jantung berkontraksi dan mendorong darah ke aorta. Penutupan katup jantung menghasilkan suara. Semburan darah yang kuat oleh ventrikel kiri menghasilkan gelombang yang dikirim melalui arteri ke perifer tubuh.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan jika denyut nadi dalam rentang normal dan teratur. 2. Menghasilkan kualitas (jumlah darah yang dipompa melalui arteri perifer) denyut nadi. 3. Memonitor dan mengevaluasi perubahan – perubahan pada status kesehatan pasien. 4. Menentukan denyut nadi sebelum obat – obat penyakit jantung diberikan.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi pada pasien secara regular. 2. Pasien dengan gangguan status kesehatan.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan menggunakan detik, atau 2. Jam digital
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Mengecek gelang identitas pasien dan mengatur pasien dalam posisi yang nyaman. 3. Menanyakan tentang tingkat aktifitas dalam 15 menit terakhir. <p>Rasional : denyut nadi meningkat dengan aktifitas, kemudian kembali seperti sebelum beraktivitas.</p>

4. Meraba arteri dengan menggunakan tiga jari – jari tengah tangan saudara.
Rasional : perawat bisa merasakan denyut nadi sendiri jika menggunakan ibu jari.
 - a. Arteri radial biasa digunakan untuk penghitungan nadi, sebab berada dekat dengan permukaan kulit dan dengan mudah dicari pada pergelangan tangan.
 - b. Menekan arteri ke arah tulang atau menekan dengan kuat permukaan untuk menahan pembuluh darah dan kemudian secara bertahap mengurangi tekanan.
Rasional : tekanan yang terlalu kuat menghilangkan denyut nadi.
 - c. Mencatat kualitas (kekuatan) denyut nadi.
Rasional : kekuatan denyut nadi merupakan gambaran dari stroke volume.
 - d. Jika denyut nadi sulit diraba, mencoba menggunakan tekanan lebih kuat pada bagian distal.
Rasional : hal ini menjelaskan gelombang denyut.
5. Menghitung denyut nadi selama 30 detik dan dikalikan dua untuk memperoleh hasil denyut nadi.
Rasional : hal ini merupakan waktu yang cukup untuk menentukan hasil ritme denyut nadi adalah regular.
6. Menghitung denyut nadi radial selama sedikitnya 1 menit jika ritme tidak teratur atau sulit untuk dihitung.
Rasional : untuk memperoleh hasil dalam 1 menit dan juga mendeteksi denyut nadi yang tidak teratur. Metode ini membantu saudara untuk menghitung denyut nadi yang lebih akurat.
7. Mengecek untuk melihat bahwa pasien dalam keadaan nyaman.

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Mencuci tangan. 9. Mencatat hasil denyut nadi, ritme dan kekuatan (volume).
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi dipalpasi tanpa ada kesulitan. 2. Denyut nadi dalam rentang normal dan ritme teratur.
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipe penghitungan denyut nadi. 2. Jumlah, ritme, intensitas dan kualitas denyut nadi. 3. Gangguan denyut nadi jika ada. 4. Karakteristik denyut nadi.
KUALITAS DENYUT NADI	<p>Kualitas denyut nadi oleh jumlah darah yang dipompakan melalui arteri – arteri perifer. Jumlah darah yang dipompakan biasanya tetap konstan, ketika berubah – ubah, hal ini juga mengindikasikan adanya gangguan fungsi jantung.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bounding pulse : terjadi ketika perawat dapat merasakan denyut dengan menggunakan hanya sedikit tekanan pada arteri. Bisa terjadi dengan <i>stroke volume</i> yang meningkat.
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Weak or thready pulse : terjadi jika, dengan menggunakan tekanan kuat, perawat tidak dapat menentukan aliran dengan jelas. Bisa dikaitkan dengan <i>stroke volume</i> yang menurun.
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pulsus alternans : sebuah denyut teratur yang perawat rasakan dengan kuat bergantian dengan denyut yang lemah. Bisa dikaitkan dengan kegagalan ventrikel kiri.
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Begimenal pulse : denyut setiap detik dengan amplitude yang menurun. Bisa dikarenakan kontraksi – kontraksi yang prematur.
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical</p>

	<p>nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>


MENGUKUR DENYUT NADI RADIAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan mengukur denyut nadi radial.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menanyakan aktifitas pasien dalam \pm 15 menit terakhir.		
8	Menggunakan waktu pengukuran nadi dengan tepat, menyesuaikan kondisi pasien.		
9	Memastikan bahwa dalam \pm 30 menit terakhir tidak menggunakan obat-obat penyakit jantung.		
10	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mengatur pasien dengan posisi yang nyaman.		
12	Meraba nadi radialis dengan menggunakan 3 jari-jari tengah tangan.		
13	Menekan arteri ke arah tulang atau menekan dengan kuat permukaan untuk menahan pembuluh darah, dan kemudian secara bertahap mengurangi tekanan.		
14	Menghitung denyut nadi selama 15 detik atau 30 detik, atau 1 menit, sesuai dengan kondisi pasien.		
15	Menghitung hasil pengukuran denyut nadi per-menit dengan dikalikan 4 (15 detik), atau 2 (30 detik).		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
16	Mendokumentasikan hasil pengukuran denyut nadi, ritme, dan kekuatan.		
17	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
18	Melakukan komunikasi therapeutik selama tindakan.		
19	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
20	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA x 5		



MENGHITUNG DENYUT NADI APIKAL

SOP	MENGHITUNG DENYUT NADI APIKAL
PENGERTIAN	Denyut nadi adalah index denyut dan ritme jantung yang dihitung dengan jumlah denyut jantung per menit. Dengan tiap denyut ventrikel kiri jantung berkontraksi dan mendorong darah ke aorta. Penutupan katup jantung menghasilkan suara. Semburan darah yang kuat oleh ventrikel kiri menghasilkan gelombang yang dikirim melalui arteri ke perifer tubuh.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan jika denyut nadi dalam rentang normal dan teratur. 2. Menghasilkan kualitas (jumlah darah yang dipompa melalui arteri perifer) denyut nadi. 3. Memonitor dan mengevaluasi perubahan – perubahan pada status kesehatan pasien. 4. Menentukan denyut nadi sebelum obat – obat penyakit jantung diberikan.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi pada pasien secara regular. 2. Pasien dengan gangguan status kesehatan.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan menggunakan detik 2. Stetoskop
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat – alat. 2. Mencuci tangan. 3. Mengecek gelang identitas pasien dan mengatur pasien dalam posisi yang nyaman. 4. Menjelaskan prosedur kepada pasien. 5. Mengatur pasien dalam posisi <i>supine</i> dan membuka area dada. Jika mungkin, berdiri di sisi kanan pasien

Rasional : auskultasi suara jantung sering terdengar meningkat ketika pemeriksa berada di sisi kanan pasien.

6. Mencari lokasi nadi apikal, yang disebut *point of maximal impulse* (PMI), dengan meraba sudut *Louis* yang berada di bawah *suprasternal notch*. Sudut ini berada antara manubrium, sternum atas dan bagian batang / tengah sternum.

a. Letakkan jari telunjuk saudara pada sternum kiri pasien, dan melakukan palpasi pada area *intercostal* kedua.

b. Meletakkan jari – jari tengah saudara pada area *intercostal* ketiga, dan melanjutkan palpasi ke arah bawah sampai menemukan lokasi nadi apikal pada area *intercostal* kelima.

c. Menggeser jari telunjuk saudara secara lateral sepanjang area *intercostal* kelima ke *midclavicular line* (MCL).

7. Menghangatkan stetoskop dalam genggam tangan selama 5 – 10 detik.

Rasional : menghangatkan stetoskop mencegah agar pasien tidak terkejut.

8. Menghitung denyut nadi apikal.

a. Menempelkan diafragma stetoskop di atas area denyut apikal.

Rasional : suara jantung menjadi keras dan lebih jelas dengan diafragma stetoskop.

b. Menghitung denyut nadi selama 1 menit jika dilakukan pada denyut apikal.

c. Menentukan jika ada pola regular / teratur atau tidak regular / kacau balau.

Rasional : hasil ini membantu gambaran gangguan ritme.

	<p>9. Mengecek untuk melihat bahwa pasien dalam keadaan nyaman.</p> <p>10. Mencuci tangan dan membersihkan stetoskop.</p> <p>11. Mencatat hasil denyut nadi apikal, ritme dan intensitas.</p>
EVALUASI	<p>1. Denyut nadi dipalpasi tanpa ada kesulitan.</p> <p>2. Denyut nadi dalam rentang normal dan ritme teratur.</p>
DOKUMENTASI	<p>1. Tipe penghitungan denyut nadi.</p> <p>2. Jumlah, ritme, intensitas dan kualitas denyut nadi.</p> <p>3. Gangguan denyut nadi jika ada.</p> <p>4. Karakteristik denyut nadi.</p>
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP. 196605101986031001</p>
--	---	--



MENGUKUR DENYUT NADI APIKAL

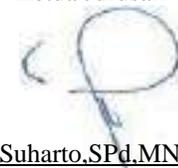
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan mengukur denyut nadi apikal.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menanyakan aktifitas pasien dalam \pm 15 menit terakhir.		
8	Berdiri di sisi kanan pasien selama melakukan auskultasi suara jantung.		
9	Memastikan bahwa dalam \pm 30 menit terakhir tidak menggunakan obat-obat penyakit jantung.		
10	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mengatur pasien pada posisi <i>supine</i> dan membuka area dada.		
12	Mencari lokasi nadi apikal dengan tepat, yang disebut <i>point of maximal impulse</i> (PMI), dengan meraba sudut <i>Louis</i> yang berada di bawah <i>suprasternal notch</i> .		
13	Menghangatkan stetoskop dalam genggam tangan selama 5–10 detik.		
14	Menempelkan diafragma stetoskop di atas area denyut nadi apikal dengan tepat.		
15	Menghitung denyut nadi selama 1 menit, sesuai dengan kondisi pasien.		
16	Membersihkan stetoskop dan mengembalikan ke tempatnya.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
17	Mendokumentasikan hasil pengukuran denyut nadi, ritme, dan intensitas.		
18	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
19	Melakukan komunikasi therapeutik selama tindakan.		
20	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
21	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/21 x 100		



MENGHITUNG PERNAFASAN

SOP	MENGHITUNG PERNAFASAN
PENGERTIAN	Bernafas atau <i>pulmonary ventilatio</i> —gerakan udara yang masuk dan keluar dari paru; inspirasi atau inhalasi adalah menghirup udara, dan ekspirasi atau ekshalasi adalah mengeluarkan udara..
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat jumlah, kedalaman dan ritme pernafasan. 2. Menentukan informasi dasar pada saat masuk rumah sakit. 3. Mengetahui pernafasan yang tidak wajar, sesak nafas, kebiruan atau sianosis. 4. Mengidentifikasi perubahan – perubahan pola nafas yang disebabkan dari kondisi penyakit. 5. Membandingkan jika kecepatan nafas dalam rentang normal dengan hasil pemeriksaan nadi dan tekanan darah.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian dari pengkajian awal pasien dirawat. 2. Adanya perubahan – perubahan pernafasan.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan menggunakan detik 2. Pensil atau bolpoin. 3. Kertas atau <i>flow sheet</i>.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat – alat. 2. Mencuci tangan. 3. Mengecek gelang identitas pasien dan mengatur pasien dalam posisi yang nyaman. 4. Mengecek lampu untuk memastikan dapat dilakukan tindakan dalam keadaan terang. 5. Menjelaskan prosedur kepada pasien.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengatur pasien dalam posisi nyaman. 7. Menjaga <i>privacy</i> pasien. 8. Meletakkan tangan di dada pasien atau mengobservasi naik dan turunnya dada dan menghitung pernafasan. 9. Menghitung pernafasan lebih baik dilakukan selama 1 menit, atau selama 30 detik dan dikalikan 2. Rasional : satu menit penuh lebih akurat untuk pola nafas yang tidak normal. 10. Mencuci tangan. 11. Mencatat kecepatan pernafasan, mencatat jika ritme dan kedalaman pernafasan tidak normal. Nilai normal RR (<i>Respiratory Rate</i>) : <ol style="list-style-type: none"> a. Dewasa : 12 – 20 kali / menit. b. Anak – anak : 2 – 25 kali / menit. c. Bayi : sampai 40 kali / menit.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan bernafas yang teratur. 2. Kelainan pernafasan dapat diatasi. 3. Pasien tampak tenang dan tidak sesak nafas.
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan, kedalaman dan ritme pernafasan. 2. Suara – suara pernafasan yang tidak normal. 3. Keefektifan terapi jika diperlukan untuk memperbaiki masalah – masalah pernafasan. 4. Rasio inspirasi dan ekspirasi. 5. Perubahan – perubahan dari pola nafas.
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-</p>

	<p>surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>



MENGUKUR TEKANAN DARAH

SOP	MENGUKUR TEKANAN DARAH
PENGERTIAN	Tekanan darah adalah kekuatan darah melawan dinding – dinding arteri. Tekanan darah maksimum adalah desakan pada dinding arteri ketika ventrikel kiri dari jantung mengeluarkan darah melalui katub aortic menuju pembuluh darah aorta. Tekanan tertinggi ini disebut tekanan sistolik. Ketika jantung beristirahat diantara denyutan, tekanan menjadi turun dan tekanan terendah pada dinding arteri disebut tekanan distolik.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan jika tekanan darah dalam rentang normal. 2. Mengkaji kondisi jantung, arteri dan <i>stroke volume</i>. 3. Sebagai dasar untuk menentukan evaluasi selanjutnya. 4. Mengidentifikasi perubahan – perubahan tekanan darah yang disebabkan oleh perubahan kondisi penyakit. 5. Menghubungkan hasil tekanan darah dengan denyut nadi dan pernafasan.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diperkirakan adanya perubahan tekanan darah dari pengkajian awal. 2. Pemeriksaan rutin selama pasien dirawat.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spignomanometer dengan ukuran manset yang sesuai. 2. Stetoskop.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat – alat. 2. Membersihkan stetoskop sebelum digunakan. 3. Memastikan bahwa ukuran <i>cuff</i> atau manset sesuai dengan pasien.

	<p>Rasional : manset yang terlalu kecil menghasilkan kesalahan pembacaan lebih tinggi dan manset yang terlalu besar menghasilkan kesalahan pembacaan lebih rendah.</p> <ol style="list-style-type: none">4. Menyiapkan lingkungan tenang.5. Mencuci tangan.6. Mengecek gelang identitas pasien.7. Menjelaskan prosedur kepada pasien. Jika pasien anak – anak pengukuran tekanan darah dilakukan setelah pengukuran tanda – tanda vital lainnya. <p>Rasional : intervensi ini bisa mengganggu anak dan memengaruhi denyut nadi dan pernafasan.</p> <ol style="list-style-type: none">8. Mengatur pasien dengan posisi relax, bisa berbaring atau duduk.9. Menyiapkan pasien untuk pengukuran tekanan darah :<ol style="list-style-type: none">a. Mengkaji jika pasien merokok atau olahraga dalam 15 menit terakhir.b. Membiarkan pasien untuk istirahat dalam beberapa menit sebelum memulai pengukuran tekanan darah.c. Pasien dianjurkan untuk tidak menyilangkan kaki atau berbicara selama tindakan . <p>Rasional : aktivitas pasien dan posisi membungkuk menghasilkan kesalahan hasil yang lebih tinggi.</p> <ol style="list-style-type: none">10. Membuka bagian atas lengan pasien dan dengan posisi telapak tangan menghadap ke atas, lengan sedikit fleksi dengan posisi lengan sejajar dengan jantung. <p>Rasional : jika lengan dengan posisi lebih rendah dari jantung, hasil tekanan darah lebih tinggi dari normal, jika di atas jantung hasilnya lebih rendah dari normal.</p> <ol style="list-style-type: none">11. Memilih manset dengan ukuran yang sesuai dan mengempeskan manset secara total dan membelitkan
--	---

manset pada lengan atas (sisi bawah manset berada 1 inchi di atas *antecubital space*) dengan kantong manset bagian tengah di atas arteri brachial (tekanan berada pada angka nol).

12. Menempelkan dan meraba arteri brachial dengan ujung jari – jari (sisi tengah *antecubital fossa*).

13. Meletakkan *stetoscope ear pieces* pada telinga. *Ear pieces* harus miring sedikit ke depan.

Rasional : suara terdengar lebih jelas.

14. Memastikan stetoskop menggantung bebas di telinga.

Rasional : gesekan stetoskop terhadap objek dapat menyebabkan hasil yang tidak akurat.

15. Menutup sekrup pompa spignomanometer.

16. Memompa manset dengan cepat (sambil meraba arteri radialis) untuk menentukan pemompaan dengan 30 mm Hg lebih tinggi dari hilangnya perabaan denyut nadi radial.

Rasional : level ini memastikan bahwa manset dipompa dengan tekanan melebihi tekanan sistolik pasien. Pemompaan yang lambat dapat menghasilkan *gap* atau jarak pada tekanan.

17. Menunggu 60 detik sebelum mengempeskan manset.

Rasional : hal ini merupakan waktu yang cukup untuk menghentikan aliran darah.

18. Meletakkan *bell* (diafragma) stetoskop pada *medical antecubital fossa* dimana denyut arteri brachial berada dan memompa manset dengan cepat pada 30 mm Hg di atas angka hilangnya denyut nadi radial.

19. Mengempeskan manset secara bertahap dengan konstan dengan membuka sekrup pompa (2 – 4 poin mm Hg /detik)

	<p>sampai suara <i>korotkoff</i> pertama terdengar. Hal ini merupakan tekanan sistolik, atau fase I suara <i>korotkoff</i>.</p> <p>Rasional : pengempesan lebih lambat atau lebih cepat menyebabkan kesalahan hasil.</p> <p>20. Membaca tekanan pada manometer pada level sejajar mata.</p> <p>Rasional : untuk memastikan pembacaan yang akurat.</p> <p>21. Melanjutkan pengempesan manset dengan rata – arat 2 – 4 poin mm Hg / detik. Jangan memompa kembali tanpa lebih dulu membiarkan manset mengempes secara total.</p> <p>Rasional : pemompaan manset yang berulang tanpa pengempesan akan menghasilkan kesalahan hasil yang tinggi,</p> <p>22. Mencatat angka pada suara <i>korotkoff</i> awal (fase I), dan ketika suara hilang (fase V). Menurut <i>American Heart Association</i> hilangnya suara (fase V) dianggap sebagai index terbaik dan tekanan darah diastolik pada individu berumur diatas 13 tahun. Jika anak kurang dari 12 tahun, indikasi terbaik pada tekanan diastolik adalah suara – suara yang jelas pada fase IV.</p> <p>23. Jangan meninggalkan manset dalam keadaan terpompa dalam waktu lama.</p> <p>Rasional : meninggalkan manset dalam keadaan terpompa, menyebabkan pasien tidak nyaman.</p> <p>24. Mengempeskan manset sepenuhnya dan menunggu sedikitnya 1 – 2 menit sebelum mengulang pengukuran tekanan darah.</p> <p>Rasional : memberikan waktu agar pembuluh darah kembali normal.</p>
--	--

	<p><i>Catatan : mengecek tingkat kenyamanan pasien dan tingkat kesadaran pasien (seperti tanda – tanda vital lainnya) ketika mengevaluasi tekanan darah. Jika semua tanda – tanda dan gejala – gejala tidak sesuai, tekanan darah dievaluasi lagi.</i></p> <p>25. Melepas manset dari lengan pasien.</p> <p>26. Mengecek bahwa pasien dalam keadaan nyaman.</p> <p>27. Membandingkan hasil tekanan darah dengan catatan sebelumnya.</p> <p>28. Mencuci tangan.</p> <p>29. Mencatat hasil tekanan darah dengan menggunakan 2 fase : 120 / 80 dimana 120 adalah tekanan sistolik (fase I) dan 80 adalah diastolik (fase V); atau 3 fase : 130 / 110 / 80 dimana 130 adalah tekanan sistolik (fase I), 110 adalah diastolik pertama (fase IV) dan 80 adalah diastolik kedua (fase V).</p> <p>30. Mengulang prosedur ini pada lengan sebelah / lainnya jika hal ini merupakan pemeriksaan yang pertama.</p>
<p>EVALUASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah dalam rentang normal sampai normal tinggi (sistolik 100 – 140; diastolik 60 – 85 mmHg). 2. Perubahan – perubahan tekanan darah diketahui lebih awal dan diberikan tindakan dengan tepat. 3. Hasil tekanan darah yang berubah tajam dilakukan pengukuran ulang dengan alat yang berbeda atau divalidasi oleh perawat lain. 4. Hasil tekanan darah yang tidak stabil dimonitor lebih sering untuk mengetahui perubahan yang terjadi.
<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dua fase suara – suara <i>korotkoff</i> (e.g. 120 / 80) dan tempat pengukuran.

	<p>2. Tiga fase suara – suara <i>korotkoff</i> (e.g. 130 /110 / 80)vdan tempat pengukuran.</p> <p>3. Respon pasien terhadap tindakan – tindakan keperawatan.</p> <p>4. Respon terhadap perubahan – perubahan posisi.</p>
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto.SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



MENGHITUNG PERNAPASAN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan tindakan menghitung pernafasan.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menanyakan aktifitas pasien dalam \pm 15 menit terakhir.		
8	Menggunakan waktu menghitung pernafasan dengan tepat, untuk mendapatkan hasil yang akurat.		
9	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
10	Mengecek lampu untuk memastikan dapat dilakukan tindakan dalam keadaan terang.		
11	Mengatur pasien dengan posisi yang nyaman.		
12	Meletakkan tangan di dada pasien atau melihat naik dan turunnya dada.		
13	Menghitung pernafasan yang dilakukan selama 30 detik dan dikalikan 2, atau 1 menit.		
14	Mengobservasi kedalaman dan usaha pasien untuk bernafas dengan melihat inspirasi dan ekspirasi.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
15	Mendokumentasikan kecepatan, ritme dan kedalaman pernafasan.		
16	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
17	Melakukan komunikasi therapeutik selama tindakan.		
18	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
19	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/19 x 100		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MENGUKUR TEKANAN DARAH

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan mengukur tekanan darah.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menanyakan aktifitas pasien dalam \pm 15 menit terakhir.		
8	Menggunakan ukuran <i>cuff</i> atau manset sesuai dengan kebutuhan pasien.		
9	Membaca hasil tekanan darah dengan mata—manometer sejajar.		
10	Melakukan pengulangan pengukuran dengan mengempeskan manset dan menunggu sedikitnya 1-2 menit, atau tidak melakukan pengulangan pengukuran.		
11	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
12	Mengatur pasien dengan posisi yang nyaman dan posisi lengan pasien sejajar dengan jantung.		
13	Memasang manset pada lengan atas dan sisi bawah manset berada 1 inchi di atas <i>antecubital space</i> .		
14	Meraba arteri brachial dengan ujung jari-jari pada sisi tengah <i>antecubital fossa</i> .		
15	Memasang <i>ear pieces</i> stetoskop pada telinga dan stetoskop menggantung bebas dari telinga.		
16	Membuka klem penutup air raksa pada spigmomanometer.		
17	Menutup sekrup pompa spigmomanometer.		
18	Memompa manset dengan cepat sambil meraba arteri brachialis sampai \pm 30 mm Hg lebih tinggi dari hilangnya denyut arteri.		
19	Meletakkan <i>bell</i> (atau diafragma) stetoskop pada <i>medial antecubital fossa</i> dimana denyut arteri brachial berada.		
20	Mengempeskan manset dengan membuka sekrup pompa dengan kecepatan konstan.		
21	Mendengarkan suara <i>Korotkoff</i> pertama, sebagai tekanan sistolik dan hilangnya suara/suara terakhir yang terdengar merupakan tekanan diastolik.		
22	Menutup klem air raksa spigmomanometer dan melepas manset.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
23	Mendokumentasikan hasil pengukuran tekanan darah.		
24	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
25	Melakukan komunikasi therapeutik selama tindakan.		
26	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat dan pasien.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/26 x 100		



MENGUKUR SUHU (AXILLA)

SOP	MENGUKUR SUHU (AXILLA)
PENGERTIAN	<p>Suhu tubuh adalah panas tubuh yang diukur dalam derajat. Derajat suhu tubuh merefleksikan perbedaan antara produksi panas dan penguapan panas.</p> <p>Pengukuran suhu per-axilla adalah pengukuran yang sering dilakukan ketika pengukuran per-oral dan per-rektal tidak diperbolehkan.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan jika suhu tubuh dalam rentang normal. 2. Memberikan data dasar untuk evaluasi selanjutnya. 3. Menentukan perubahan perubahan kondisi penyakit.
INDIKASI	Ketika pengukuran suhu secara oral dan rektal tidak diperbolehkan atau tidak bisa dilakukan.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer 2. Tissue 3. Bengkok 4. Pensil atau bolpoin 5. Jam tangan dengan menggunakan detik atau digital 6. Kertas atau <i>flow sheet</i>
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat – alat. 2. Mengecek gelang identitas pasien dan mengatur pasien dalam posisi yang nyaman. 3. Menjelaskan prosedur kepada pasien. 4. Membawa alat – alat. 5. Mencuci tangan.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Menjaga <i>privacy</i> dan mengangkat atau membuka baju untuk membuka axilla. 7. Mengelap / mengeringkan termometer dengan tissue jika disimpan dalam cairan kimia. Gunakan kekuatan dengan gerakan memutar untuk menghilangkan kelembapan. 8. Menggoyang dan membaca termometer, turunkan air raksa sampai angka 35 atau dibawahnya. 9. Membersihkan atau mengeringkan ketiak dengan tissue. 10. Meletakkan termometer bulb di tengah – tengah ketiak. 11. Mengangkat lengan pasien dan mendekatkan / menempelkan ke tubuh, dan meletakkan lengan pasien di atas dadanya. 12. Tinggal dengan pasien dan membiarkan termometer pada tempatnya selama 10 menit. 13. Mengambil dan membaca termometer. 14. Membersihkan termometer dan mengembalikan pada tempatnya untuk dapat / siap digunakan lagi. 15. Mencuci tangan. 16. Mencatat hasil pengukuran suhu pada <i>flow sheet</i> atau kertas. Pengukuran dilakukan di axilla. 17. Melaporkan hasil yang tidak normal pada orang yang tepat.
<p>EVALUASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam rentang normal. 2. Perubahan suhu tubuh terdeteksi dan diberi tindakan lebih awal. 3. Metode pengukuran suhu yang tepat pada setiap pasien. 4. Lama waktu yang digunakan untuk pengukuran dapat memperoleh hasil yang akurat.
<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat pengukuran dilakukan di axilla. 2. Suhu tubuh dicatat di <i>sheet</i> dan grafik suhu. 3. Kondisi kulit karena perubahan suhu.

	<p>4. Tanda – tanda dan gejala – gejala yang berhubungan dengan perubahan suhu (mis. menggigil, dehidrasi).</p>	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



MENGUKUR SUHU (Axilla)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan mengukur suhu melalui axilla.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Mengkaji kondisi pasien untuk menentukan metode pengukuran melalui axilla dapat dilakukan.		
8	Menggunakan waktu yang tepat untuk memperoleh hasil yang akurat.		
9	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
10	Mengatur pasien dengan posisi yang nyaman.		
11	Mengecek atau menurunkan air raksa pada termometer sampai pada atau di bawah angka 35.		
12	Membersihkan ketiak dengan menggunakan tissue.		
13	Memasang thermometer axilla pada ketiak dan merapatkan/ menutup ketiak dengan melipat lengan pasien pada dada.		
14	Mengambil thermometer dan mengusap dengan tissue.		
15	Membaca hasil pengukuran suhu.		
16	Membersihkan thermometer dan mengembalikan pada tempatnya.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
17	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
18	Melakukan komunikasi therapeutik selama tindakan.		
19	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
20	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA x 5		

SOP	MENGUKUR SUHU (REKTAL)
PENGERTIAN	<p>Suhu tubuh adalah panas tubuh yang diukur dalam derajat. Derajat suhu tubuh merefleksikan perbedaan antara produksi panas dan penguapan panas.</p> <p>Pengukuran suhu per-rektal merupakan suhu pusat, dan pengukuran suhu per-rektal dianggap paling akurat dari semua pengukuran suhu.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan jika suhu tubuh dalam rentang normal. 2. Memberikan data dasar untuk evaluasi selanjutnya. 3. Menentukan perubahan-perubahan kondisi penyakit.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketika pengukuran suhu secara oral dan rektal tidak diperbolehkan atau tidak bisa dilakukan. 2. Jika suhu pasien melalui oral sangat berubah dan tidak disangka / diperkirakan perubahan tersebut.
KONTRA INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi baru lahir. 2. Pasien yang dilakukan pembedahan rektum. 3. Penyakit jantung atau diikuti bedah jantung.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer rektal 2. Tissue 3. Bengkok 4. Pensil atau bolpoin 5. Jam tangan dengan menggunakan detik atau digital 6. Kertas atau <i>flow sheet</i> 7. <i>Handsoen</i> / sarung tangan disposable 8. Pelumas 9. Tempat penyimpanan
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat – alat. 2. Mengecek gelang identitas pasien dan mengatur pasien dalam posisi yang nyaman. 3. Menjelaskan prosedur kepada pasien.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Membawa alat – alat. 5. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan pada tangan dominan atau keduanya. 6. Mengelap, menggoyang dan membaca termometer rektal. 7. Memberi pelumas <i>mercury bulb</i> dan kira – kira 2,5 cm di atas <i>bulb</i> / area yang akan dimasukkan ke rektal. 8. Menjaga <i>privacy</i> pasien. Dengan pasien miring ke samping, gunakan bagian belakang / sebaliknya dari alat tenun dengan melipat dan memisahkan / membuka pantat sehingga lubang anal terlihat dengan jelas. 9. Masukkan termometer kira – kira 3,8 cm pada dewasa, 2,5 cm pada anak dan 1,25 cm pada bayi. 10. Mengembalikan posisi pantat pasien sambil tetap memegang termometer selama 2 sampai 3 menit. 11. Mengambil termometer dan mengelapnya satu kali dengan tissue dari jari – jari ke arah <i>mercury bulb</i>, menggunakan kekuatan dan gerakan memutar. 12. Mengelap sisa – sisa pelumas atau stool yang tersisa di sekitar anus. 13. Membaca termometer dan membuang tissue di tempat pembuangan untuk barang – barang yang terkontaminasi / bengkok. 14. Mencuci termometer dalam air sabun yang hangat. Membilas dalam air dingin. Keringkan dan kembalikan pada tempatnya yang diebri tanda / tulisan “rectal thermometer” di samping tempat tidur. Melepas sarung tangan disposable dengan menggulung dan bagian dalam berada di luar, buang pada tempat yang sudah disediakan. 15. Mencuci tangan. 16. Mencatat hasil pengukuran suhu pada <i>flow sheet</i> atau kertas. Pengukuran dilakukan di rektal. 17. Melaporkan hasil yang tidak normal pada orang yang tepat.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam rentang normal.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perubahan suhu tubuh terdeteksi dan diberi tindakan lebih awal. 3. Metode pengukuran suhu yang tepat pada setiap pasien. 4. Lama waktu yang digunakan untuk pengukuran dapat memperoleh hasil yang akurat.
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat pengukuran dilakukan di rektal. 2. Suhu tubuh dicatat di <i>sheet</i> dan grafik suhu. 3. Kondisi kulit karena perubahan suhu. 4. Tanda – tanda dan gejala – gejala yang berhubungan dengan perubahan suhu (mis. menggigil, dehidrasi).
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	--



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MENGUKUR SUHU (Rektal)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan dan berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan mengukur suhu melalui rektal.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Mengkaji kondisi pasien untuk menentukan metode pengukuran melalui rektal dapat dilakukan.		
8	Tidak melepas atau meninggalkan thermometer terpasang di anus selama pengukuran suhu.		
9	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
10	Mengecek atau menurunkan air raksa pada termometer sampai pada atau di bawah angka 35.		
11	Memberi pelumas <i>mercury bulb</i> dan kira-kira 2,5 cm di atas <i>bulb/area</i> yang akan dimasukkan ke rektal.		
12	Mengatur pasien dengan posisi miring ke samping, dan membuka pantat sampai lubang anal terlihat jelas dengan menggunakan bagian belakang alat tenun.		
13	Memasukkan thermometer kira-kira 3,8 cm pada dewasa, 2.5 cm pada anak, atau 1,25 cm pada bayi.		
14	Mengembalikan posisi pantat pasien sambil tetap memegang thermometer selama 2 sampai 3 menit.		
15	Mengambil thermometer, dan mengelapnya satu kali usapan dengan tissue dari jari-jari ke arah <i>mercury bulb</i> , menggunakan kekuatan dan gerakan memutar.		
16	Membaca hasil pengukuran suhu.		
17	Mengelap sisa-sisa pelumas atau stool di sekitar anus dengan tissue dan membuang tissue di bengkok atau di tempat yang disediakan.		
18	Mencuci thermometer dalam air sabun yang hangat dan membilas dengan air dingin.		
19	Mengeringkan dan mengembalikan thermometer pada tempatnya.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
20	Ketenangan selama melakukan tindakan.		

SOP Praktika Keperawatan Dasar Manusia

21	Melakukan komunikasi therapeutik selama tindakan.		
22	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
23	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
		Jumlah YA	
	NILAI = Jumlah YA/23 x 100		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MENGUKUR SUHU (ORAL)

SOP	MENGUKUR SUHU (ORAL)
PENGERTIAN	<p>Suhu tubuh adalah panas tubuh yang diukur dalam derajat. Derajat suhu tubuh merefleksikan perbedaan antara produksi panas dan penguapan panas.</p> <p>Pengukuran suhu per-oral merupakan pengkajian yang paling sering dilakukan.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan jika suhu tubuh dalam rentang normal. 2. Memberikan data dasar untuk evaluasi selanjutnya. 3. Menentukan perubahan perubahan kondisi penyakit.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien harus dapat menutup mulutnya mengelilingi termometer. 2. Jika pasien baru saja makan atau minum panas atau dingin, atau sedang merokok atau mengunyah, disarankan untuk menunggu selama 15 – 30 menit berlalu sebelum memeriksa suhu secara oral.
KONTRA INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak sadar dan pasien kejang. 2. Bayi dan anak – anak kecil. 3. Pasien dengan penyakit rongga mulut atau dengan pembedahan hidung atau mulut. 4. Pasien yang terpasang oksigen nasal.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer oral 2. Tissue 3. Bengkok 4. Pensil atau bolpoin 5. Jam tangan dengan menggunakan detik atau digital 6. Kertas atau <i>flow sheet</i>

	7. <i>Handskoer</i> / sarung tangan disposable
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat – alat. 2. Mengecek gelang identitas pasien dan mengatur pasien dalam posisi yang nyaman. 3. Menjelaskan prosedur kepada pasien. 4. Membawa alat – alat. 5. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan pada tangan dominan atau keduanya. 6. Jika termometer dimasukkan ke dalam cairan kimia, membersihkan dengan sedikit tekanan hingga kering, dengan gerakan memutar, menggunakan lap bersih / tissue. 7. Membersihkan sekali lagi dari <i>bulb</i> ke arah jari – jari dengan tissue. 8. Memegang termometer dengan kuat dengan ibu jari dan jari telunjuk, dan dengan gerakan pergelangan, menggoyangkan termometer sampai air raksa turun mencapai paling sedikit 36° C (96° F). 9. Membaca termometer dengan memegangnya secara horizontal setinggi mata dan memutarnya sampai garis air raksa dapat dilihat dengan jelas. 10. Meletakkan <i>mercury bulb</i> dari termometer di sisi kanan atau kiri dibawah lidah, dan meminta pada pasien untuk menutup bibirnya setelah termometer terpasang. 11. Baca termometer dengan mendekati kelipatan sepuluh (<i>to nearest tenth</i>). 12. Membuang tissue dalam tempat pembuangan / bungkuk yang digunakan untuk item – item yang terkontaminasi.

	<p>13. Mencuci termometer dalam air sabun hangat. Membilasnya dalam air dingin. Mengeringkan dan mengembalikan termometer pada tempatnya di samping tempat tidur.</p> <p>14. Mencuci tangan.</p> <p>15. Mencatat hasil pengukuran suhu pada <i>flow sheet</i> atau kertas. Pengukuran dilakukan di oral.</p> <p>16. Melaporkan hasil yang tidak normal pada orang yang tepat.</p>
EVALUASI	<p>1. Suhu tubuh dalam rentang normal.</p> <p>2. Perubahan suhu tubuh terdeteksi dan diberi tindakan lebih awal.</p> <p>3. Metode pengukuran suhu yang tepat pada setiap pasien.</p> <p>4. Lama waktu yang digunakan untuk pengukuran dapat memperoleh hasil yang akurat.</p>
DOKUMENTASI	<p>1. Tempat pengukuran dilakukan di rektal.</p> <p>2. Suhu tubuh dicatat di <i>sheet</i> dan grafik suhu.</p> <p>3. Kondisi kulit karena perubahan suhu.</p> <p>4. Tanda – tanda dan gejala – gejala yang berhubungan dengan perubahan suhu (mis. menggigil, dehidrasi).</p>
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p>

	Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.	
Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium  <u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002	Disahkan oleh Ketua Program Studi  <u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015	Mengetahui Ketua Jurusan  <u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MENGUKUR SUHU (Oral)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan dan berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan mengukur suhu melalui oral.		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Mengkaji kondisi pasien untuk menentukan metode pengukuran melalui oral dapat dilakukan.		
8	Menunggu selama 15-30 menit sebelum memeriksa suhu secara oral, jika pasien baru saja makan atau minum panas atau dingin, atau sedang merokok atau mengunyah.		
9	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
10	Mengatur pasien dengan posisi nyaman.		
11	Mengecek atau menurunkan air raksa pada thermometer sampai pada atau di bawah angka 36°C.		
12	Membersihkan dengan sedikit tekanan hingga kering, dengan gerakan memutar, menggunakan lap bersih atau tissue.		
13	Meletakkan <i>mercury bulb</i> dari thermometer di sisi kanan atau kiri di bawah lidah, dan meminta pasien untuk menutup bibir/mulutnya setelah thermometer terpasang.		
14	Meninggalkan thermometer selama 3 menit atau selama rentang waktu yang direkomendasikan oleh agency.		
15	Mengambil thermometer, dan mengelapnya satu kali dengan jari-jari turun ke arah <i>mercury bulb</i> , dengan gerakan memutar dan kuat.		
16	Membaca hasil pengukuran suhu.		
17	Mencuci thermometer dalam air sabun yang hangat dan membilas dengan air dingin.		
18	Mengeringkan dan mengembalikan thermometer pada tempatnya.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
19	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
21	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
22	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/22 x 100		



PEMERIKSAAN BERAT DAN TINGGI BADAN

SOP	PEMERIKSAAN BERAT DAN TINGGI BADAN
PENGERTIAN	Suatu tindakan untuk mengetahui integritas sistem syaraf yang meliputi fungsi syaraf kranial, seperti sensorik, motorik dan refleks termasuk diantaranya kemampuan klien mengetahui orientasi tentang orang, waktu dan tempat.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kelengkapan fungsi syaraf kranial pasien. 2. Mengidentifikasi tingkat kesadaran klien. 3. Mengidentifikasi kemampuan fungsi motorik pasien. 4. Mengetahui kelengkapan dan atau adanya tambahan refleks tubuh pasien.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien yang baru datang di IGD. 2. Semua pasien ruang perawatan dengan keluhan sistem neurologi.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handscoon. 2. Penlight. 3. Reflek hamer. 4. Bahan bacaan tentang penilaian tingkat kesadaran.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien 2. Ukur tingkat kesadaran pasien dan nilai tingkat kesadaran pasien.

<p>DOKUMENTASI</p>	<p>1. Adakah hal – hal yang menghambat selama pemeriksaan.</p> <p>2. Masukkan semua data pasien pada catatan keperawatan pasien.</p>	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

SOP	MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE BRANKART
PENGERTIAN	Memindahkan pasien yang tidak dapat melakukan sendiri tanpa bantuan untuk pindah dari tempat tidur ke brankart dan pasien maupun perawat harus terjaga pada <i>good alignment</i> dan tidak terjadi injury selama berpindah.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan rasa nyaman dan aman. 2. Mencegah injury karena gerakan yang tidak benar saat berpindah.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang tidak mampu bergeser tanpa bantuan. 2. Pasien yang akan dilakukan tindakan di ruang lain.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur. 2. <i>Drawsheet</i>. 3. Brankart.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan langkah prosedur pada pasien. 2. Mencuci tangan. 3. Menggeser tempat tidur dan alat – alat di ruangan untuk memberikan ruang kosong agar brankart masuk. Memastikan bahwa ada yang membantu. Menutup semua pintu dan gorden. 4. Menaikkan tempat tidur sama tinggi depan brankart dan mengatur bagian kepala tempat tidur pada posisi datar jika pasien dapat menerima, menurunkan <i>side rails</i>. 5. Meletakkan atau <i>drawsheet</i> (sprei untuk menarik) di bawah pasien jika dibawah pasien belum ada. Menggunakan

	<p><i>drawsheet</i> untuk menggeser pasien ke sisi tempat tidur dimana brankart akan ditempatkan.</p> <p>6. Menempatkan brankart paralel ke sebelah tempat tidur. Mengunci roda brankart dan tempat tidur. Mengambil bantal dari tempat tidur dan meletakkannya di brankart.</p> <p>7. Untuk memindahkan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat pertama harus berlutut pada sisi tempat tidur yang jauh dari brankart. Posisi lutut yang berada pada bagian atas batang tubuh lebih dekat ke pasien daripada lutut lainnya. Memegang <i>drawsheet</i> dengan kuat. b. Perawat kedua berada di seberang brankart dan memegang <i>drawsheet</i> pada bagian kepala dan dada pasien. c. Perawat ketiga berada di seberang brankart dan memegang <i>drawsheet</i> bagian pinggang dan paha pasien. Meminta pasien untuk menyilangkan lengan di dada. d. Pada tanda atau kode yang diberikan oleh perawat pertama, kedua dan ketiga menarik <i>drawsheet</i> sementara perawat pertama mengangkat pasien dari tempat tidur ke brankart. <p>8. Menjaga posisi pasien di brankart sampai <i>side rails</i> dinaikkan. Membantu pasien ke posisi yang nyaman dan menyelimuti pasien. Meninggalkan <i>drawsheet</i> tetap ditempatnya untuk memindahkan kembali pasien ke tempat tidur.</p> <p>9. Mencuci tangan.</p>
<p>EVALUASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas normal. 2. <i>Body alignment</i> terjaga. 3. Tidak terjadi injury.
<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan dan perasaan pasien terhadap tindakan.

<p>REFERENSI</p>	<p>2. Jumlah staff yang diperlukan untuk melakukan tindakan.</p> <p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI

SOP	MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI
PENGERTIAN	Memindahkan pasien yang tidak dapat melakukan sendiri tanpa bantuan untuk pindah dari tempat tidur ke brankart dan pasien maupun perawat harus terjaga pada <i>good alignment</i> dan tidak terjadi injury selama berpindah.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan rasa nyaman dan aman. 2. Mencegah injury karena gerakan yang tidak benar saat berpindah. 3. Memberikan ekspansi dan ventilasi paru yang optimal. 4. Mencegah kontaktur karena fleksi persendian yang konstan. 5. Meningkatkan gerakan persendian yang optimal. 6. Membantu pemeliharaan kebutuhan kulit. 7. Mencegah injury karena gerakan yang tidak benar.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan immobility atau <i>bed rest</i> lama. 2. Pasien yang tidak mampu bergeser tanpa bantuan. 3. Pasien yang akan dilakukan tindakan di ruang lain.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur. 2. Kursi atau kursi roda.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan langkah prosedur pada pasien. 2. Mencuci tangan. 3. Mengkaji kemampuan pasien untuk berpindah. Menyingkirkan alat – alat seperlunya untuk menempatkan kursi. Menutup pintu dan gorden. 4. Mengatur tempat tidur pada posisi rendah. 5. Membantu pasien untuk memakai sandal dengan sol tidak licin. 6. Tempatkan kursi di sisi tempat tidur.

	<p>a. <i>Untuk posisi dengan mobilitas tidak terganggu</i> : Menempatkan kursi dekat di samping tempat tidur menghadap ke arah bagian kaki tempat tidur dan jika mungkin menahan bagian belakang kursi pada meja di samping tempat tidur.</p> <p>b. <i>Untuk pasien dengan mobilitas terganggu</i> : Meletakkan kursi menghadap ke bagian kepala atau kaki tempat tidur. Ketika duduk di pinggir tempat tidur, pasien harus kuat tanpa bantuan dengan menggunakan tangan pada sisi yang tidak terhalang untuk memegang lengan / pinggiran kursi.</p> <p>7. Mengunci roda kursi dan tempat tidur jika bisa. Menaikkan pedal kaki pada kursi roda ke atas.</p> <p>8. Menaikkan bagian kepala tempat tidur pada posisi paling tinggi.</p> <p>9. Membantu pasien untuk duduk di pinggir tempat tidur dengan menyokong bagian kepala pasien dan leher sambil menggeser kaki pasien keluar dari tempat tidur untuk berjuntai. Membantu pasien pada posisi berdiri :</p> <p>a. <i>Untuk pasien dengan mobilitas tidak terganggu</i> : Menghadap ke pasien dan menggunakan kaki dan lutut saudara menahan pasien. Meletakkan kedua tangan pada pinggang pasien, sedangkan pasien berpegang pada saudara diantara bahu dan pinggang. Gunakan paha saudara untuk mensupport saudara mengangkat pasien ke posisi berdiri.</p> <p>b. <i>Untuk pasien dengan mobilitas terganggu</i> : Menghadap ke pasien dan menggunakan kaki dan lutut saudara menahan pasien, khususnya pada ekstremitas yang dapat digunakan. Meletakkan kedua tangan pada pinggang pasien. Pasien bisa meletakkan lengan yang tidak digunakan pada bahu saudara atau menggunakan lengan</p>
--	--

	<p>yang tidak digunakan untuk mencapai lengan kursi dan mendorong ke atas pada saat naik ke posisi berdiri.</p> <p>10. Memutar pasien ke posisi di depan kursi dengan kaki diposisikan menempel kursi.</p> <p>11. Pasien bisa menggunakan satu tangan (lengan yang tidak digunakan jika dapat melakukan) untuk berada pada lengan / pegangan kursi dan mampu melakukan sendiri saat turun ke posisi duduk dengan pelan. Selanjutnya menahan lutut pasien dengan menekuk pinggul dan lutut saudara ketika mendudukkan pasien.</p> <p>12. Mengatur posisi pasien dengan menggunakan bantal. Menyelimuti pasien dan memberi pengaman jika perlu. Mendekatkan bel untuk memanggil yang siap digunakan.</p> <p>13. Mencuci tangan</p> <p>14. Mendokumentasikan daya tahan pasien terhadap tindakan dan lamanya waktu di kursi.</p>
<p>EVALUASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasa nyaman pasien meningkat. 2. Kulit tetap utuh tanpa kerusakan. 3. Bernafas normal. 4. Pergerakan sendi dipelihara. 5. <i>Body alignment</i> terjaga.
<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seberapa sering pasien alih baring atau digerakkan. 2. Kondisi kulit dan gerakan persendian. 3. Masalah – masalah yang tidak diharapkan pergerakan dan pengaturan posisi pasien dan solusi – solusi masalah. 4. Penerimaan dan perasaan pasien terhadap tindakan. 5. Jumlah staff yang diperlukan untuk melakukan tindakan. 6. Waktu pasien di kursi atau berjantai kaki di pinggir tempat tidur.

<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

**“RANGE OF MOTION” (ROM) PASIF
(Ekstremitas Atas)**

SOP	“RANGE OF MOTION” (ROM) PASIF (Ekstremitas Atas)
PENGERTIAN	<p><i>Range of Motion</i> adalah rentang gerakan secara maksimal pada persendian apakah mampu bergerak secara normal.</p> <p><i>Passive exercise</i>—pasien tidak dapat bergerak secara mandiri dan perawat menggerakkan setiap persendian dengan <i>range of motion</i>.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan atau menjaga fungsi persendian. 2. Meningkatkan atau menjaga tonus dan kekuatan otot. 3. Menghilangkan efek – efek <i>bed rest</i> atau immobilisasi yang lama. 4. Mencegah kontraktur. 5. Meningkatkan rasa nyaman pasien. 6. Menyiapkan pasien untuk ambulasi.
INDIKASI	Pasien dengan immobility atau <i>bed rest</i> lama.
ALAT - ALAT	Tempat tidur pasien.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Menjelaskan rasional tindakan pada pasien. 3. Mengatur posisi pasien dengan punggung pasien pada tempat tidur sedatar mungkin. Mengatur tempat tidur dengan posisi tinggi. 4. Membuka bagian tubuh yang akan dilakukan eksersis. 5. Melakukan ROM pada semua persendian dengan pelan dan <i>gentle</i>. Dimulai dari kepala : <i>Leher</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Flexi sendi leher : menggerakkan kepla ke depan dengan sudut 90° dengan dagu berada di dada. b. Extensi sendi leher : menggerakkan kepala ke arah atas dari dada dengan sudut 90° untuk posisi menengadah. c. Hyperextension sendi leher : menggerakkan kepala ke belakang dengan sudut 90°.

- d. **Rotasi** sendi leher : menggerakkan kepala dengan gerakan memutar 90° ke kiri, kemudian 90° ke kanan.

Bahu

- a. **Flexi** sendi bahu : mengangkat lengan dengan sudut 180° dari samping ke atas kepala.
- b. **Extensi** sendi bahu : menggerakkan lengan ke samping tubuh.
- c. **Hyperextensi** sendi bahu : menggerakkan lengan ke belakang tubuh pada sudut 50° .
- d. **Abduksi** sendi bahu : mengangkat lengan menjauh dari sisi dengan sudut 180° ke atas kepala.
- e. **Adduksi** sendi bahu : menggerakkan lengan tepat di sisi dada.
- f. **Rotasi External** sendi bahu : mengangkat lengan ke samping dengan siku menekuk 45° ; bergerak ke depan sehingga telapak tangan menghadap ke depan.
- g. **Rotasi Internal** sendi bahu : menggerakkan lengan ke samping setinggi bahu dengan siku menekuk 45° . Menurunkan lengan sehingga telapak tangan menghadap ke belakang.
- h. **Sircumduksi** sendi bahu : menggerakkan lengan dengan putaran penuh.

Siku

- a. **Flexi** sendi siku : menekuk siku sehingga lengan bergerak ke atas ke arah bahu.
- b. **Extensi** sendi bahu : meluruskan siku dan kembali ke posisinya.

Lengan Bawah

- a. **Supinasi** lengan bawah : memutar lengan bawah 90° sehingga telapak tangan menghadap ke atas.
- b. **Pronasi** lengan bawah : memutar lengan bawah 90° sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.

Pergelangan tangan

- a. **Flexi** sendi pergelangan tangan : menekuk tangan dengan sudut 90° ke arah lengan bagian dalam.
- b. **Extensi** sendi pergelangan tangan : menggerakkan tangan lurus ke arah luar.
- c. **Hyperextensi** sendi pergelangan tangan : menekuk tangan ke atas dan belakang dengan sudut 90° ke arah lengan.

	<p>d. Abduksi atau Ulnar Deviation sendi pergelangan tangan : menekuk pergelangan tangan keluar menjauh dari lengan.</p> <p>e. Adduksi atau Radial Deviation sendi pergelangan tangan : menekuk pergelangan tangan ke dalam ke arah radius.</p> <p><i>Jari – jari dan ibu jari</i></p> <p>a. Flexi sendi jari – jari dan ibu jari : membuat kepalan tangan sehingga jari – jari semuanya menekuk ke dalam.</p> <p>b. Extensi sendi jari – jari dan ibu jari : menggerakkan jari – jari dengan sudut 90° ke posisi lurus.</p> <p>c. Hyperextensi sendi jari – jari dan ibu jari : menggerakkan ke atas ke arah belakang tangan.</p> <p>d. Abduksi sendi jari – jari dan ibu jari : menggerakkan jari – jari selebar mungkin.</p> <p>e. Adduksi sendi jari – jari dan ibu jari : menggerakkan jari – jari dan ibu jari bersama – sama.</p> <p>6. Menjaga gravitasi yang berlawanan dan gerakan yang mengganggu / menyulitkan ketika melakukan eksersis ROM.</p> <p>7. Memberi penyokong di atas atau di bawah persendian dengan menggunakan <i>cradling support</i> selama melakukan eksersis.</p> <p>8. Mengikuti urutan eksersis untuk tubuh bagian atas sesuai dengan catatan.</p> <p>9. Semua persendian harus dilakukan <i>five full-range-of-motion-exercise</i> untuk setiap sendi sedikitnya dua kali sehari</p> <p>10. Menganjurkan pasien untuk melakukan eksersis sesegera mungkin.</p> <p>Rasional : eksersis pasif hanya membantu mencegah terjadinya kontraktur, tetapi tidak memelihara otot.</p> <p>11. Menghentikan eksersis jika pasien mengeluh nyeri atau tidak nyaman.</p> <p>12. Mengkaji ulang kemampuan pasien untuk melakukan eksersis ROM dan mengatur jadwal sesuai dengan kemampuan pasien.</p>
<p>EVALUASI</p>	<p>1. Pasien mengalami peningkatan pada rentang gerak dan tonus otot.</p> <p>2. Pasien merasa nyaman selama mengikuti gerakan – gerakan ROM.</p> <p>3. Pasien mampu melakukan ambulasi berikutnya tanpa kesulitan selama <i>bed rest</i>.</p>

<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan latihan gerak. 2. Perubahan – perubahan kondisi persendian atau mobilitas persendian. 3. Gerakan – gerakan yang menyebabkan nyeri atau tidak nyaman. 4. Kuantitas partisipasi pasien. 5. Persendian – persendian tertentu berhasil dilakukan ROM. 6. Perubahan – perubahan prosedur tidak sesuai. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

RANGE OF MOTION (ROM) PASIF-TUBUH ATAS

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai dengan waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan dilakukan ROM pasif.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur pada pasien.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Mengkaji kondisi fraktur/klien sebelum melakukan tindakan.		
8	Mengkaji fungsi syaraf termasuk rentang gerak dan sensasi (nyeri) selama dilakukan ROM.		
9	Mengkaji fungsi sirkulasi, seperti warna, suhu, <i>capillary refill</i> , dan edema.		
10	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Melakukan Fleksi-Ektensi-Hyperextensi-Rotasi sendi leher.		
12	Melakukan Fleksi-Ektensi-Hyperextensi sendi bahu.		
13	Melakukan Abduksi-Adduksi sendi bahu.		
14	Melakukan Rotasi Internal-Rotasi Eksternal-Sirkumduksi sendi bahu		
15	Melakukan Fleksi-Extensi sendi siku.		
16	Melakukan Supinasi-Pronasi sendi lengan bawah.		
17	Melakukan Fleksi-Extensi-Hyperextensi pergelangan tangan.		
18	Melakukan Radial-Ulnar Deviation sendi pergelangan tangan		
19	Melakukan Fleksi-Ektensi-Hyperextensi sendi jari tangan.		
20	Melakukan Abduksi-Adduksi sendi jari-jari tangan.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
21	Melakukan evaluasi tindakan.		
22	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
23	Melakukan komunikasi terapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
24	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
25	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA x 4		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

“RANGE OF MOTION” (ROM) PASIF (Ekstremitas Bawah)

SOP	“RANGE OF MOTION” (ROM) PASIF (Ekstremitas Bawah)
PENGERTIAN	<p><i>Range of Motion</i> adalah rentang gerakan secara maksimal pada persendian apakah mampu bergerak secara normal.</p> <p><i>Passive exercise</i>—pasien tidak dapat bergerak secara mandiri dan perawat menggerakkan setiap persendian dengan <i>range of motion</i>.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan atau menjaga fungsi persendian. 2. Meningkatkan atau menjaga tonus dan kekuatan otot. 3. Menghilangkan efek – efek <i>bed rest</i> atau immobilisasi yang lama. 4. Mencegah kontraktur. 5. Meningkatkan rasa nyaman pasien. 6. Menyiapkan pasien untuk ambulasi.
INDIKASI	Pasien dengan immobility atau <i>bed rest</i> lama.
ALAT - ALAT	Tempat tidur pasien.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Menjelaskan rasional tindakan pada pasien. 3. Mengatur posisi pasien dengan punggung pasien pada tempat tidur sedatar mungkin. Mengatur tempat tidur dengan posisi tinggi. 4. Membuka bagian tubuh yang akan dilakukan eksersis. 5. Melakukan ROM pada semua persendian dengan pelan dan <i>gentle</i>. <p><i>Tubuh</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Flexi persendian tubuh : membungkuk ke depan 90°.

- b. **Extensi** persendian tubuh : berdiri pada posisi lurus / tegak.
- c. **Hyperextension** persendian tubuh : menekuk ke belakang 30°.
- d. **Flexi Lateral** persendian tubuh : menekuk ke kedua sisi dari pinggang.

Pinggul

- a. **Flexi** sendi pinggul : menggerakkan paha ke depan dan atas 90°.
- b. **Extensi** sendi pinggul : menggerakkan paha sejajar lurus dengan tubuh.
- c. **Hyperextensi** sendi pinggul : menggerakkan paha ke belakang 50°.
- d. **Rotasi External** sendi pinggul : memutar paha dan kaki ke arah luar 90°.
- e. **Rotasi Internal** sendi pinggul : memutar paha dan kaki ke arah dalam 90°.
- f. **Sircumduksi** sendi pinggul : menggerakkan paha dalam putaran 360°.
- g. **Abduksi** sendi pinggul : menggerakkan paha menjauh dari tubuh 45°.
- h. **Adduksi** sendi pinggul : menggerakkan paha ke arah tubuh 45°.

Lutut

- a. **Flexi** sendi lutut : menekuk lutut 90°, kaki bergerak ke belakang dan atas.
- b. **Extensi** sendi lutut : menggerakkan kaki 90° dengan lutut dan paha sejajar dengan tubuh.

Pergelangan kaki

- a. **Plantar Flexion** sendi pergelangan kaki : menekuk telapak kaki ke bawah.
- b. **Dorsiflexion** sendi pergelangan kaki : menekuk telapak kaki ke atas.
- c. **Eversion** sendi pergelangan kaki : menggerakkan telapak kaki samping ke arah luar.
- d. **Inversion** sendi pergelangan kaki : menggerakkan telapak kaki tengah ke arah dalam.

Jari – jari kaki

- a. **Flexi** sendi jari – jari kaki : menekuk ke bawah 90° ..
 - b. **Extensi** sendi jari – jari kaki : lurus dari kaki.
 - c. **Hyperextensi** sendi jari – jari kaki : menekuk ke atas 45° .
 - d. **Abduksi** sendi jari – jari kaki : merentang terpisah 15° .
 - e. **Adduksi** sendi jari – jari kaki : menyatukan jari – jari pada posisi normal.
6. Menjaga gravitasi yang berlawanan dan gerakan yang mengganggu / menyulitkan ketika melakukan eksersis ROM.
 7. Memberi penyokong di atas atau di bawah persendian dengan menggunakan *cradling support* selama melakukan eksersis.
 8. Mengikuti urutan eksersis untuk tubuh bagian atas sesuai dengan catatan.
 9. Semua persendian harus dilakukan *five full-range-of-motion-exercise* untuk setiap sendi sedikitnya dua kali sehari
 10. Menganjurkan pasien untuk melakukan eksersis sesegera mungkin.
- Rasional** : eksersis pasif hanya membantu mencegah terjadinya kontraktur, tetapi tidak memelihara otot.
11. Menghentikan eksersis jika pasien mengeluh nyeri atau tidak nyaman.

	12. Mengkaji ulang kemampuan pasien untuk melakukan eksersis ROM dan mengatur jadwal sesuai dengan kemampuan pasien.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengalami peningkatan pada rentang gerak dan tonus otot. 2. Pasien merasa nyaman selama mengikuti gerakan – gerakan ROM. 3. Pasien mampu melakukan ambulasi berikutnya tanpa kesulitan selama <i>bed rest</i>.
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan latihan gerak. 2. Perubahan – perubahan kondisi persendian atau mobilitas persendian. 3. Gerakan – gerakan yang menyebabkan nyeri atau tidak nyaman. 4. Kuantitas partisipasi pasien. 5. Persendian – persendian tertentu berhasil dilakukan ROM. 6. Perubahan – perubahan prosedur tidak sesuai.
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

RANGE OF MOTION (ROM) PASIF-TUBUH BAWAH

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai dengan waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan dilakukan ROM pasif.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur pada pasien.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Mengkaji kondisi fraktur/klien sebelum melakukan tindakan.		
8	Mengkaji fungsi syaraf termasuk rentang gerak dan sensasi (nyeri) selama dilakukan ROM.		
9	Mengkaji fungsi sirkulasi, seperti warna, suhu, <i>capillary refill</i> , dan edema.		
10	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Melakukan Fleksi-Ektensi-Hyperextensi persendian tubuh.		
12	Melakukan Fleksi Lateral-Rotasi persendian tubuh.		
13	Melakukan Fleksi-Ektensi-Hyperextensi sendi pinggul.		
14	Melakukan Rotasi Internal-Eksternal sendi pinggul.		
15	Melakukan Sirkumduksi-Abduksi-Adduksi sendi pinggul.		
16	Melakukan Fleksi-Ektensi sendi lutut.		
17	Melakukan Dorsiflexion-Plantar Flexion pergelangan kaki.		
18	Melakukan Inversi-Eversi pergelangan kaki.		
19	Melakukan Fleksi - Ektensi-Hyperextensi sendi jari-jari kaki.		
20	Melakukan Abduksi-adduksi sendi jari-jari kaki.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
21	Melakukan evaluasi tindakan.		
22	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
23	Melakukan komunikasi therapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
24	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
25	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA x 4		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

“RANGE OF MOTION” (ROM) AKTIF

SOP	“RANGE OF MOTION” (ROM) AKTIF
PENGERTIAN	<p><i>Range of Motion</i> adalah rentang gerakan secara maksimal pada persendian apakah mampu bergerak secara normal.</p> <p><i>Active exercise</i>—pasien dapat bergerak secara mandiri menggerakkan setiap persendian dengan <i>range of motion</i>.</p> <p><i>Active-assistive exercise</i>—perawat memberikan bantuan minimal.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan atau menjaga fungsi persendian. 2. Meningkatkan atau menjaga tonus dan kekuatan otot. 3. Menghilangkan efek – efek <i>bed rest</i> atau immobilisasi yang lama. 4. Mencegah kontraktur. 5. Meningkatkan rasa nyaman pasien. 6. Menyiapkan pasien untuk ambulasi.
INDIKASI	Pasien dengan immobility atau <i>bed rest</i> lama.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien. 2. Sepatu atau sandal yang kokoh dan tidak licin.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan rasional tindakan pada pasien. 2. Mendemonstrasikan latihan – latihan yang harus dilakukan pada pasien. 3. Membantu pasien menyiapkan diri atau mengatur posisi untuk latihan. 4. Melihat pasien pada saat melakukan latihan – latihan gerak. 5. Membantu latihan – latihan yang diperlukan. 6. Membetulkan kesalahan – kesalahan latihan gerak yang dilakukan pasien. 7. Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan gerak sebanyak mungkin. 8. Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan ROM setiap 4 jam latihan gerak untuks semua persendian.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengalami peningkatan pada rentang gerak dan tonus otot. 2. Pasien merasa nyaman selama mengikuti gerakan – gerakan ROM. 3. Pasien mampu melakukan ambulasi berikutnya tanpa kesulitan selama <i>bed rest</i>.

<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan latihan gerak. 2. Perubahan – perubahan kondisi persendian atau mobilitas persendian. 3. Gerakan – gerakan yang menyebabkan nyeri atau tidak nyaman. 4. Kuantitas partisipasi pasien. 5. Persendian – persendian tertentu berhasil dilakukan ROM. 6. Perubahan – perubahan prosedur tidak sesuai. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto.SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>



RANGE OF MOTION (ROM) AKTIF

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai dengan waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan dilakukan ROM pasif.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur pada pasien.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Mengkaji kondisi fraktur/klien sebelum melakukan tindakan.		
8	Mengkaji fungsi syaraf termasuk rentang gerak dan sensasi (nyeri) selama dilakukan ROM.		
9	Mengkaji fungsi sirkulasi, seperti warna, suhu, <i>capillary refill</i> , dan edema.		
10	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mendemonstrasikan latihan yang harus dilakukan pasien.		
12	Membantu pasien menyiapkan diri atau mengatur posisi untuk latihan		
13	Melihat pasien pada saat melakukan latihan-latihan gerak.		
14	Membantu latihan-latihan yang diperlukan.		
15	Membetulkan kesalahan-kesalahan latihan gerak yang dilakukan pasien.		
16	Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan gerak sebanyak mungkin.		
17	Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan ROM setiap 4 jam, dan dilakukan pada semua persendian.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
18	Melakukan evaluasi tindakan.		
19	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
20	Melakukan komunikasi therapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
21	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
22	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/22 x 100		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

KOMPRES HANGAT

SOP	KOMPRES HANGAT
PENGERTIAN	Memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlancar sirkulasi darah. 2. Menurunkan suhu tubuh. 3. Mengurangi rasa sakit. 4. Memberi rasa hangat nyaman dan tenang pada pasien.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien hipertermi (suhu tubuh yang tinggi). 2. Pasien dengan perut kembung. 3. Pasien yang mempunyai penyakit peradangan seperti radang persendian. 4. Spasme otot. 5. Adanya abses.
KONTRA INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma 12 – 24 jam pertama. 2. Peradangan / oedema. 3. Gangguan vascular. 4. Pleuritis.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Air panas. 2. Waslap. 3. Sarung tangan. 4. Handuk kering.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan alat dan bahan. 2. Memberitahu prosedur yang akan dilakukan. 3. Memberitahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai. 4. Meninggikan tempat tidur sampai pasien nyaman. 5. Mendekatkan alat dan bahan di tempat tidur pasien. 6. Mencuci tangan dan kenakan sarung tangan.

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Memeriksa TTV pasien sebelum memulai <i>backrub</i> (terutama nadi dan tekanan darah). 8. Kompres hangat diletakkan di bagian tubuh yang memiliki pembuluh besar agar vasodilatasi dan lebih cepat menurunkan suhu tubuh (dahi, aksila, lipat paha). 9. Meminta pasien untuk mengungkapkan ketidaknyamanan saat dilakukan kompres. 10. Pengompresan dihentikan sesuai waktu yang telah ditentukan. 11. Mengkaji kembali kondisi kulit disekitar pengompresan, hentikan tindakan jika ditemukan tanda – tanda kemerahan. 12. Merapikan pasien ke posisi semula. 13. Memberitahu bahwa tindakan sudah selesai. 14. Membereskan alat –alat yang telah digunakan dan lepas sarung tangan. 15. Mengkaji respon pasien (respon subjektif dan objektif). 16. Memberikan <i>reinforcement</i> positif pada pasien. 	
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien. 2. Alat kompres terpasang dengan benar. 3. Suhu tubuh pasien kembali normal. 	
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelaksanaan. 2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi. 3. Nama perawat yang melaksanakan. 	
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

KOMPRES DINGIN KERING (KIRBAT)

SOP	KOMPRES DINGIN KERING (KIRBAT)
PENGERTIAN	Memberikan kompres dingin kepada pasien yang memerlukannya, dengan menggunakan kirbat es yang telah diisi dengan potongan es.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menurunkan suhu tubuh. 2. Membantu mengurangi rasa sakit atau nyeri. 3. Membantu mengurangi perdarahan. 4. Membatasi peradangan.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang suhunya tinggi. 2. Pasien perdarahan hebat. 3. Pasien yang kesakitan.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bengkok. 2. Kantong es. 3. Sarung pelindung. 4. Potongan es secukupnya dalam wadah. 5. Kassa gulung 6. Plester. 7. Larutan klorin 0,5% 8. Perlak kecil atau handuk kecil dan alas 9. Sarung tangan
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat dan bahan <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum dimasukkan ke dalam kantong es dicelupkan dulu ke dalam air untuk menghilangkan ujung – ujungnya yang runcing.

- b. Isi alat dengan keping es sebanyak setengah hingga dua pertiga kantong.
 - c. Keluarkan udara yang berlebihan dengan menekuk atau memelintir alat.
 - d. Pasang katup atau kolar es dengan kuat, atau buat sebuah simpul pada sarung tangan di bagian ujung yang terbuka. Hal ini dilakukan untuk mencegah kebocoran cairan jika es meleleh.
 - e. Pegang alat secara terbalik dan periksa jika ada kebocoran.
 - f. Bungkus alat dengan sarung penutup yang lembut, jika alat tersebut belum dibungkus.
 - g. Pertahankan alat tersebut pada tempatnya dengan menggunakan kasa gulung, pengikat atau handuk. Fiksasi dengan pleter sesuai kebutuhan.
2. Mengkaji pemberian kompres dingin terhadap pasien.
 3. Melakukan *informed consent*.
 4. Mencuci tangan di bawah air mengalir.
 5. Mendekatkan alat dan bahan.
 6. Memasang perlak dan alasnya pada bagian yang akan dikompres.
 7. Memberikan privasi klien.
 8. Memakai sarung tangan.
 9. Memasang kompres pada bagian tubuh yang memerlukan dan hanya pada jangka waktu yang telah ditentukan guna menghindari efek yang membahayakan dari kompres dingin yang berkepanjangan.
 10. Membereskan alat – alat.
 11. Merendam sarung tangan dalam larutan klorin.
 12. Mencuci tangan.
 13. Mendokumentasikan di buku catatan

<p>EVALUASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi penurunan suhu tubuh pada pasien yang mengalami peningkatan suhu tubuh. 2. Pada pasien yang mengalami perdarahan, darah yang keluar menjadi berkurang atau berhenti. 3. Pasien tidak mengalami kesakitan lagi setelah dilakukan kompres dingin. 	
<p>DOKUMENTASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu yang diperlukan untuk mengkompres. 2. Perubahan – perubahan kondisi pada pasien. 3. Gerakan – gerakan yang menyebabkan nyeri atau tidak nyaman. 4. Kuantitas partisipasi pasien. 5. Perubahan – perubahan prosedur tidak sesuai. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

KOMPRES DINGIN BASAH

SOP	KOMPRES DINGIN BASAH
PENGERTIAN	Balutan kasa basah yang sering diletakkan di atas luka terbuka. Kompres kasa dan kemasan basah dapat diberikan dalam bentuk panas atau dingin..
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan luka. 2. Mengobati luka. 3. Mencegah kekeringan pada luka tertentu.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luka yang kotor. 2. Pasien colostomi sebelum dilakukan operasi.
ALAT - ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan, forcep dan lidi kapas (jika kompres harus steril). 2. Wadah untuk larutan.. 3. Kassa gulung / segiempat. 4. Plastik. 5. Tali. 6. Botol air panas atau kantung es. 7. Handuk kecil. 8. Termometer. 9. Jeli minyak. 10. Alat tulis dan buku catatan.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat dan bahan 2. Mengkaji pemberian kompres dingin terhadap pasien. 3. Melakukan <i>informed consent</i>. 4. Mencuci tangan di bawah air mengalir. 5. Mendekatkan alat dan bahan. 6. Memasang perlak dan alasnya pada bagian yang akan dikompres. 7. Memberikan privasi pada klien. 8. Membantu pasien dalam persiapannya : <ol style="list-style-type: none"> a. Membantu klien ke posisi nyaman.

	<ul style="list-style-type: none"> b. Memajankan area tubuh yang akan dikompres. c. Menyangga bagian tubuh yang memerlukan kompres kasa atau kemasam basah. d. Memakai sarung tangan dan lepaskan balutan luka, jika ada. <p>9. Membasahi kompres kasa atau kemasam.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan kasa di dalam larutan. b. Dinginkan flanel atau handuk di dalam baskom berisi air dan keping es. <p>10. Melindungi kulit sekitar luka sesuai indikasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dengan lidi kapas, oleskan jeli minyak ke kulit di sekeliling luka, jangan oleskan ke luka atau area kulit yang rusak. Jeli minyak melindungi kulit dari kemungkinan efek iritasi dari beberapa larutan. <p>11. Tempelkan kompres kasa basah atau kemasam basah.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Peras kompres kasa sehingga larutan tidak menetes dari kompres kasa tersebut. b. Tempelkan kasa secara lembut dan bertahap pada area yang dituju dan jika dapat ditoleransi klien, tempelkan kompres kasa hingga menutupi area yang dikompres dengan baik. Padatkan kasa sampai pas memenuhi semua permukaan luka. c. Peras handuk, tempelkan handuk ke area tubuh, tutupi area tubuh yang dikompres. <p>12. Segera sematkan dan fiksasi kompres.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menutupi kasa atau flanel segera dengan handuk kering atau selebar plastik. Langkah ini membantu mempertahankan efektivitasnya. b. Memfiksasi kompres kasa atau kemasam di tempatnya dengan menggunakan pengikat kasa atau plester. <p>13. Memantau klien.</p> <p>14. Mengangkat kompres kasa atau kemasam pada waktu yang telah ditentukan.</p> <p>15. Melakukan dokumentasi.</p>
<p>EVALUASI</p>	<p>1. Luka menjadi bersih, tidak kotor.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tidak terjadi infeksi yang memperparah kondisi pasien. 3. Luka menjadi lembab dan tidak kering (pada luka tertentu). 	
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu yang diperlukan untuk mengkompres. 2. Keadaan luka sebelum dan setelah dikompres. 3. Perubahan – perubahan kondisi pada pasien. 4. Gerakan – gerakan yang menyebabkan nyeri atau tidak nyaman. 5. Kuantitas partisipasi pasien. 6. Perubahan – perubahan prosedur tidak sesuai. 	
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MEMANDIKAN PASIEN

SOP	MEMANDIKAN PASIEN
PENGERTIAN	<p>Complete Bath : Memandikan seluruh area tubuh, yang dapat dilakukan oleh perawat, pasien, atau anggota keluarga.</p> <p>Partial Bath : Memandikan bagian-bagian tertentu dari tubuh, seperti muka, lengan bawah, punggung, dan area perinium.</p>
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi dengan membersihkan kotoran, sekresi, dan keringat yang berlebihan dari kulit. • Meningkatkan sirkulasi • Memelihara tonus otot dengan gerakan aktif atau pasif saat mandi. • Memberikan rasa nyaman pada pasien • Mengkaji status pasien secara keseluruhan , kondisi kulit, mobilitas, dan kenyamanan.
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Waskom berisi air hangan (2) • Sabun dan tempatnya • Perlengkapan pribadi (deodorant, bedak, lotion) • Tempat / kantong pakaian • Waslap (2 atau 3) • Handuk mandi (2) • 1 pasang handscoen jika diperlukan • Selimut bersih • Pakaian bersih • Meja untuk menempatkan perlengkapan mandi • Alat pencukur kumis (pasien laki-laki)
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan lingkungan yang nyaman : suhu yang nyaman dan terang 2. Menjelaskan pada pasien tentang tujuan mandi untuk memenuhi kebutuhan individu 3. Menganjurkan pasien untuk mandi sendiri 4. Menjelaskan beberapa metode atau prosedur tentang memandikan

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mencuci tangan 6. Menyiapkan alat-alat yang diperlukan, dan meletakkan ditempat yang dekat untuk diambil 7. Menanyakan pada pasien jika menginginkan untuk buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) sebelum memulai mandi 8. Mengatur tempat tidur pada posisi yang nyaman untuk bekerja 9. Menjaga privacy pasien
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memasang selimut mandi pasien di atas boven laken / selimut pasien. Menarik / memiringkan boven laken / selimut pasien ke bagian kaki tempat tidur. <ol style="list-style-type: none"> a. Mengangkat boven laken / selimut dari bawah selimut mandi, memulai dari bagian punggung / atas dan menggulung alat tenun ke arah kaki pasien. Meminta pasien untuk memegang pinggiran atas selimut mandi pada saat menarik boven laken / selimut ke bagian kaki tempat tidur. b. Memasukkan pakaian kotor ke tempat / kantong pakaian kotor. 2. Membantu pasien bergeser ke sisi tempat tidur mendekati ke arah kita. Membiarkan side rail (pengaman tempat tidur) pada sisi berlawanan dengan posisi UP/terpasang. 3. Melepas/membuka baju pasien. Menjaga agar pasien tidak kedinginan dengan pasien tetap tertutup selimut mandi. Jika pasien terpasang infus, membuka baju dimulai dari tangan yang tidak terpasang infus. Memasukan baju pasien ke kantong pakaian kotor. 4. Menyiapkan air hangan atau sesuai dengan permintaan pasien. 5. Mengangkat bantal, jika pasien mampu tanpa bantal. 6. Meletakkan handuk di bawah kepala pasien dan letakkan handuk dibawah dagu/mengelap. 7. Memakai handscoen, jika ada resiko terkena cairan tubuh pasien selama memandikan. 8. Membuat lipatan waslap/masukkan waslap ketangan. 9. Membersihkan muka pasien (mulai dari area yang bersih dan bekerja ke arah bawah/kaki) <ol style="list-style-type: none"> a. Membersihkan sekitar mata pasien dengan air bersih. Dengan satu sisi waslap, mengusap dari bagian dalam mata menuju keluar. Gunakan sisi lain waslap, mengulang prosedur pada mata lainnya. Keringkan dengan handuk. b. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan dahi, pipi, hidung, dan sekitar bibir atau mulut. Menggunakan sabun seijin pasien.

	<ul style="list-style-type: none">c. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan area belakang dan sekitar telinga pasien.d. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan leher pasien. <p>10. Mengangkat handuk dari bawah kepala pasien.</p> <p>11. Membersihkan tubuh dan ekstremitas pasien bagian atas. Meletakkan handuk dibawah area yang dimandikan.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Membersihkan kedua lengan dengan mengangkat lengan pasien dan memegang pergelangan pasien, dimulai dari lengan yang jauh dari sisi kita. Dengan mengusap lembut, bersihkan dari pergelangan ke arah bahu, sampai area ketiak.b. Membersihkan kedua tangan pasien dengan merendam ke waskom atau dengan waslap. Kuku tangan dapat dibersihkan sekarang atau setelah mandi.c. Membentangkan handuk untuk menutupi dada, menurunkan selimut mandi sampai area pusar. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan dada pada pasien, juga area bawah mammae. (membersihkan area bawah mammae, jika diinginkan)d. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan ketiak pasien. Memberikan deodorant dan bedak jika diinginkan. <p>12. Membersihkan bagian perut pasien. Menggunakan handuk dari dada dan menggunakan selimut mandi, menutup area yang tidak dimandikan. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan perut dan dada. Memindahkan selimut mandi ditubuh pasien bagian dada dan perut.</p> <p>13. Membersihkan kedua paha dan kaki pasien, mulai dari area yang dekat dengan kita. Meletakkan handuk di bawah kaki yang dibersihkan. Menutup dada dengan handuk, paha, pinggul, dan area yang lain dengan selimut mandi.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Membentangkan handuk dibawah kaki yang dibersihkan. Membersihkan kaki pasien dengan waslap, dari persendian kaki ke lutut dan dari lutut ke pangkal paha. Membilas dan mengeringkan kaki pasien.b. Dengan hati-hati, meletakkan waskom di atas handuk dan kaki pasien.c. Dengan satu lengan di bawah kaki pasien, mengangkat dan menekuk lutut pasien. Memasukkan kaki waskom kedalam air.d. Membersihkan kaki dan jari-jari pasien. Membilas serta mengeringkan kaki dan area diantara jari-jari kaki.
--	---

	<p>e. Dengan hati-hati, memindahkan waskom ke sisi lain tempat tidur., dan mengulang prosedur untuk paha dan kaki pasien lainnya.</p> <p>14. Mengganti air mandi, menutup side rail ketika mengganti dalam waskom. Mengecek suhu air sebelum melanjutkan proses memandikan.</p> <p>15. Selama memandikan, mengkaji kulit dan system musculoskeletal. Memperhatikan pernyataan secara verbal dan ekspresi non verbal.</p> <p>16. Membant pasien ke posisi miring atau posisi prone (telungkup). Meletakkan handuk dibawah area yang dimandikan. Menutup pasien dengan selimut mandi.</p> <p>17. Membersihkan, membilas, dan mengeringkan punggung pasien melalui gerakan dari bahu ke pantat.</p> <p>18. Melakukan massage sekarang atau setelah selesai memandikan dan membersihkan area genetalia.</p> <p>19. Membersihkan area genital. Menutup semua bagian tubuh keseluruh area yang dimandikan.</p>	
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan pasien dalam berpartisipasi untuk merawat diri. • Type mandi yang dilakukan (mis. Komplit atau parsial) dari yang memandikan (pasien, perawat, atau anggota keluarga) • Kondisi kulit pasien dan intervensi lain yang dilakukan pada pasien (mis. Lotion, massage) 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelpia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

PERINEAL CARE

SPO	PERINEAL CARE
PENGERTIAN	Membersihkan daerah kemaluan dan sekitarnya pada klien yang tidak dapat melakukannya sendiri.
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga kebersihan • Menjaga adanya infeksi • Memberikan rasa nyaman pada klien
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Baskom mandi/botol cebok berisi air hangat dengan suhu air 41⁰- 43⁰ C. • Kom berisi kapas air hangat bersih • Selimut mandi • Cairan pembersih kemaluan khusus wanita • Waslap 2 buah • Pengalas • Bed pon/pispot • Bengkok • Handscon bersih dalam tempatnya • Tissue kamar mandi • Tempat kain kotor penutup • Screrm/sampiran bila perlu
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Baskom mandi/botol cebok berisi air hangat dengan suhu air 41⁰-43⁰C. • Selimut mandi • Sabun • Waslap 2buah • Handuk ukuran kecil/sedang • Bengkok • Handscon bersih dalam tempatnya • Tissue kamar mandi • Tempat kain kotor • Kapas air hangat dalam tempatnya
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi klien beresiko untuk perkembangan infeksi genitalia, saluran urinarius, atau saluran reproduksi (misal,

	<p>keberadaan kateter yang tetap, inkontinensia fekal, atau insisi bedah)</p> <ol style="list-style-type: none">2. Jelaskan prosedur dan tujuan pada klien3. Persiapan peralatan bahan yang digunakan :<ol style="list-style-type: none">a. Baskomb. Sabun dan tempatnyac. Dua atau tiga washlapd. Handuk mandie. Selimut mandif. Alas tahan air / bedpang. Tissue toileth. Sarung tangan sekali pakai4. Tata peralatan di samping tempat tidur5. Cuci tangan6. Tarik tirai sekitar tempat tidur atau tutup pintu kamar. Tinggikan tempat tidur sampai pada posisi kerja yang nyaman.7. Turunkan penghalang sisi tempat tidur dan bantu klien pada posisi tidur miring, letakkan handuk sepanjang sisi badan klien dan pertahankan klien agar tertutup selimut mandi semaksimal mungkin8. Kenakan sarung tangan sekali pakai9. Jika ada feses, ambil popok atau tisu toilet dan bersihkan dengan usapan sekali buang. Bersihkan bokong dan anus dari depan ke belakang (lihat gambar). Bersihkan dan bilas dengan teliti. Keringkan secara lengkap. Pindahkan dan buang popok dan ganti dengan yang baru.10. Berikan perawatan perineum
--	--

11. Letakkan popok tahan air di bawah bokong klien dengan posisi klien supine (Tambahan: letakkan pispot di bawah klien)
12. Bantu klien dalam posisi dorsal rekumben
13. Lipat linen tempat tidur paling atas ke arah kaki tempat tidur dan angkat baju klien sampai di atas daerah genitalia
14. Bungkus klien secara 'diamond' dengan menempatkan selimut mandi dengan satu ujung di antara kedua kaki, satu ujung ke arah masing-masing sisi tempat tidur, dan satu ujung di atas dada. Lipat ujung-ujung samping sekitar tungkai dan di bawah pinggang
15. Naikkan penghalang tempat tidur isi baskom dengan air hangat. Letakkan di atas meja tempat tidur.
16. Turunkan penghalang dan bantu klien memfleksikan lututnya dan pisahkan kedua kaki terbuka
17. Lipat ujung bawah selimut mandi di antara kedua tungkai klien ke arah abdomen
18. Bersihkan dan keringkan paha atas klien
19. Bersihkan labia majora. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk membuka labia secara lembut dari paha; dengan tangan dominan, bersihkan secara hati-hati lipatan kulit. Usapan dari arah perineum ke arah rektum. Ulangi pada sisi yang berlawanan, gunakan bagian waslap yang berbeda. bilas dan keringkan daerah tersebut secara merata.
20. Pisahkan labia dengan tangan tidak dominan untuk membuka meatus urethra dan orifisium vagina. Dengan tangan dominan, bersihkan ke arah bawah dari pubis ke arah rektum dengan satu kali usapan. (lihat gambar). Gunakan bagian waslap yang berbeda untuk setiap usapan.

	<p>bersihkan secara merata sekitar labia minora, klitoris dan orifisium vagina</p> <p>21. Jika klien berada di atas pispot, siram air hangat di atas daerah perineum.</p> <p>22. Keringkan daerah perineum secara merata</p> <p>23. Lipat ujung bawah selimut mandi kembali di antara kaki klien dan di atas perineum. Minta klien untuk menurunkan kaki dan memperoleh posisi aman.</p>	
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan pasien dalam berpartisipasi untuk melakukan perawatan perineal care. • Pada saat yang telah ditentukan, evaluasi apakah klien telah mencapai tujuan yang telah direncanakan • Revisi rencana perawatan bila terdapat kekurangan dalam tindakan yang telah dilakukan agar saat dilakukan tindakan lagi bias diperoleh hasil yang lebih baik. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP. 196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

PERAWATAN KAKI

SOP	PERAWATAN KAKI
PENGERTIAN	Pemeriksaan dan perawatan kaki merupakan semua aktivitas khusus (senam kaki, memeriksa dan merawat kaki) yang dilakukan oleh individu. Kegiatan ini sebaiknya dilakukan secara rutin dan minimal sekali sehari.
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga kebersihan • Menjaga adanya infeksi • Memberikan rasa nyaman pada klien
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan • Plester atau perekat • Desinfektan • Alkohol 70%/ wash bensin • NaCl 0,9% • Gunting Plester • Verband • Bengkok : 2 buah,1 buah berisi larutan desinfektan • Obat luka sesuai kebutuhan
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Pinset Anatomi • Gunting Debridemand • Pinset Chirurgis • Kom : 3 buah • Kasa Steril
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meletakkan handuk atau handuk lantai pada lantai di depan pasien. 2. Meletakkan waskom berisi air hangat diatas handuk.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Membantu pasien untuk memasukkan kaki ke dalam waskom. 4. Menambahkan sabun ke air, jika diperlukan. 5. Membantu pasien melakukan personal hygiene lainnya sementara kaki direndam. 6. Membiarkan kaki direndam selama 10 menit dengan menggunakan waslap, membersihkan kaki pasien dengan sabun dan air. 7. Mengeringkan tiap-tiap kaki secara menyeluruh dengan handuk ke-2. Mengeringkan setiap sela-sela jari kaki. 8. Menggunakan pemotong kuku, memotong kuku secara lurus atau rata. Rasional : mencegah trauma pada jaringan sekitarnya. 9. Membersihkan bagian bawah dan sisi-sisi kuku dengan menggunakan pencukil kotoran atau sikat kuku. 	
<p>DOKUMENTASI</p>	<p>Kemampuan pasien dalam melakukan perawatan luka secara mandiri sesuai prosedur yang baik dan benar.</p>	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson.</p> <p>Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelpia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBANTU BAB

SPO	TINDAKAN KEPERAWATAN MEMBANTU BAB
PENGERTIAN	Membantu pasien buang air besar adalah suatu tindakan membantu pasien buang air besar yang dilakukan diatas tempat tidur.
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membantu pasien buang air besar di tempat tidur.
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Pispot • Kom berisi air hangat +sabun+waslap+handuk bawah • Tisu • Perlak/pengalas • Sabun • Urinal (untuk pasien pria) • Linen
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Persiapan pasien Posisi pasien nyaman mungkin (miring, duduk, jongkok / berdiri). • Persiapan petugas Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga serta menjelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan 2. Perawat meminta persetujuan tindakan secara lisan kepada pasien/keluarganya 3. Perawat menjaga privacy pasien dengan cara memasang tirai 4. Perawat melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur 5. Perawat melakukan kebersihan tangan sesuai dengan prosedur

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Perawat mengenakan APD sesuai dengan prosedur 7. Perawat/petugas memposisikan pasien senyaman mungkin 8. Perawat/petugas membuka pakaian bawah pasien dan tutup dengan selimut/handuk bawah 9. Perawat/petugas meletakkan perlak/pengalas dibawah bokong pasien. 10. Perawat/petugas membantu pasien untuk BAK : 11. PASIEN PRIA : Perawat/petugas memasukkan ujung penis pasien ke dalam urinal dan anjurkan pasien untuk memegang urinal (bila mampu) atau perawat memegang urinal (bila pasien tidak mampu) dengan dialasi handuk. 12. PASIEN WANITA : Perawat/petugas memberikan pispot.letakkan tepat dibawah bokong pasien. 13. Perawat/petugas mengeluarkan penis dari urinal (pria), pispot dari bokong (wanita) bila pasien sudah selesai BAK 14. Perawat/petugas membersihkan dengan kertas toilet,b/p bersihkan dengan air hangat + sabun + waslap dan keringkan dengan handuk bawah. 15. Perawat merapikan alat yang telah diberikan dan membuang sampah sesuai dengan prosedur 16. Perawat menjelaskan kepada pasien/keluarga bahwa tindakan selesai dilakukan dan mohon undur diri 17. Perawat melepas APD sesuai dengan prosedur 18. Perawat melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur 19. Perawat melakukan dokumentasi pelaksanaan tindakan pada catatan perkembangan terintegrasi
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan pasien dalam berpartisipasi untuk melakukan tindakan keperawatan membantu klien BAB • Pada saat yang telah ditentukan, evaluasi apakah klien telah mencapai tujuan yang telah direncanakan • Revisi rencana perawatan bila terdapat kekurangan dalam tindakan yang telah dilakukan agar saat dilakukan tindakan lagi bias diperoleh hasil yang lebih baik.

<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto.SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

PERAWATAN KUKU

SPO	PERAWATAN KUKU
PENGERTIAN	Merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu merawat kuku secara mandiri.
TUJUAN	Menjaga kebersihan kuku dan mencegah timbulnya luka atau infeksi akibat kuku yang panjang.
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Alat pemotong kuku. • Handuk. • Baskom berisi air hangat. • Bengkok. • Sabun. • Kapas. • Sikat kuku.
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Posisi pasien nyaman mungkin • Menjelaskan tujuan dan prosedur dilakukannya perawatan kuku
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek policy atau kebijakan Rumah Sakit tentang cara memotong kuku. Beberapa institusi tidak mengizinkan perawat untuk memotong kuku pasien jika pasien mempunyai penyakit diabetes melitus, penyakit vaskuler verifer, atau kondisi lokal seperti infeksi karena jamur. Kuku yang tebal, berjamur, atau masuk/menusuk daging tidak harus dilakukan pemotongan oleh perawat. Meminta podiatrist untuk melihat pasien. 2. Mencuci tangan dan memakai handscoen. 3. Mengatur pasien dengan posisi pasien yang nyaman. 4. Membuka satu ekstremitas (bergantian pada saat membersihkan).

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Merendam kuku (dapat dilakukan bersama dua kaki atau dua tangan) jika kuku terlalu keras untuk dipotong. Mengeringkan kuku. 6. Memotong kuku kaki dengan lurus menggunakan gunting atau pemotong kuku. Rasional : memotong kuku dengan melengkung bisa merusak kulit atau menyebabkan kuku kaki menusuk kulit atau daging. 7. Merapikan atau menghaluskan pinggiran kuku yg dipotong dengan pengikir kuku. Hati-hati agar tidak melukai kulit kuku sekitarnya. 8. Membersihkan bagian bawah kuku dengan pencungkil kotoran pada kuku. 9. Mengembalikan pasien pada posisi nyaman. 10. Menyingkirkan dan membersihkan alat. 11. Melepas handscoen dan mencuci tangan. 	
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil pengkajian awal dan keadaan kaki pasien secara menyeluruh. • Kebutuhan dan rencana untuk perawatan kuku. • Perawatan yang dilakukan dan hasil dari perawatan. • Adanya ketidaknormalan pada kuku. • Keikutsertaan pasien atau keluarga untuk belajar. • Mengirim atau konsultasi ke podiatrist (ahli penyakit kaki, jika perlu). 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson.</p> <p>Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto.SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

INJEKSI INTRAVENA (IV)

SOP	CARA KERJA OBAT INTRAVENA (IV)
PENGERTIAN	Injeksi intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit.
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi daripada dengan injeksi parenteral lain. • Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan • Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Buku catatan pemberian obat atau kartu obat • Kapas alkohol • Sarung tangan • Obat yang sesuai • Spuit 2 ml – 5 ml • Bak spuit • Baki obat • Plester • Perlak pengalas • Pembendung vena (tourniquet) • Kassa steril (bila perlu) • Bengkok
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekakuan, peradangan, atau rasa gatal. Menghindari gangguan absorpsi obat atau cedera dan nyeri yang berlebihan. • Pakai sarung tangan

	<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm. Tunggu sampai kering. Metode ini dilakukan untuk membuang sekresi dari kulit yang mengandung mikroorganisme. • Pegang kapas alkohol, dengan jari-jari tengah pada tangan non dominan. • Buka tutup jarum. Tarik kulit kebawah kurang lebih 2,5 cm dibawah area penusukan dengan tangan non dominan. Membuat kulit menjadi lebih kencang dan vena tidak bergeser, memudahkan penusukan. Sejajar vena yang akan ditusuk perlahan dan pasti. Pegang jarum pada posisi 30. • Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena • Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger. • Observasi adanya darah pada spuit
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membawa alat yang telah disiapkan kesamping tempat tidur pasien. Mengecek obat yang diorder dokter. 2. Menjelaskan prosedur pada pasien. 3. Mencuci tangan. 4. Mengatur pasien ditempat tidur dengan posisi low fowler. Letakkan pernak dan pengalas dibawah lengan pasien. 5. Memilih area yang tepat dan palpasi vena yang mudah atau dapat disuntik. 6. Memasang tourniquet 12,5-15cm diatas tempat penyuntikan untuk membendung aliran darah vena dan menggembungkan vena. Mengatur tahanan dari tourniquet jauh dari area penusukan. 7. Meminta pasien untuk membuka dan menutup kepalan tangannya. Observasi dan palpasi vena yang tepat. Mencoba mengikuti teknik-teknik berikut jika vena tidak dapat diraba.
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Catatan pengobatan pasien : waktu pemberian, nama obat, dosis obat, route, tempat penyuntikan, insisi atau tanda tangan perawat yang memberikan obat.

	<ul style="list-style-type: none"> • Catatan perawat : catatan pengobatan PRN, STAT dan hanya satu kali, nama obat, dosis, cara pemberian, waktu pemberian obat, hasil pengkajian pre dan post injeksi dari pasien, tanda tangan perawat. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>


MEMBERIKAN INJEKSI INTRAVENA (IV)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu pemberian obat.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan memberikan injeksi IV.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur injeksi IV.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menggunakan 5 BENAR cara pemberian obat.		
8	Menyiapkan obat sesuai tahap-tahap persiapan obat injeksi.		
9	Menutup lagi jarum yang telah digunakan dengan benar atau tidak menutup jarum, sebelum dibuang.		
10	Sistimatis dalam melakukan tindakan.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mengatur posisi klien sesuai dengan cara penyuntikan.		
12	Menentukan/memilih area yang tepat dan palpasi vena yang mudah/dapat disuntik.		
13	Meletakkan pernak dan pengalas di bawah lengan pasien.		
14	Memasang <i>tourniquet</i> 12.5 sampai 15 cm di atas tempat penyuntikan untuk membendung aliran darah.		
15	Memakai <i>handscoen</i> .		
16	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam–keluar atau dengan sekali apusan) dan membiarkan sampai mengering.		
17	Dengan tangan nondominan, meletakkan sekitar 2.5 sampai 5 cm di bawah area penusukan, untuk menarik/meregangkan kulit berlawanan arah dengan vena.		
18	Membuka tutup jarum dengan <i>onehand</i> .		
19	Memasukkan jarum langsung di atas atau dari sisi vena, dg mengikuti aliran vena, memasukkan jarum ke dalam vena.		
20	Memegang <i>barrel</i> spuit dengan tangan dominan dan masukkan dengan pelan ke kulit, lubang jarum menghadap ke atas, pada dengan sudut 25 sampai 45 derajat.		
21	Melakukan aspirasi dengan menarik sedikit penghisap spuit hanya sampai darah tampak di spuit.		
22	Menyuntikkan obat sesuai dosis yang ditentukan.		
23	Menarik jarum dan menekan dengan gentle pada tempat penyuntikan dengan kapas alkohol.		
24	Membuang jarum dan spuit pada tempat yang ditentukan.		
25	Melepas <i>Handschoen</i> dan merapikan alat.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
26	Mengevaluasi respon pasien thd obat yang diberikan.		
27	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
28	Melakukan komunikasi terapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
29	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien dan perawat.		
30	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.		

		Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/30 x 100			



INJEKSI IM (INTRA MUSCULAR)

SOP	CARA KERJA OBAT IM (INTRA MUSCULAR)
PENGERTIAN	Pemberian obat / cairan dengan cara dimasukkan langsung ke dalam otot (muskulus)
TUJUAN	Melaksanakan fungsi kolaborasi dengan dokter pada klien yang yg diberikan obat dengan cara intramuscular
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan 1 pasang • S spuit dengan ukuran sesuai kebutuhan • Jarum steril 1 (21-23G & panjang 1 – 1,5 inci untuk dewasa; 25-27 G & panjang 1 inci buat anak-anak) • Bak spuit 1 • Kapas alkohol dalam kom (secukupnya) • Perlak & pengalas • Obat sesuai program terapi • Bengkok 1 • Buku injeksi/daftar obat
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Daily care pada pasien yang dianjurkan untuk bedrest • Pasien yang tergantung / tidak mampu secara total baik fisik maupun mental
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi klien, sesuai tempat penyuntikan • Menentukan tempat penyuntikan dengan benar • Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari arah dalam ke luar diameter ±5cm) • Menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk meregangkan kulit • Memasukkan spuit dengan sudut 90 derajat, jarum masuk 2/3 • Melakukan aspirasi dan pastikan darah tidak masuk spuit
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membawa obat injeksi yang telah disiapkan keruang pasien. 2. Mengecek gelang identitas pasien dan meminta pasien untuk menyebutkan nama. 3. Menjelaskan prosedur pada pasien. 4. Menjaga privasi pasien. 5. Mencuci tangan. 6. Mengecek kemungkinan ada udara dalam spuit (jangan ada udara dalam spuit). 7. Mengatur posisi pasien sesuai tempat penyuntikan yang dipilih : <ul style="list-style-type: none"> • Ventrogluteal : pasien bisa tiduran atau posisi supine/miring dengan pinggul dan lutut ditekuk. • Dorsogluteal : pasien bisa tiduran dengan posisi prone atau miring dengan paha atas ditekuk dan ditempatkan didepan paha bawah.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vastus lateralis : pasien bisa tiduran atau posisi duduk. • Deltoid : pasien bisa tiduran atau posisi supin atau duduk dengan rileks. <ol style="list-style-type: none"> 8. Memilih area penyuntikan sesuai petunjuk dan pastikan area tidak tender (lembek) dan bebas dari gumpalan atau nodule. Memakai handscoen. 9. Membersihkan area penyuntikan dengan kapas alkohol, gunakan using friksi (gesekan). Biarkan alkohol mengering. 10. Membuka tutup jarum dengan segera menarik lurus. 11. Mengangkat kulit pasien dengan cara Z-track atau meregangkan kulit dengan tangan non dominan. 12. Memegang spuit dengan tangan dominan diantara ibu jari dan jari telunjuk. Dengan cepat memasukan jarum ke jaringan otot dengan sudut 90 derajat. 13. Segera setelah jarum masuk, gunakan tangan non dominan untuk memegang bagian bawah spuit. Menggunakan tangan dominan untuk menarik ujung barrel/batang spuit. 14. Aspirasi dengan pelan (paling sedikit 5 detik) dengan menarik batang penghisap untuk memastikan apakah jarum masuk pembuluh darah. Jika darah diaspirasi, buang jarum, spuit dan obat, menyiapkan yang baru, dan menyuntik pada area yang berbeda. 15. Jika darah tidak teraspirasi, suntikan obat dengan pelan (10 detik/1cc obat). 16. Menunggu 10 detik dan menarik jarum dengan cepat. Melepaskan kulit atau otot jika teknik Z-track digunakan. 17. Memberikan tekanan yang lembut pada tempat penyuntikan dengan spon kering atau kapas kering. 18. Jangan menutup lagi jarum yang sudah digunakan. Membuang jarum dan spuit dalam tempat pembuangan yang disediakan. 19. Membantu pasien dengan posisi yang nyaman. Menyarankan pasien untuk latihan paha jika mungkin. 20. Melepas handscoen dan membuang atau menempatkan pada tempat yang tepat. Mencuci tangan. 21. Mencatat obat yang telah diberikan pada pasien. 22. Mengevaluasi respon pasien terhadap obat dalam rentang waktu yang sesuai. Mengkaji tempat penyuntikan, jika mungkin, dalam 2-4 jam setelah penyuntikan.
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi telah dilakukan tanpa komplikasi. • Injury karena jarum tidak terjadi. • Penyuntikan sesedikit mungkin terjadi nyeri. • Efek terapi obat tercapai. • Catatan pengobatan pasien : waktu pemberian, nama obat, dosis obat, route, tempat penyuntikan, insisi atau tanda tangan perawat yang memberikan obat. • Catatan perawat : catatan pengobatan PRN, STAT dan hanya satu kali, nama obat, dosis, cara pemberian, waktu pemberian obat, hasil pengkajian pre dan post injeksi dari pasien, tanda tangan perawat.
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing</p>

<p>skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelpia ; Lippincott.</p>		
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



MEMBERIKAN INJEKSI INTRAMUSKULER (IM)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu pemberian obat.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan memberikan injeksi IM.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur injeksi IM.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menggunakan 5 BENAR cara pemberian obat.		
8	Menyiapkan obat sesuai tahap-tahap persiapan obat injeksi.		
9	Menutup lagi jarum yang telah digunakan dengan benar atau tidak menutup jarum,sebelum dibuang.		
10	Sistimatis dalam melakukan tindakan.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mengatur posisi klien sesuai dengan cara penyuntikan.		
12	Menentukan area penyuntikan dan memastikan tidak lembek, ada pengerasan atau <i>nodule</i> .		
13	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam–keluar atau dengan sekali apusan) dan membiarkan sampai mengering.		
14	Meregangkan otot atau kulit pada area penyuntikan.		
15	Menusukkan jarum spuit dengan tegak lurus atau sudut 90 ⁰ .		
16	Melakukan aspirasi dan memastikan bahwa darah tidak masuk dalam spuit, dan mencabut jarum-spuit jika aspirasi mengeluarkan darah.		
17	Memasukkan obat kedalam intramuskular secara perlahan (\pm 10 detik/1 mL obat).		
18	Menunggu \pm 10 detik, kemudian mencabut jarum dengan cepat.		
19	Menekan tempat penusukan dengan kapas alkohol secara lembut atau <i>gentle</i> .		
20	Membuang spuit kedalam bengkok atau tempat khusus.		
22	Merapikan alat-alat.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
23	Melakukan evaluasi tindakan.		
24	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
25	Melakukan komunikasi therapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
26	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		

SOP Praktika Keperawatan Dasar Manusia

27	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
		Jumlah YA	
	NILAI = Jumlah YA/27 x 100		



INJEKSI INTRACUTAN (IC)

SPO	INJEKSI INTRACUTAN (IC)
PENGERTIAN	Pemberian obat secara intracutan ialah pemberian obat dengan caramemasukkan obat kedalam permukaan kulit. lokasi utama yg banyak digunakan utk melakukan suntikan intrakutan yaitu bagian atas dari lengan bawah.
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Membantu menentukan diagnosa pada penyakit tertentu (contohnya tuberculin tes). • Pasien mendapatkan pengobatan sesuai dengan program pengobatan/prosedur. • Memperlancar proses pengobatan & menghindari kesalahan dalam pemberian obat. • Menghindarkan pasien dari efek alergi obat (dengan skin test).
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan sekali pakai • Buku catatan pemberian obat • Kapas alkohol • Obat yg sesuai • Spuit 1 ml dengan uk.25,26,atau 27, panjang jarum ¼ samapi 5/8 inci • Bak spuit • Baki obat • Pulpen atau spidol
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang membutuhkan tes alergi (mantoux tes) • Pasien yang akan melakukan vaksinasi. • Menegakkan diagnosa penyakit. • Sebelum memasukkan obat.
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Pastikan identitas klien • Kaji kondisi klien • Beritahu dan jelaskan pada klien/keluarganya tindakan yang dilakukan • Jaga privacy klien • Aturposisiklien
PROSEDUR	1. Menyiapkan alat-alat dan mengecek order dari dokter.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan prosedur pada pasien. 3. Mencuci tangan. Memakai sarung tangan disposable. 4. Jika perlu, mengambil obat dari ampul atau vial. 5. Memilih area penyuntikan pada bagian dalam lengan bawah yang tidak terlalu berpigmen atau ditutupi dengan rambut. Bagian dada atas atau punggung atas dibawah scapula juga merupakan area penyuntikan IC. 6. Membersihkan area yang akan ditusuk dengan kapas alcohol dengan cara mengusap dengan tekanan, gerakan memutar, dan bergerak keluar dari tempat penyuntikkan. Biarkan kulit mengering. 7. Menggunakan tangan non dominan untuk meregangkan atau menarik kulit area penyuntikkan. 8. Membuka tutup jarum dengan tangan dominan dengan menarik lurus tutup jarum. 9. Meletakkan jarum hampir rata pada kulit pasien, lubang jarum menghadap keatas, dan memasukkan jarum kedalam kulit sehingga jarum dapat terlihat melalui kulit. Memasukkan jarum hanya sekitar 1/8 inchi. 10. Menyuntikkan obat dengan pelan sambil melihat benjolan atau lepuh kecil muncul. Jika tidak muncul, melepas jarum dari penyuntikan. 11. Menarik jarum dengan cepat pada sudut yang sama ketika jarum dimasukkan
<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Catatan pengobatan pasien : waktu pemberian, nama obat, dosis obat, route, tempat penyuntikan, insisi atau tanda tangan perawat yang memberikan obat. • Catatan perawat : catatan pengobatan PRN, STAT dan hanya satu kali, nama obat, dosis, cara pemberian, waktu pemberian

	<p>obat, hasil pengkajian pre dan post injeksi dari pasien, tanda tangan perawat.</p>	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto.SPd.MN</u> NIP.196605101986031001</p>



INJEKSI INTRACUTAN (IC)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu yang ditentukan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.		
3	Berpamitan dan berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya.		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan memberikan obat melalui intracutan.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur pada pasien.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menggunakan 5 BENAR cara pemberian obat.		
8	Menyiapkan obat sesuai tahap-tahap persiapan obat injeksi.		
9	Menutup lagi jarum yang telah digunakan dengan benar atau tidak menutup jarum,sebelum jarum dibuang.		
10	Sistimatis dalam melakukan tindakan.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mengatur posisi klien sesuai area penyuntikan.		
12	Memilih area penyuntikan pada bagian dalam lengan bawah atau area yang tidak terlalu berpigmen atau berambut.		
13	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam–keluar atau dengan sekali apusan) dan membiarkan sampai mengering.		
14	Menggunakan tangan nondominant untuk meregangkan atau menarik kulit area penyuntikan.		
15	Membuka tutup jarum dengan tangan dominant dengan menarik lurus tutup jarum.		
16	Meletakkan jarum hampir rata pada kulit pasien, lubang jarum menghadap ke atas, dan memasukkan jarum ke dalam kulit $\pm 1/8$ inchi sehingga jarum dapat terlihat melalui kulit.		
17	Menyuntikkan obat dengan pelan sambil melihat benjolan atau lepuh kecil muncul, dan jika tidak muncul, melepas jarum dari penyuntikan.		
18	Menarik jarum dengan cepat pada sudut yang sama ketika jarum dimasukkan.		
19	Setelah menarik jarum, tidak melakukan massage pada tempat penyuntikan.		
20	Membuang jarum dan spuit di tempat pembuangan yang ditentukan.		
21	Membuat tanda/lingkaran pada kulit tempat penyuntikan.		

SOP Praktika Keperawatan Dasar Manusia

22	Menginformasikan pada pasien, dalam waktu 24 sampai 72 jam akan dilikat tanda reaksi terhadap obat.		
23	Merapikan dan alat - alat.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
24	Melakukan evaluasi tindakan.		
25	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
26	Melakukan komunikasi therapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
27	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
28	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
		Jumlah YA	
	NILAI = Jumlah YA/28 x 100		



INJEKSI SUBCUTAN (SC)

SOP	CARA KERJA OBAT INTRASUBCUTAN (SC)	
PENGERTIAN	Injeksi Subkutan atau sering disingkat SC (subcutaneus) adalah memberikan obat melalui injeksi di bawah kulit yang dilakukan pada lengan atas daerah luar, kaki bagian atas, dan daerah sekitar pusat.	
TUJUAN	Agar obat dapat menyebar dan diserap secara perlahan-lahan (contoh: Vaksin, uji tuberculin)	
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Buku catatan pemberian obat • Kapas alkohol • Sarung tangan sekali pakai • Obat yg sesuai • S spuit 2 ml dengan ukuran 25, panjang jarum 5/8 hingga 1/2 inci 	<ul style="list-style-type: none"> • Bak spuit • Plester • Baki obat • Bengkok • Kasa steril
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang membutuhkan tes alergi (mantoux tes) • Pasien yang akan melakukan vaksinasi. • Menegakkan diagnosa penyakit. • Sebelum memasukkan obat. 	
PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"> • Pastikan identitas klien • Kaji kondisi klien • Beritahu dan jelaskan pada klien/keluarganya tindakan yang dilakukan • Jaga privacy klien • Atur posisi klien 	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur pada pasien. 2. Mencuci tangan. 3. Mengidentifikasi pasien dengan hati-hati. Menutup gorden untuk menjaga privasi. Memakai handscoen. 4. Mengatur posisi pasien dengan tepat sesuai area penyuntikan yang dipilih : <ol style="list-style-type: none"> a. Bagian luar lengan atas : lengan pasien harus rileks dan posisi disamping tubuh. 	

- b. Bagian depan paha : pasien bisa duduk atau tiduran dengan paha rileks.
 - c. Dinding abdomen : pasien bisa tiduran dengan posisi semi recumbent.
 - d. Area scapula : pasien dengan posisi prone, miring, atau duduk.
5. Menentukan area yang dipilih sesuai dengan petunjuk. Pastikan area tidak lunak atau lembek dan bebas dari gumpalan atau nodule.
 6. Membersihkan area sekitar penyuntikkan dengan kapas alcohol. Biarkan antiseptik mengering. Letakkan kapas alcohol di tempat yang bersih jika akan digunakan lagi jika akan menarik jarum.
 7. Melepas tutup jarum dengan tangan non dominan, menarik lurus dengan cepat.
 8. Mengangkat dan menggenggam area sekitar penyuntikkan dan meregangkan kulit tanpa penyuntikkan.
 9. Memegang spuit dengan tangan dominan diantara ibu jari dan telunjuk. Memasukkan jarum dengan cepat pada sudut 4 derajat. Tergantung jumlah obat dan turgor kulit dan panjang jarum.
 10. Setelah jarum masuk dengan tepat, melepaskan genggaman tempat penyuntikkan dan dengan segera tangan non dominan memegang bagian bawah spuit. Menyelipkan tangan non dominan pada ujung barrel spuit.
 11. Aspirasi dengan menarik pelan penghisap pada spuit untuk memastikan apakah jarum masuk pembuluh darah. Jika keluar darah, jarum harus ditarik dan obat, spuit, dan jarum dibuang. Dan spuit baru dengan menyiapkan obat yang baru.
 12. Jika tidak keluar darah, menyuntikkan dan memasukan obat dengan pelan sampai habis.
 13. Menarik jarum dengan cepat dengan sudut yang sama pada saat jarum dimasukkan.
 14. Melakukan massage area penyuntikkan dengan cara lembut menggunakan kapas alcohol (jangan massage tempat penyuntikkan secara heparin atau insuli secara subcutan).
 15. Jangan menutup lagi jarum yang sudah digunakan. Membuang jarum dan spuit di tempat pembuangan yang sudah ditentukan.
 16. Membantu pasien dengan posisi yang nyaman.
 17. Melepas sarung tangan dan membuang pada tempat yang tepat. Mencuci tangan.
 18. Mencatat obat yang telah diberikan pada pasien.
 19. Mengevaluasi respon pasien terhadap obat pada rentang waktu yang sesuai.

<p>DOKUMENTASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Catatan pengobatan pasien : waktu pemberian, nama obat, dosis obat, route, tempat penyuntikan, insisi atau tanda tangan perawat yang memberikan obat. • Catatan perawat : catatan pengobatan PRN, STAT dan hanya satu kali, nama obat, dosis, cara pemberian, waktu pemberian obat, hasil pengkajian pre dan post injeksi dari pasien, tanda tangan perawat. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

INJEKSI INSULIN (SC)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu melakukan tindakan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan memberikan obat melalui intracutan.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur pada pasien.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Memilih tempat penyuntikan SC dengan tepat.		
8	Menyiapkan obat sesuai tahap-tahap persiapan obat injeksi.		
9	Sistimatis dalam melakukan tindakan.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
10	Mengatur posisi klien sesuai area penyuntikan.		
11	Memasang pernak/pengalas.		
12	Mengambil Actrvid 8 Ui dengan spuit insulin dengan benar.		
13	Mengganti jarum pada spuit insulin dengan jarum baru.		
14	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam–keluar atau dengan sekali apusan) dan membiarkan sampai mengering.		
15	Mengangkat otot atau meregangkan kulit area penyuntikan.		
16	Menusukkan spuit dengan sudut 45-90 ⁰ (tergantung jumlah obat, turgor kulit dan panjang jarum).		
17	Melakukan aspirasi dan pastikan darah tidak masuk spuit.		
18	Memasukkan obat kedalam subcutan secara perlahan.		
19	Mencabut jarum dan menekan tempat tusukan dengan kapas.		
20	Membuang spuit kedalam bengkok / tempat khusus.		
21	Merapikan dan alat - alat.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
22	Melakukan evaluasi tindakan.		
23	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
24	Melakukan komunikasi therapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
25	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
26	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/26 x 100		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

INJEKSI SUBCUTAN (SC)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu melakukan tindakan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan memberikan obat melalui subcutan.		
5	Menjelaskan langkah-langkah prosedur pada pasien.		
6	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Menggunakan 5 BENAR cara pemberian obat.		
8	Menyiapkan obat sesuai tahap-tahap persiapan obat injeksi.		
9	Menutup lagi jarum yang telah digunakan dengan benar atau tidak menutup jarum,sebelum jarum dibuang.		
10	Sistimatis dalam melakukan tindakan.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Mengatur posisi klien sesuai area penyuntikan.		
12	Menentukan area penyuntikan, memastikan bahwa area tidak lunak/lembek dan bebas dari gumpalan atau <i>nodule</i> .		
13	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam–keluar / dengan sekali apusan), dan membiarkan sampai mengering.		
14	Melepas tutup jarum dengan tangan nondominant, menarik lurus dengan cepat.		
15	Mengangkat dan menggenggam area sekitar penyuntikan atau meregangkan kulit tempat penyuntikan.		
16	Menusukkan spuit dengan sudut 45-90 ⁰ (tergantung jumlah obat, turgor kulit dan panjang jarum).		
17	Melepaskan genggam otot dan dengan segera tangan nondominant memegang bagian bawah spuit, setelah jarum masuk.		
18	Melakukan aspirasi dan pastikan darah tidak masuk spuit.		
19	Memasukkan obat kedalam subcutan secara perlahan.		
20	Mencabut jarum dan menekan tempat tusukan dengan kapas dengan sudut yang sama pada saat memasukkan obat.		
21	Melakukan massage area penyuntikan kapas alkohol (tidak melakukan massage untuk injeksi heparin atau insulin).		
22	Membuang spuit kedalam bengkok atau tempat khusus yang telah disediakan.		

SOP Praktika Keperawatan Dasar Manusia

23	Merapikan dan alat - alat.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
24	Melakukan evaluasi tindakan.		
25	Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.		
26	Melakukan komunikasi therapeutik dan tenang selama melakukan tindakan.		
27	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien.		
28	Menjaga keamanan dan kenyamanan perawat.		
		Jumlah YA	
	NILAI = Jumlah YA/28 x 100		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

POSTURAL DRAINAGE

SOP	POSTURAL DRAINAGE
PENGERTIAN	<p>Merupakan tindakan perawatan dengan melakukan drainage postural, clapping dan vibrating pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan.</p> <p>Tindakan postural merupakan tindakan dengan menempatkan pasien dalam berbagai posisi untuk mengalirkan sekret di saluran pernafasan. Tindakan drainage postural diikuti dengan tindakan clapping (penepukan) dan vibrasi.</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan efisiensi pola pernafasan. 2. Membersihkan jalan napas.
ALAT-ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pot sputum berisi desinfeksi 2. Kertas tissue 3. Dua balok tempat tidur (untuk drainage postural). 4. Satu bantal (untuk drainage postural). 5. Stetoskop
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 2. Cuci tangan 3. Atur Posisi: <ol style="list-style-type: none"> a. Semi fowler bersandar ke kanan, ke kiri lalu ke depan apabila daerah yang akan di drainage pada lobus atas bronkus apikal. b. Tegak dengan sudut 45 derajat membungkuk ke depan pada bantal dengan 45 derajat ke kiri dan kanan apabila daerah yang akan di drainage bronkus posterior. c. Berbaring dengan bantal di bawah lutut apabila yang akan didrainage bronkus anterior. d. Posisi trendelenberg dengan sudut 30 derajat atau menaikkan kaki tempat tidur 35 – 40 cm, sedikit miring ke kiri apabila yang akan di drainage pada lobus tengah (bronkus lateral dan medial). e. Posisi trendelenberg dengan sudut 30 derajat atau menaikkan kaki tempat tidur 35 – 40 cm, sedikit miring ke kanan iri apabila daerah yang akan di drainage pada bronkus superior dan inferior). f. Condong dengan bantal di bawah panggul apabila yang didrainage bronkus apikal.

	<p>g. Posisi trendelenberg dengan sudut 45 derajat atau dengan menaikkan kaki tempat tidur 45 – 50 cm, miring ke samping kanan, apabila yang akan di drainage bronkus medial.</p> <p>h. Posisi trendelenberg dengan sudut 45 derajat atau dengan menaikkan kaki tempat tidur 45 – 50 cm, miring ke samping kiri, apabila yang akan di drainage bronkus lateral.</p> <p>i. Posisi trendelenberg condong sudut 45 derajat dengan bantal di bawah panggul, apabila yang akan di drainage brokus posterior.</p> <p>4. Lama pengaturan posisi pertama kali adalah 10 menit, kemudian periode selanjutnya kurang lebih 15 – 30 menit.</p> <p>5. Lakukan observasi tanda vital selama prosedur.</p> <p>6. Setelah pelaksanaan drainage lakukan clapping, vibrasi, dan pengisapan lendir (suction).</p> <p>7. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.</p>	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

PEMASANGAN OKSIGEN

SOP	PEMASANGAN OKSIGEN
PENGERTIAN	Merupakan prosedur pemenuhan kebutuhan oksigen dengan menggunakan alat bantu oksigen
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan oksigen. 2. Mencegah terjadi hipoksia.
ALAT DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen atau outlet oksigen sentral dengan flowmeter dan humidifier. 2. Kateter nasal, kabnula nasal atau masker.
PROSEDUR	<p>A. Menggunakan nasal kanul</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 2. Cuci tangan 3. Observasi humidifier dengan melihat jumlah air yang sudah disiapkan sesuai level yang telah ditetapkan. 4. Atur aliran oksigen sesuai dengan kecepatan yang dibutuhkan, kemudian observasi humidifier pada tabung air dengan menunjukkan adanya gelembung air. 5. Pasang kanula nasal pada hidung dan atur pengikat untuk kenyamanan pasien. 6. Periksa kanula nasal setiap 6 – 8 jam. 7. Kaji cuping hidung, septum, mukosa hidung serta periksa kecepatan aliran oksigen, rute pemberian dan respon pasien. 8. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan. <p>B. Menggunakan masker oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 2. Cuci tangan 3. Atur posisi semi fowler. 4. Observasi humidifier dengan melihat jumlah air yang sudah disiapkan sesuai level yang telah ditetapkan.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Atur aliran oksigen sesuai dengan kecepatan yang dibutuhkan, kemudian observasi humidifier pada tabung air dengan menunjukkan adanya gelembung air. 6. Tempatkan masker oksigen diatas mulut dan hidung pasien dan atur pengikat untuk kenyamanan pasien. 7. Periksa kanula nasal setiap 6 – 8 jam. 8. Kaji cuping hidung, septum, mukosa hidung serta periksa kecepatan aliran oksigen, rute pemberian dan respon pasien. 9. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan. 	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



MEMBERIKAN OKSIGEN DENGAN “FACE MASK”

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Mengucapkan salam sesuai waktu melakukan tindakan.		
2	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga.		
3	Berpamitan & berterimakasih pada pasien atas kerjasamanya		
B	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan memberikan oksigen dengan <i>face mask</i> .		
5	Meminta ijin dan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan.		
6	Meminta ijin dan kesediaannya untuk dilakukan tindakan.		
C	BERPIKIR KRITIS DAN ANALITIS		
7	Membersihkan lobang hidung sebelum memberikan oksigen.		
8	Menggunakan ukuran <i>face mask</i> dengan tepat.		
9	Mengkaji respon pasien terhadap pemberian oksigen (tanda dan gejala hypoxia).		
10	Sistimatis dalam bekerja.		
D	MANAJEMEN ASUHAN		
11	Menyiapkan tabung oksigen dengan manometernya.		
12	Mengisi Aquabidest pada tabung humidifier sesuai batas.		
13	Membuka <i>flow meter</i> dan memastikan ada aliran udara pada punggung tangan, kemudian menutup <i>flow meter</i> lagi.		
14	Mengatur pasien dengan posisi <i>semi</i> atau <i>high fowler</i> .		
15	Memasang <i>face mask</i> pada hidung pasien dengan rapat untuk mencegah oksigen keluar ke sekitar hidung dan mata.		
16	Membuka <i>flow meter</i> dengan ukuran yang telah ditentukan.		
17	Melakukan fiksasi dengan melingkarkan tali elastis pada kepala.		
E	KEAMANAN, KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
18	Melakukan evaluasi tindakan.		
19	Ketenangan selama melakukan tindakan.		
20	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan.		
21	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien dan perawat.		
	Jumlah YA		
	NILAI = Jumlah YA/21 x 100		



PEMBERIAN NUTRISI PER-ORAL

SOP	PEMBERIAN NUTRISI PER-ORAL
PENGERTIAN	Merupakan prosedur pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per oral secara mandiri.
TUJUAN	Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.
ALAT DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piring 2. Sendok 3. Garpu 4. Gelas 5. Serbet 6. Mangkok cuci tangan 7. Pengalas 8. Makanan dengan porsi dan menu sesuai program
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri penjelasan. 2. Cuci tangan 3. Atur posisi pasien dengan duduk/setengah duduk sesuai kondisi pasien. 4. Pasang pengalas. 5. Tawarkan pasien melakukan ritual makan (misalnya; berdoa sebelum makan). 6. Bantu aktifitas dengan cara menyuap makan sedikit demi sedikit dan berikan minum sesudah makan. 7. Bila selesai makan, bersihkan mulut pasien dan anjurkan duduk sebentar. 8. Catat tindakan dan hasil atau respon pasien terhadap tindakan. 9. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
REFERENCE	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing</p>

care. Philadelpia ; Lippincott.

Diperiksa oleh
Ka Sub Unit Laboratorium



Ana Permatasari, S.Kep., Ners
NIP. 199209262022032002

Disahkan oleh
Ketua Program Studi



Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes
NIP. 196512041989032015

Mengetahui
Ketua Jurusan



Suharto,SPd,MN
NIP.196605101986031001



PEMBERIAN CAIRAN PARENTAL

SOP	PEMBERIAN CAIRAN PARENTAL
PENGERTIAN	<p>Merupakan prosedur pemenuhan kebutuhan nutrisi berupa cairan infus yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui darah vena baik melalui vena sentral (untuk nutrisi total) atau vena perifer (untuk nutrisi parsial).</p> <p>Pemberian nutrisi parenteral diberikan bagi klien yang tidak dapat mampu memenuhi kebutuhan nutrisinya melalui oral atau enteral.</p>
TUJUAN	Mempertahankan kebutuhan nutrisi pasien.
ALAT-ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 1 pasang 2. Selang infus sesuai kebutuhan (makro drip atau mikro drip) 3. Cairan parenteral sesuai program 4. Jarum intra vena (ukuran sesuai) 5. Kapas alkohol dalam kom (secukupnya) 6. Desinfektan 7. Torniquet/manset 8. Perlak dan pengalas 9. Bengkok 1 buah 10. Plester / hypafix 11. Kassa steril 12. Penunjuk waktu
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur pada pasien. 2. Cuci tangan 3. Gunakan cara aseptik dalam perawatan kateter vena. 4. Ganti balutan tiap 24 – 28 jam. 5. Ganti set infus maksimal 2 X 24 jam. 6. Ganti posisi pemasangan infus maksimal 3 X 24 jam (perifer). 7. Perhatikan tanda plebitis, inflamasi, dan trombosis. 8. Jangan gunakan untuk pengambilan sampel darah dan pemberian obat. 9. Lakukan pemantauan selama pemberian nutrisi parenteral, antara lain: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan laboratorium seperti BUN, kreatinin, gula darah, elektrolit, dan faal hepar.

	<p>b. Timbang berat badan pasien. c. Periksa produksi urine. d. Observasi jumlah cairan yang masuk dan keluar. e. Cairan jangan digantung lebih dari 24 jam. f. Pemberian asam amino harus bersamaan dengan karbohidrat dengan harapan kalori yang dibutuhkan akan dipenuhi karbohidrat. 10. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.</p>	
<p>REFERENCE</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby. Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



PENGHITUNGAN BALANCE CAIRAN

SOP	PENGHITUNGAN BALANCE CAIRAN	
PENGERTIAN	Penghitungan keseimbangan cairan dan elektrolit karena adanya distribusi normal dan air tubuh total dan elektrolit ke dalam seluruh bagian tubuh.	
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui jumlah masukan cairan 2. Mengetahui jumlah keluaran cairan 3. Mengetahui keseimbangan cairan 4. Menentukan kebutuhan cairan 	
ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan alat tulis 2. Siapkan gelas ukur urine / urine bag 3. Siapkan pispot 	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengecekan program therapy 2. Cuci tangan 3. Hitung intake oral minum 4. Hitung intake oral makan 5. Hitung intake parenteral 6. Tentukan cairan metabolisme 7. Hitung output urine 8. Hitung output feses 9. Hitung output abnormal (muntah, drain, perdarahan, dll) 10. Hitung output IWL 11. Hitung balance cairan 	
REFERENCE	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson.</p> <p>Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>



MENGHITUNG TETESAN INFUS

SOP	MENGHITUNG TETESAN INFUS
PENGERTIAN	Menghitung kecepatan infus untuk mencegah ketidaktepatan pemberian cairan
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya kolaps kardiovaskular dan sirkulasi pada klien dehidrasi dan syok 2. Mencegah kelebihan cairan pada klien
ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kertas dan pensil 2. Jam dengan jarum detik
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca program dokter dan ikuti enam benar untuk memastikan larutan yang benar 2. Mencari tahu kalibrasi dalam tetesan per milliliter dari set infuse (sesuai petunjuk pada bungkus) <ul style="list-style-type: none"> - Tetes mikro (mikrodrip): 1cc=60 tetes - Tetes makro (makrodrip) 1 cc = 15 tetes 1 cc = 20 tetes 3. Memilih salah satu rumus berikut <ul style="list-style-type: none"> - Milliliter per jam Jumlah total cairan infuse (cc) cc/jam = Lama waktu pengimfusan (jam) - Tetes permenit Jumlah total cairan infuse (cc) x factor tetesan Lama waktu pengimfusan 4. Mencuci tangan 5. Memakai sarung tangan 6. Menetapkan kecepatan aliran dengan menghitung tetesan pada bilik drip selama satu menit dengan jam, kemudian atur klem pengatur untuk menaikkan atau menurunkan kecepatan infuse. 7. Memeriksa kecepatan ini setiap jam

	8. Mendokumentasikan pada catatan perawat mengenai larutna dan waktu	
REFERENCE	Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis Mosby. Smith, S.F., Duell, D.j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic toadvanced skills (6th ed.) New Jersey: Pearson. Prentic Hall.Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P . (1997). Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia ; Lippincott.	
Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium  <u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002	Disahkan oleh Ketua Program Studi  <u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015	Mengetahui Ketua Jurusan  <u>Suharto.SPd,MN</u> NIP.196605101986031001



PEMASANGAN KATETER URINE PADA PRIA

S O P	PEMASANGAN KATETER URINE PADA PRIA	
PENGERTIAN	Kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin	
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memenuhi kebutuhan urin eliminasi. 	
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan eliminasi urine 2. Pasien dengan pemantauan output 3. Pasien post op 	
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Baki • Kateter steril, ukuran disesuaikan dengan pasien • Kantong penampung urine (Urine Bag) • Kapas sublimat/kapas savlon steril dalam tempatnya • Kassa • Korentang • Cairan pelumas/jelly • Perlak dan alasnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Bengkok 2 buah (untuk kapas kotor dan penampung urine) • Pinset anatomi atau sarung tangan steril • Duk steril • Spuit 10 cc dan aquades • Sketsel • Selimut ekstra • Plester atau gunting.
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuannya 2. Menyiapkan pasien dalam posisi dorsal recumbent 	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang ekstra selimut 2. Perlak dan alasnya dipasang di bawah bokong dan lepas pakaian 3. Meletakkan dua bengkok diantara kedua tungkai 4. Mencuci tangan 5. Pakai sarung tangan 6. Memasang duk steril. 7. Tangan kiri perawat memegang penis atas. 8. Preputium ditarik sedikit ke pangkalnya dan dibersihkan dengan kapas savlon minimal kali. 9. Oleskan minyak pelicin pada ujung kateter sepanjang 12.5-17.5 cm. 10. Penis agak ditarik supaya lurus, dan kateter dimasukkan perlahan-lahan (17.5-22 cm (dewasa) dan menganjurkan pasien untuk nafas panjang. 11. Urine yang keluar ditampung dalam bengkok atau botol steril lalu masukkan lagi 5 cm. 12. Bila kateter dipasang tetap/permanen maka kateter dikunci memakai spuit dan aquades steril (mengisi balon). 13. Menyambung kateter dengan urobag/urine bag. 14. Fiksasi kateter di paha dengan plester bila untuk aktifitas (Gambar 2.9). 15. Pasien dirapikan dengan angkat pengalas dan selimut 	

	16. Rapikan dan alat-alat dibereskan 17. Mencuci tangan 18. Buka sampiran
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. - Observasi pengeluaran urine (jumlah, warna, dan bau).
DOKUMENTASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengeluaran urine (jumlah, warna, bau) ▪ Respon klien terhadap tindakan ▪ Tanda tangan perawat
REFERENSI	Potter & Perry (2001). Fundamentals of nursing (5th ed.). St. Louis: Mosby. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Smith, S.F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills: Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall. Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care . Philadelphia: Lippincott.

Semarang, Agustus 2023

Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium  <u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002	Disahkan oleh Ketua Program Studi  <u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015	Mengetahui Ketua Jurusan  <u>Suharto, SPd, MN</u> NIP. 196605101986031001
---	--	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

PEMASANGAN KATETER URINE PADA PRIA

Nama Mahasiswa : **Nama Penguji** :
NIM : **Tanda tangan** :

NO	Aspek Keterampilan yang Dinilai	SKOR		
		0	1	2
1	Menyapa pasien, dan memperkenalkan diri.			
2	Menjelaskan langkah2 dan tujuan pemasangan dalam rangka inform concern			
3	Memposisikan pasien.			
4	Mempersiapkan alat yang diperlukan			
5	Mencuci tangan			
6	Memasang sarung tangan steril			
7	Melakukan disinfeksi pada penis dan daerahdi sekitarnya, daerah genitalia dipersempit dengan kain steril			
8	Memasukkan pelicin 5-10 cc xylocain jelly			
9	Memasukkan kateter ke dalam orifisium uretra eksterna dengan teknik yang aseptik			
10	Dengan pelan-pelan mendorong kateter masuk			
11	Meminta pasien untuk menarik nafas (merilekskan sfingter) pada kira-kira pada daerah bulbo-membranase (yaitu daerah sfingter uretra eksterna)			
12	Kateter terus didorong masuk ke buli-buli yang ditandai dengan keluarnya urin dari lubang kateter			
13	Kateter terus didorong masuk ke buli-buli lagi hingga percabangan kateter menyentuh meatus uretra eksterna			
14	Mengembangkan balon kateter dengan memasukkan 5-10 ml air steril dan meyakinkan bahwa kateter sudah terfiksasi di dalam kandung kencing			
15	Menghubungkan kateter dengan pipa penampung (<i>urin bag</i>)			
16	Balon kateter diposisikan pada bladder neck dengan menarik kateter sampai terasa ada tahanan.			
17	Balut meatus urethra dengan kassa steril.			
18	Melepas kain linen berlubang			
19	Melakukan fiksasi dengan plester di daerah ingunal atau paha bagian proksimal			
20	Memposisikan pasien dan merapikan alat			
21	Mencuci tangan			
	JUMLAH SKOR			

Penjelasan :

- 0 = Tidak dilakukan mahasiswa, atau dilakukan tetapi salah
- 1 = Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 = Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan)

Nilai Mahasiswa = Jumlah Skor x 100%



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

PEMASANGAN KATETER URINE PADA WANITA

S O P	PEMASANGAN KATETER URINE PADA WANITA
PENGERTIAN	Kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memenuhi kebutuhan urin eliminasi.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan eliminasi urine 2. Pasien dengan pemantauan output 3. Pasien post op
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kateter steril, ukuran disesuaikan dengan pasien ▪ Kantong penampung urine (Urine Bag) ▪ Kapas sublimat/kapas savlon steril dalam tempatnya ▪ Kassa ▪ Korentang ▪ Cairan pelumas/jelly ▪ Perlak dan alasnya ▪ Bengkok 2 buah (untuk kapas kotor dan penampung urine) ▪ Pinset anatomi atau sarung tangan steril ▪ Duk steril ▪ S spuit 10 cc dan aquades ▪ Sketsel ▪ Selimut ekstra ▪ Plester atau gunting ▪ Baki
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuannya 2. Menyiapkan pasien dalam posisi dorsal recumbent
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang ekstra selimut 2. Perlak dan alasnya dipasang di bawah bokong dan lepas pakaian 3. Meletakkan dua bengkok diantara kedua tungkai 4. Mencuci tangan 5. Pakai sarung tangan 6. Memasang duk steril. 7. Membuka labia minora dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, dan tangan kanan memegang kapas sublimat. 8. Membersihkan vulva dengan kapas savlon/sublimat dari labia mayora dari atas ke bawah 1 kali usap, kapas kotor diletakkan di bengkok, kemudian labia minora, dan perineum sampai bersih (sesuai kebutuhan).

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Dengan memakai sarung tangan atau dengan pinset anatomis mengambil kateter dan diberi pelumas pada ujungnya 2.5-5 cm. 10. Perawat membuka labia minora dengan tangan kiri. 11. Memasukkan kateter ke dalam orificium uretra perlahan-lahan (5-7.5 cm dewasa) dan menganjurkan pasien untuk menarik nafas Panjang 12. Urine yang keluar ditampung dalam bengkok atau botol steril dan masukan lagi (2.5-5 cm). 13. Bila kateter dipasang tetap/permanen maka, isi balon 5-15 cc (kateter dikunci memakai spuit dan aquades steril) 14. Tarik sedikit kateter untuk memeriksa balon sudah terfiksasi dengan baik. 15. Menyambung kateter dengan urobag/urine bag. 16. Fiksasi kateter di paha dengan plester bila untuk aktifitas 17. Pasien dirapikan dengan angkat pengalas dan selimut. 18. Rapikan dan alat-alat dibereskan. 19. Lepas sarung tangan. 20. Mencuci tangan. 21. Buka sampiran.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi pengeluaran urine (jumlah, warna, dan bau)
DOKUMENTASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengeluaran urine (jumlah, warna, bau) ▪ Respon klien terhadap tindakan ▪ Tanda tangan perawat
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamentals of nursing (5th ed.). St. Louis: Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills: Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott.</p>

Semarang, Agustus 2023

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



BACKRUB MASSAGE

S O P	BACKRUB MASSAGE
PENGERTIAN	Backrub adalah suatu Tindakan atau proses massage bagian punggung untuk mengurangi nyeri dan merelaksasi otot akibat stress
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Melancarkan sirkulasi darah • Meningkatkan fungsi jaringan syaraf • Menurunkan ketegangan otot • Melarutkan lemak • Menstimulasi sirkulasi kulit • Menimbulkan relaksasi yang dalam • Mengurangi nyeri pada tengkuk • Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organinternal • Meningkatkan kualitas tidur
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dengan gangguan tidur - Klien yang membutuhkan relaksasi - Klien dengan nyeri
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> - Meja pijat atau tempat tidur - Handuk - Minyak kelapa atau minyak jojoba atau lotion
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca rekam medis pasien 2. Menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan untuk melakukan Tindakan keperawatan 3. Menyiapkan pasien dalam posisi dorsal recumbent
PROSEDUR	<p><u>Tahap Pra interaksi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan eksplorasi data pasien 2. Merencanakan pertemuan dengan pasien <p><u>Tahap Orientasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkenalan (jika pertemuan pertama) dan validasi 2. Menjelaskan tujuan 3. Menetapkan kontrak waktu yang dibutuhkan <p><u>Tahap Kerja</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Meminta pasien untuk membuka pakaian sesuai tingkat kenyamanannya

- dansediakan handuk atau kain penutup
3. Mengatur klien pada posisi telungkup dan letakkan bantalan penyangga wajah
 4. Tuangkan minyak kelapa ke telapak tangan sekitar 1 sendok makan. Hangatkan minyak dengan menggosokkannya di antara kedua telapak tangan sebelum memijat
 5. Sebarkan minyak. Tehnik utama dalam menyebarkan minyak di seluruh permukaan punggung orang yang dipijat disebut dengan effleurage (gesekan ringan). Sebarkanlah minyak dengan Gerakan memijat yang panjang dan merata
 6. Gunakan seluruh bagian telapak tangan, dan mulailah memijat dari bagian bawah punggung mengarah ke atas. Selalu pijat ke arah atas, menuju ke jantung (sesuai arah aliran darah) Pertahankan kontak dengan punggung tanpa memberikan tekanan saat anda menarik tangan kembali ke bawah. Ulangi tehnik ini selama 3-5 menit sambil menambah tekanan dari ringan hingga sedang untuk memanaskan otot punggung. Jangan lupa memijat bagian bahu dan leher



7. Gunakan tehnik Petrissage. Tehnik ini menggunakan Gerakan yang lebih pendek dan memutar dengan tekanan yang lebih kuat dibandingkan dengan effleurage. Tehnik ini seperti menguleni yang menggunakan banyak Gerakan memutar dan menekan untuk memperbaiki sirkulasi yang lebih dalam. Gerakan pendek memutar dalam tehnik ini bisa dilakukan menggunakan telapak tangan, ujung jari atau bahkan buku-buku jari. Pijatan dengan tehnik ini harus dimulai dari pinggul bagian tengah tubuh, bukan dari bahu. Pijat seluruh permukaan punggung selama 2-5 menit. Anda bisa menggunakan tehnik effleurage yang lebih ringan di antara tehnik petrissage untuk membuat gerakan pijatan lebih beragam



8. Gunakan Gerakan percussive. Gerakan percussive yang juga dikenal dengantapotement adalah rangkaian pijatan singkat berulang-ulang dengan bagian-bagian tangan. Gunakan tangan yang ditangkupkan dengan semua ujung jarinya mengarah ke titik yang sama, atau bahkan mengepalkan tangan dan memijat dengan buku jari. Gerakan ini memiliki efek stimulasi dan kompresi pada jaringan punggung.

Rilekskan pergelangan tangan dan tekuk, gunakan Gerakan gerak cepat untukmemberikan tehnik pijat tapotement. Pastikan tidak menekan terlalu kuat. Berikan pijatan dengan tehnik ini selama 2-3 menit di seluruh bagian punggung orang tersebut



9. Gunakan teknik mengangkat-otot. Untuk melakukannya, rapatkan keempat jari dan tegakkan ibu jari (seperti bentuk capit lobster). Berikan tekanan dengan gerakan memutar dan mengangkat. Gunakan tangan secarabergantian saat memijat, seperti gerakan pada pembersih kaca mobil

Pijat ke atas dan ke bawah punggung sebanyak 2 - 3 kali



10. Gunakan teknik fanning. Pijat dari sisi kepala meja pijat. Letakkan ibu jari di atas punggung, tepat di bawah leher di kedua sisi tulang belakang. Pijat menggunakan teknik fanning dengan memanjangkan ibu jari, tekan ke arah punggung bawah dengan mengarahkan tekanan ke telapak kaki, jangan tekan ke arah lantai. Berikan tekanan secara bergantian pada ibu jari, pijat dari bagian atas punggung ke bawah hingga mencapai pinggangnya

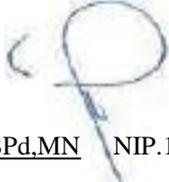
Pastikan untuk memijat otot di kedua sisi tulang belakang, bukan pada tulang belakang itu sendiri. Memijat tulang belakang bisa menyebabkan rasa tidak nyaman serta sangat berbahaya jika tidak terlatih dengan benar

11. Pijat memutar. Kembali ke samping orang yang sedang dipijat. Gapailah sisi



pinggang yang jauh dari Anda dengan satu tangan, sementara letakkan satu tangan lainnya di pinggang yang dekat dengan Anda. Dengan gerakan yang mengalir, tarik satu tangan ke arah Anda dan dorong tangan lainnya; kedua tangan Anda seharusnya bertemu di bagian tengah dengan arah yang saling berlawanan. Ulangi gerakan ini hingga mencapai bagian bahu, kemudian kembali ke bawah. Ulangi 3 kali

12. Bersihkan minyak dengan handuk
13. Merapikan/memakaikan kembali pakaian pasien
14. Mencuci tangan

	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi Tindakan 2. Menentukan tindak lanjut 3. Melakukan kontrak berikutnya 	
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Keberhasilan Tindakan backrub massage 	
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap tindakan yang dilakukan 2. Diagnosa keperawatan 3. Rencana tindak lanjut 4. Tanda tangan dan nama terang perawat 	
REFERENSI	<p>Potter & Perry (2001). Fundamentals of nursing (5th ed.). St. Louis: Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S.F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills: Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MELAKUKAN BACKRUB MASSAGE

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		YA	TIDAK
A	PRAKTEK BERDASARKAN ETIKA		
1	Memperkenalkan diri		
2	Memberi salam sesuai dengan waktu pelaksanaan		
3	Berpamitan dan berterima kasih pada pasien atas kerjasamanya		
B.	PRAKTEK PROFESIONAL		
4	Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan		
5	Menjelaskan langkah prosedur pada pasien		
6	Meminta ijin pada pasien untuk melakukan tindakan		
C.	BERFIKIR KRITIS DAN ANALISIS		
7	Menanyakan klien apakah sudah pernah dilakukan backrub massage?		
8	Menanyakan apa yang biasa dilakukan klien jika tidak bisa memulai tidur atau sulit tidur?		
9	Mengkaji apakah kebiasaan sebelum tidur bisa mengatasi masalah tidur klien?		
10	Menanyakan seberapa sering klien mengalami sulit memulai tidur?		
11	Mengkaji tanda-tanda fisik kurang tidur (Lingkaran mata, sering menguap, lesu, tidak fokus, dll)		
D.	MANAJEMEN ASUHAN		
12	Mencuci tangan		
13	Meminta pasien untuk membuka pakaian sesuai tingkat kenyamanannya dan sediakan handuk atau kain penutup		
14	Mengatur klien pada posisi telungkup dan letakkan bantal penyangga wajah		
15	Tuangkan minyak kelapa ke telapak tangan sekitar 1 sendok makan. Hangatkan minyak dengan menggosokkannya di antara kedua telapak tangan sebelum memijat		
16	Sebarkan minyak dengan tehnik effleurage (gerakan ringan) dengan gerakan memijat yang panjang dan merata. Pijat ke arah atas menuju ke jantung (sesuai aliran darah). Ulangi 3-5 menit sambil menambah tekanan dari ringan ke sedang.		
17	Gunakan tehnik petrissage yaitu gerakan seperti menguleni yang menggunakan banyak gerakan memutar dan menekan menggunakan telapak tangan, ujung jari atau buku-buku jari. Gerakan dimulai dari pinggul bagian tengah tubuh dan pijat seluruh permukaan punggung selama 2-5 menit.		
18	Gunakan gerakan percussive (dikenal gerakan tapotement) yaitu pijatan singkat berulang-ulang menggunakan tangan yang ditangkupkan dengan semua ujungnya mengarah ke titik yang sama dan lakukan pemijatan buku jari. Lakukan pijatan tehnik ini selama 2-3 menit di seluruh bagian punggung		

19	Gunakan tehnik mengangkat otot. Rapatkan ke empat jari dan tegakan ibu jari seperti capit lobster. Berikan tekanan dengan gerakan memutar dan mengangkat. Gunakan tangan secara bergantian saat memijat, seperti gerakan pada pembersih kaca mobil. Pijat ke atas dan ke bawah punggung sebanyak 2-3 kali.		
20	Gunakan tehnik fanning . Letakan ibu jari di atas punggung, tepat di bawah leher di kedua sisi tulang belakang. Lakukan pemijatan menggunakan ibu jari, tekan ke arah punggung bawah secara bergantian. Pijat dari bagian atas punggung ke bawah sampai pinggang. Pastikan untuk memijat otot di kedua sisi tulang belakang bukan pada tulang belakang itu sendiri.		
21	Pijat Memutar. Lakukan dari samping pasien. Gapailah sisi pinggang yang jauh dari perawat dengan satu tangan, sementara letakkan satu tangan lainnya yang dekat dengan perawat. Lakukan gerakan mengalir dengan tarik satu tangan ke arah anda, dan dorong tangan lainnya dan kedua tangan bertemu di bagian tengah yang saling berlawanan. ulangi gerakan ini hingga mencapai bahu kembali ke bawah. Ulangi 3 kali.		
22	Bersihkan minyak dengan handuk		
23	Merapikan/memakaikan kembali pakaian pasien		
24	Mencuci tangan		
E	KEAMANAN , KOMUNIKASI DAN PROMOSI KESEHATAN		
25	Melakukan evaluasi tindakan dengan menyampaikan hasil tindakan		
26	Ketenangan selama melakukan tindakan		
27	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan		
28	Ketelitian selama melakukan tindakan		
29	Keamanan tindakan yang dilakukan		
	NILAI = YA / 29 X 100		



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MENGGUNAKAN ALAT BANTU JALAN (KRUCK)

S O P -	MENGGUNAKAN ALAT BANTU JALAN (KRUCK)
PENGERTIAN	Tongkat atau alat bantu jalan, biasanya di gunakan secara berpapasan yang diciptakan untuk mengatur keseimbangan pada saat berjalan
TUJUAN	Tujuan Alat Bantu Jalan Kruck adalah untuk: <ul style="list-style-type: none"> • Menurunkan resiko komplikasi dari mobilitas • Meningkatkan kekuatan oto, pergerakan sendi dan kemampuan mobilitas
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah ▪ Pasien dengan post operasi amputasi ekstremitas bawah
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kruck ▪ Kursi ▪ Handscoon
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> 1) Meminta persetujuan pasien 2) Mengatur posisi pasien senyaman mungkin 3) Menilai kesiapa pasien dan kemampuanya
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan prosedur dan tujuan prosedur dan tindakan pada pasien. 2) Perawat membantu pasien berdiri dari kursi secara perlahan dan pastikan kenyamanan pasien terjaga 3) Letakan kruk pada ketiak pasien. 4) Teknik berjalan dengan kruk <ol style="list-style-type: none"> a) Dengan kruk tetap ditempatnya tekanan tempat di tangan pasien, perawat siap sedia menjaga pasien b) Pindahkan kaki yang di operasikan lalu kedua kruk maju pada saat yang sama. c) Dilkukan secara berkala oleh pasien dan perawat berada di samping pasien 5) Teknik turun tangga <ol style="list-style-type: none"> a) Pindahkan berat badan pada kaki yang tidak sakit b) Letakkan kruk pada pada anak tangga dan mulai memindahkan berat badan pada kruk, lalu perawat berada di samping pasien untuk menjaga keselamatan pasien c) Gerakan kaki yang sakit ke depan

	<p>d) Luruskan kaki yang tidak sakit pada anak tangga yang sama dengan kruk</p> <p>6) Teknik naik tangga</p> <p>a) Naikan kruk ke pada anak tangga</p> <p>b) Pindahkan berat badan pada kruk</p> <p>c) Pindahkan kaki yang tidak sakit sejajar dengan kruk</p> <p>d) Lakukan secara berkala dan perlahan, pastikan perawat berada di sekitar pasien untuk menjaga keselamatan pasien</p> <p>7) Teknik duduk</p> <p>a) Pasien diposisikan pada Tengah depan kursi dengan aspek posterior kaki menyentug kursi</p> <p>b) Memberi metode yang aman untuk duduk dan bangun dari kursi</p> <p>c) Pasien memegang kruk dengan tangan berlawanan dengan tungkai yang sakit</p> <p>d) Bila kedudukan sakit, kruk ditahan, pegang pada tangan pasien yang lebih kuat</p> <p>8) Teknik naik kendaraan</p> <p>Tubuh dirapatkan ke mobil, kemudian pegang bagian atas pintu, pantat diangkat kemudian naikkan kaki yang sakit.</p>
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan sendi, penurunan massa otot meningkat • Ketidak bugaran fisik, gangguan neuromuscular menurun
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menuliskan hari, tanggal dan jam pelaksanaan di catatan harian pasien 2. Menuliskan Data Objektif dan data Objektif hasil pemeriksaan 3. Menuliskan tindakan keperawatan yang telah dilakukan 4. Respon pasien setelah dilakukan tindakan (Data objektif dan Data subjektif) 5. Nama dan tanda tangan perawat
REFERENSI	<p>Chandra, G. E., & Jumeno, D. (2011). Perancangan alat bantu jalan kruk bagi penderita cedera dan cacat kaki. <i>Universitas Andalas. Padang.</i></p> <p>Thomas, J., & Flannery, J. (1990). Education for rehabilitation nursing. <i>Rehabilitation Nursing</i>, 15, 83–85</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

ALAT BANTU JALAN TRIPOD

S O P -	ALAT BANTU JALAN TRIPOD
PENGERTIAN	Tongkat pyramid kaki tiga biasa disebut dengan tripod terbuat dari bahan saitlesteel yang kuat, namun ringan. Karena digunakan untuk alat bantu jalan, tongkat kaki tig aini desain yang mempertimbangkan keamanan, kaki tiga dibuat dengan presisi yang sesuai dengan kaidah fisika sehingga terjamin kestabilannya. Untuk mencegah slip/ tergelincir di lantai setiap kaki dilapisi dengan bantalan karet
TUJUAN	Tujuan Alat Bantu Jalan Tripod adalah untuk: <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mempertahankan tonus otot • Mampu mencegah terjadinya kontraktur sendi dan fleksi otot • Mampu mengembalikan pada aktivitas semula
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot dan patah pulang pada anggota gerak bawah setra gangguan keseimbangan.
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Tripod • Handscoon (jika perlu)
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membaca catatan keperawatan atau catatan medis 2) Mempersiapkan alat yang dibutuhkan 3) Mencuci tangan
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur dan tujuan prosedur dan tindakan pada pasien. 2. Atur posisi pasien senyaman mungkin 3. Atur posisi duduk klien berada di tepi tempat tidur dengan tungkai kebawah tempat tidur 4. Letakkan tongkat kaki disamping tangan klien 5. Jelaskan pada klien untuk memegang tongkat dengan tangan yang sehat 6. Pasien mulai dengan kaki yang terlemah, bergerak maju dengan tongkat, sehingga berat badan klien terbagi antar tongkat dan kaki yang terkuat 7. Kaki yang terkuat maju setelah tongkat, sehingga kaki terlemah dan berat badan pasien disokong oleh tongkat dan kaki terkuat

	<p>8. Berjalanlah diisi bagian tungkai pasien lemah, pasien kemungkinan jatuh kearah bagian tungkai yang lemah tersebut</p> <p>9. Ajak klien berjalan selama waktu atau jarak yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan</p> <p>10. Jika pasien kehilangan keseimbangan atau kekuatannya dan tidak segera pulih, masukkan tangan anda ke ketiak pasien dan ambil jarak berdiri yang luas untuk mendapatkan dasar tumpuan yang baik.</p> <p>11. Sandarkan pasien pada pinggul ada sampai tiba bantuan, atau rendahkan badan anda dan turunkan pasien secara perlahan ke lantai .</p>
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan sendi, penurunan massa otot meningkat • Ketidak bugaran fisik, gangguan neuromuscular menurun
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menuliskan hari, tanggal dan jam pelaksanaan di catatan harian pasien 2. Menuliskan Data Objektif dan data Objektif hasil pemeriksaan 3. Menuliskan tindakan keperawatan yang telah dilakukan 4. Respon pasien setelah dilakukan tindakan (Data objektif dan Data subjektif) 5. Nama dan tanda tangan perawat
REFERENSI	<p>Kishore, P., Dash, A. K., Pragallapati, A., Mugunthan, D., Ramesh, A., & Kumar, K. D. (2021). A Tripod-Type Walking Assistance for the Stroke Patient. In <i>Congress on Intelligent Systems: Proceedings of CIS 2020, Volume 2</i> (pp. 151-160). Springer Singapore.</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

POSITIONING

S O P -	POSITIONING
PENGERTIAN	Positoning adalah cara berbaring dengan berbagai posisi tertentu ditempat tidur, meja pemeriksaan atau meja oprasi dengan maksud tertentu.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan rasa nyaman 2. membantu pasien untuk memudahkan Tindakan perawatan, Tindakan pemeriksaan dan pengobatan.
INDIKASI	Pasien yang memerlukan perpindahan posisi sesuai dengan kondisinya.
ALAT-ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Trochanter roll 3. Papan penahan kaki 4. Sarung tangan
PROSEDUR	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek catatan Medis klien, instruksi medis yang diberikan 2. Menyiapkan keamanan diri berupa cuci tangan 3. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut pasien dengan senyum, ramah, dan sopan sambil memberi salam. 2. Memperkenalkan diri sebagai perawat dengan menyebutkan nama sambil berjabat tangan. 3. Mendengar dan merespons keluhan apa yang pasien ungkapkan 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur dari masing-masing posisi yang akan dilakukan. 5. Melakukan tindakan dengan percaya diri (tenang, tidak ceroboh dan tidak ragu-ragu). <p>Tahap Kerja</p> <p>1. Posisi Supine</p> <p>Posisi supine, atau dorsal recumbent, adalah posisi di mana pasien berbaring telentang dengan kepala dan bahu sedikit ditinggikan menggunakan bantal kecuali jika ada kontraindikasi (misalnya, anestesi tulang belakang, operasi tulang belakang).</p>



2. Posisi Fowler

Posisi Fowler, juga dikenal sebagai posisi semi-flower, adalah posisi tempat tidur di mana kepala tempat tidur ditinggikan 45 hingga 60 derajat. Variasi posisi Fowler meliputi Fowler rendah (15 hingga 30 derajat), semi-Fowler (30 hingga 45 derajat), dan Fowler tinggi (hampir vertikal).



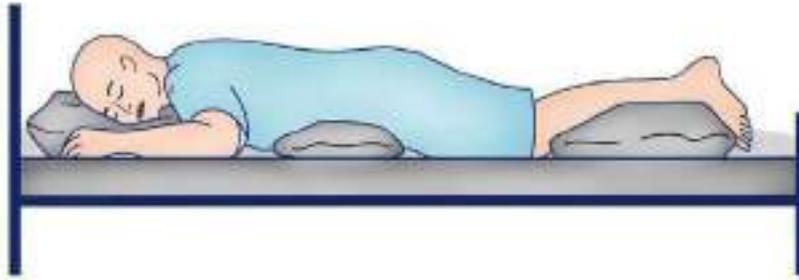
3. Posisi Orthopneic atau Tripod

Posisi ortopneik atau tripod menempatkan pasien dalam posisi duduk atau di sisi tempat tidur dengan meja tempat tidur di depan untuk bersandar dan beberapa bantal di atas meja untuk beristirahat.



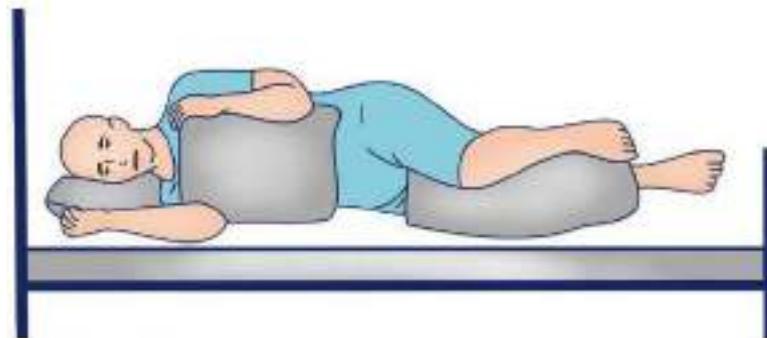
4. Posisi Tengkurap

Pada posisi tengkurap, pasien berbaring tengkurap dengan kepala menoleh ke satu sisi dan pinggul tidak ditebuk.



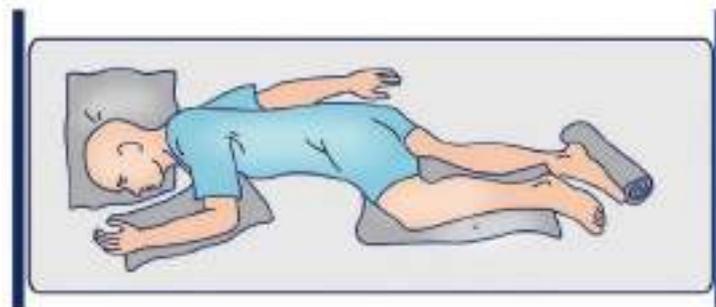
5. Posisi Lateral

Pada posisi lateral atau berbaring menyamping, pasien berbaring pada satu sisi tubuh dengan kaki bagian atas berada di depan kaki bagian bawah dan pinggul serta lutut ditekuk. Melenturkan pinggul dan lutut bagian atas dan menempatkan kaki ini di depan tubuh akan menciptakan dasar penyangga yang lebih luas dan berbentuk segitiga dan mencapai stabilitas yang lebih baik. Peningkatan fleksi pinggul dan lutut bagian atas memberikan stabilitas dan keseimbangan yang lebih baik. Fleksi ini mengurangi lordosis dan meningkatkan keselarasan punggung yang baik.



6. Posisi Sims

Posisi Sims atau posisi semi-tengkurap adalah ketika pasien mengambil posisi setengah jalan antara posisi lateral dan posisi tengkurap. Lengan bawah diposisikan di belakang klien, dan lengan atas ditekuk di bahu dan siku. Kaki bagian atas lebih tertekuk pada pinggul dan lutut daripada kaki bagian bawah.

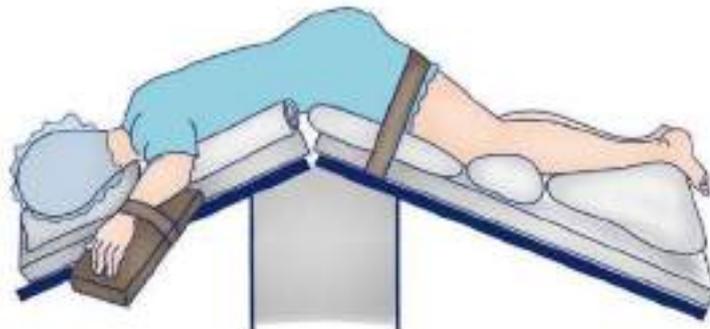


7. Posisi Kidney

Pada posisi kidney, pasien mengambil posisi lateral yang dimodifikasi di mana perut diletakkan di atas pengangkat di meja operasi yang menekuk tubuh. Pasien dibalikkan ke sisi kontralateral dengan punggung diletakkan di tepi meja. Posisi ginjal kontralateral ditempatkan di atas jeda di meja atau di atas lift tubuh ginjal (jika tersedia). Lengan paling atas ditempatkan pada sandaran selokan dengan posisi tidak lebih dari 90° abduksi atau fleksi.



9. Posisi Jackknife



Posisi

Jackknife, juga dikenal sebagai Kraske, di mana perut pasien berbaring rata di tempat tidur. Tempat tidur digunting, sehingga pinggul terangkat, dan kaki serta kepala rendah.

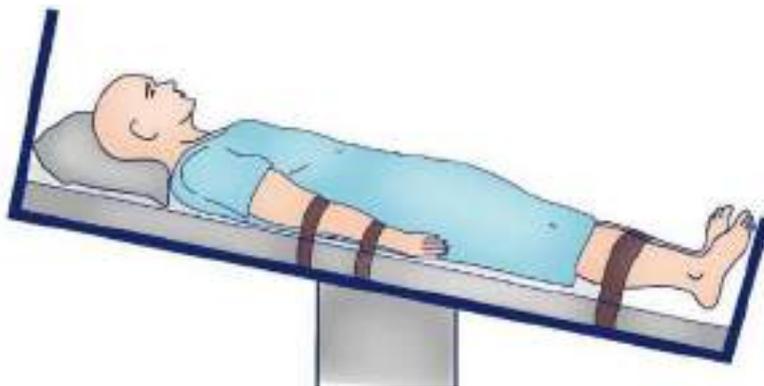
9. Posisi Knee-Chest

Posisi Knee-Chest bisa dalam posisi menyamping atau tengkurap. Pada posisi Knee-Chest lateral, pasien berbaring miring, badan berbaring secara diagonal di seberang meja, dan pinggul serta lutut ditekuk. Pada posisi Knee-Chest tengkurap, pasien berlutut di atas meja dan menurunkan bahu mereka ke atas meja, sehingga dada dan wajah mereka berada di atas meja.



10. Posisi Reverse Trendelenburg

Reverse Trendelenburg adalah posisi pasien di mana kepala tempat tidur ditinggikan dengan kaki tempat tidur di bawah. Ini adalah kebalikan dari posisi Trendelenburg



11. Posisi Trendelenburg

Posisi Trendelenburg melibatkan menurunkan kepala tempat tidur dan mengangkat kaki tempat tidur pasien. Lengan pasien harus terselip di sisi tubuh mereka.



12. Posisi Litotomi

Litotomi adalah posisi pasien di mana pasien berbaring telentang dengan pinggul dan lutut ditekuk dan paha terbuka.

	
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> - Respon pasien terhadap tindakan - Menilai keberhasilan prosedur - Memberikan edukasi terkait hasil perpindahan posisi
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal dan waktu prosedur. 2. Penjelasan prosedur kepada pasien. 3. Notasi posisi pasien ditempatkan, termasuk alasannya 4. Pengajaran yang relevan diberikan.
REFERENSI	<p>VERA, MATT BSN, R.N. (JANUARY 21, 2024). Patient Positioning: Complete Guide and Cheat Sheet for Nurses.</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---

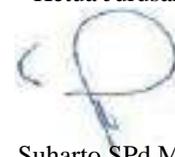


**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

BATUK EFEKTIF

S O P -	BATUK EFEKTIF
PENGERTIAN	Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar dimana energi dapat dihemat sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. membebaskan jalan nafas dari akumulasi secret 2. mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laboratorium 3. mengurangi sesak nafas akibat akumulasi secret 4. Menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien dengan gangguan saluran nafas akibat akumulasi secret. 2. pemeriksaan diagnostic sputum di laboratorium.
ALAT-ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat sputum 2. Tissue 3. Stetoskop 4. Hanscoon 5. Masker 6. Air putih hangat dalam gelas
PROSEDUR	<p>Tahap prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan nama klien 2. Menjelaskan tujuan dan sapa nama klien <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi klien 2. Mempersiapkan klien 3. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut 4. Melatih klien tuberkulosis melakukan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup) 5. Meminta klien tuberkulosis merasakan mengembangnya perut 6. Meminta klien tuberkulosis menahan napas hingga 3 hitungan 7. Meminta klien tuberkulosis menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup) 8. Meminta klien tuberkulosis merasakan mengempisnya perut

	<p>9. Memasang pernak/alas dan bengkok (di pangkuan penderita tuberkulosis bila duduk atau di dekat mulut bila tidur miring)</p> <p>10. Meminta penderita tuberkulosis untuk melakukan napas dalam 2 kali, pada inspirasi yang ketiga tahan napas dan batukkan dengan kuat</p> <p>11. Menampung lendir ditempat pot yang telah disediakan tadi</p> <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi keadaan klien setelah dilakukan pemeriksaan 2. Memberikan informasi terkait prosedur yang sudah dilakukan 3. Memberikan reinforcement positif kepada klien 4. Membuat kontrak waktu untuk melakukan pertemuan selanjutnya
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> - Respon pasien terhadap tindakan - Menilai keberhasilan prosedur - Memberikan edukasi terkait hasil spuntum
DOKUMENTASI	<ul style="list-style-type: none"> - Identitas klien - Waktu pelaksanaan batuk efektif - Hasil pelaksanaan batuk efektif - Diagnosa Keperawatan, outcome dan intervensi yang akan dilakukan selanjutnya - Nama perawat yang melakukan tindakan dan tanda tangan
REFERENSI	<p>Wiharni Ratih.2022. <i>Teknik Batuk Efektif Dan Etika Batuk Yang Benar</i>.Bandung:Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan.</p> <p>PPNI (2021). <i>Pedoman Standar Operasional Prosedur Keperawatan, Edisi 1</i>. Jakarta: PPNI.</p>

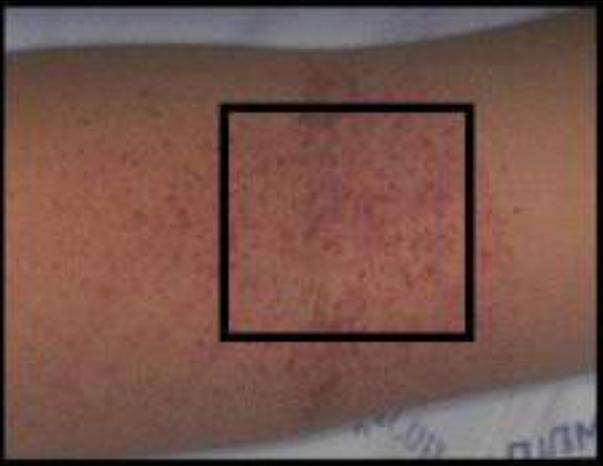
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

RUMPLE LEED

S O P -	RUMPLE LEED
PENGERTIAN	Rumple leed Test/ Torniquet Test adalah salah test yang digunakan untuk mendiagnosa penyakit demam berdarah. Test ini digunakan untuk mengetahui kerapuhan dari pembuluh darah, sehingga dapat digunakan sebagai alat test cepat untuk membedakan diagnose acute gastroenteritis dan demam berdarah
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui capillary fragility - Sebagai alat test cepat penyakit demam berdarah
INDIKASI	Klien yang diduga mengalami penyakit demam berdarah
ALAT-ALAT	<ul style="list-style-type: none"> - Tensimeter - Cuff - Jam tangan/Stopwatch - Handscoon
PROSEDUR	<p>Tahap prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan nama klien 2. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur tindakan yang akan dilakukan 3. Membaca rekam medis pasien <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi klien 2. Mempersiapkan klien 3. Memasang cuff di lengan atas klien, kemudian periksa tekanan darah klien 4. Catat hasil pemeriksaan tekanan darah 5. Kemudian naikan tekanan cuff sebesar nilai tengah jumlah tekanan systolic dan tekanan diastolic (misal tekanan darah 100/70, maka $(100+70)/5 = 85$ mmHg) dan tahan selama 1 menit 6. Kemudian lepaskan tekanan cut off dan tunggu 2 menit 7. Hitung petechiae yang terdapat di bawah antecubital fossa

	 <p>8. Positive tourniquet test ditunjukkan dengan adanya 10 petechiae per 1 kotak dengan ukuran 1 inch</p> <p>9. Catat hasil pemeriksaan</p> <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi keadaan klien setelah dilakukan pemeriksaan 2. Memberikan informasi terkait prosedur yang sudah dilakukan 3. Memberikan reinforcement positif kepada klien 4. Membuat kontrak waktu untuk melakukan pertemuan selanjutnya
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> - Respon pasien terhadap tindakan - Menilai keberhasilan prosedur - Memberikan edukasi terkait hasil pemeriksaan rumple leed
DOKUMENTASI	<ul style="list-style-type: none"> - Identitas klien - Waktu pelaksanaan pemeriksaan rumple leed test - Hasil pelaksanaan rumple leed test - Diagnosa Keperawatan, outcome dan intervensi yang akan dilakukan selanjutnya - Nama perawat yang melakukan tindakan dan tanda tangan
REFERENSI	<p>Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Clinical Assessment : Tourniquet Test. Dengue Clinical Case Management E-learning. Clinical Assessment (cdc.gov) diakses tanggal 12 Desember 2023</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

ORAL HYGIENE

S O P -	ORAL HYGIENE	
PENGERTIAN	Tindakan yang ditujukan untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa mulut, mencegah infeksi dan melembabkan membran mulut dan bibir.	
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. mencegah penyakit gigi dan mulut. 2. mencegah penularannya melalui mulut. 3. mempertinggi daya tahan tubuh. 4. memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan. 	
INDIKASI	Pasien yang mengalami mucositis.	
ALAT-ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handscone 2. Sikat gigi 3. Pasta gigi 4. Handuk 5. Gelas dengan air 6. Baskom 7. Kapas lidi 8. Spatel lidah dengan bantalan atau spons 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Kom kecil 10. Bengkok 11. Sput ber-bulb kecil 12. Pinset 13. Depres/kassa 14. chlorhexidine mouthwash 15. Borax glicerin/pelembab bibir 16. Cairal NaCL 0,9%
PROSEDUR	<p>Tahap Prainteraksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan kebersihan tangan dan gunakan sarung tangan bersih 2. Instruksikan pasien untuk tidak menggigit. Periksa integritas bibir, gigi, mukosa bukal, gusi, langit-langit, dan lidah 3. Identifikasi adanya masalah mulut yang umum 4. Kaji risiko aspirasi pasien 5. Kaji kemampuan pasien untuk memegang dan memanipulasi sikat gigi <p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien 2. Jelaskan prosedur kepada pasien dan diskusikan preferensi mengenai penggunaan alat bantu kebersihan 3. Tempatkan handuk kertas di atas meja tempat tidur dan atur peralatan lain yang mudah dijangkau. <p>Tahap Kerja : Pada pasein dengan kesadaran penuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angkat tempat tidur ke posisi yang nyaman (Semi Fowler) 2. Tempatkan handuk di atas dada pasien 3. Gunakan sarung tangan bersih 	

4. Oleskan pasta gigi ke sikat. Pegang sikat di atas baskom emesis, tuangkan sedikit air di atas pasta gigi
5. Pegang bulu sikat gigi pada sudut 45 derajat hingga garis gusi. Pastikan ujung bulunya menempel dan menembus garis gusi. Sikat permukaan dalam dan luar gigi atas dan bawah dengan menyikat dari gusi ke mahkota setiap gigi. Bersihkan permukaan gigitan gigi dengan memegang bagian atas bulu sejajar dengan gigi dan menyikat maju dan mundur dengan lembut. Sikat sisi gigi dengan menggerakkan bulu ke depan dan ke belakang.
6. Minta pasien memegang sikat pada sudut 45 derajat dan sikat ringan pada permukaan dan sisi lidah. Hindari memulai refleks muntah
7. Biarkan pasien membilas mulut dengan seksama dengan mengambil beberapa teguk air, mengibaskan air di semua permukaan gigi dan meludah ke bengkok
8. Biarkan pasien berkumur menggunakan chlorhexidine mouthwash
9. Membantu menyeka mulut pasien
10. Biarkan pasien untuk membersihkan gigi dengan benang. gunakan benang di antara semua gigi. Pegang benang pada gigi sambil menggerakannya ke atas dan ke bawah pada sisi gigi dan di bawah garis gusi.
11. Biarkan pasien membilas mulut secara menyeluruh dengan air dingin dan meludahkannya ke baskom. Membantu membersihkan mulut pasien.
12. Oleskan pelembab bibir/obat topikal pada bagian mulut yang mengalami luka.
13. Rapihkan alat, lepaskan sarung tangan yang kotor dan lakukan kebersihan tangan.
14. Atur kembali posisi pasien nyaman mungkin.

Pada pasien dengan penurunan kesadaran :

1. Angkat tempat tidur ke posisi yang nyaman (Semi Fowler)
2. Tempatkan handuk di atas dada pasien
3. Gunakan sarung tangan bersih
4. Meletakkan handuk dan perlak kecil di bawah dagu pasien.
5. Meletakkan bengkok di dekat kepala pasien (mendekati daerah mulut)
6. Menyiapkan depres sesuai dengan kebutuhan (letakkan di kom yang sudah terisi cairan NaCL 0,9%)
7. Mengambil depres dengan pincet mengoleskannya pada bibir pasien
8. Membuka bibir pasien perlahan-lahan dengan spatel lidah, lalu gosok kan depres pada gigi depan atas dan bawah)
9. Membuka gigi pasien dengan spatel lidah, lalu menggosok daerah gigi samping atas dan bawah, menggosok gigi

	<p>bagian dalam atas dan bawah. Melakukan hal yang asama pada sisi yang lain.</p> <p>10. Memersihkan daerah langit-langit dan lidah.</p> <p>11. Membersihkan bibir dan mulut pasien dengan tisu dan handuk.</p> <p>12. Melumasi bibir dengan jely/ pelembab bibir.</p>
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> - Respon pasien terhadap tindakan - Menilai keberhasilan prosedur - Memberikan edukasi terkait manfaat tindakan oral Hygine
DOKUMENTASI	<ul style="list-style-type: none"> - Identitas klien - Waktu pelaksanaan oral Hygine - Hasil pelaksanaan oral Hygine - Diagnosa Keperawatan, outcome dan intervensi yang akan dilakukan selanjutnya - Nama perawat yang melakukan tindakan dan tanda tangan
REFERENSI	<p>Sulistiawan, A. (2014). Perawatan oral hygiene pada pasien tidak sadar 1. <i>Psik-Fkik UNJA</i>.</p> <p>National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2023). Oral Hygiene. <u>Oral Hygiene National Institute of Dental and Craniofacial Research (nih.gov)</u> (diakses tanggal 12 Januari 2023)</p> <p>Agustina, Novita.(2022). Oral Hygiene Menggunakan NaCL 0,9%. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <u>Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (kemkes.go.id)</u> (diakses tanggal 12 Januari 2023)</p>

<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto,SPd,MN</u> NIP.196605101986031001</p>
--	---	---



**POLITEKNIK KESEHATAN
SEMARANG**

MEMINDAHKAN PASIEN

SOP	MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE BRANKART
PENGERTIAN	Memindahkan pasien yang tidak dapat melakukan sendiri tanpa bantuan untuk pindah dari tempat tidur ke brankart dan pasien maupun perawat harus terjaga pada <i>good alignment</i> dan tidak terjadi injury selama berpindah.
TUJUAN	Memberikan rasa nyaman dan aman. Mencegah injury karena gerakan yang tidak benar saat berpindah.
INDIKASI	Pasien yang tidak mampu bergeser tanpa bantuan. Pasien yang akan dilakukan tindakan di ruang lain.
ALAT - ALAT	Tempat tidur. <i>Drawsheet</i> . Brankart.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan langkah prosedur pada pasien. 2. Mencuci tangan. 3. Menggeser tempat tidur dan alat – alat di ruangan untuk memberikan ruang kosong agar brankart masuk. Memastikan bahwa ada yang membantu. Menutup semua pintu dan gordena. 4. Menaikkan tempat tidur sama tinggi depan brankart dan mengatur bagian kepala tempat tidur pada posisi datar jika pasien dapat menerima, menurunkan <i>side rails</i>. 5. Meletakkan atau <i>drawsheet</i> (sprei untuk menarik) di bawah pasien jika dibawah pasien belum ada. Menggunakan <i>drawsheet</i> untuk menggeser pasien ke sisi tempat tidur dimana brankart akan ditempatkan. 6. Menempatkan brankart paralel ke sebelah tempat tidur. Mengunci roda brankart dan tempat tidur. Mengambil bantal dari tempat tidur dan meletakkan di brankart. 7. Untuk memindahkan pasien :

	<p>8. Perawat pertama harus berlutut pada sisi tempat tidur yang jauh dari brankart. Posisi lutut yang berada pada bagian atas batang tubuh lebih dekat ke pasien dari pada lutut lainnya. Memegang <i>drawsheet</i> dengan kuat.</p> <p>9. Perawat kedua berada di seberang brankart dan memegang <i>drawsheet</i> pada bagian kepala dan dada pasien.</p> <p>10. Perawat ketiga berada di seberang brankart dan memegang <i>drawsheet</i> bagian pinggang dan paha pasien. Meminta pasien untuk menyilangkan lengan di dada.</p> <p>11. Pada tanda atau kode yang diberikan oleh perawat pertama, kedua dan ketiga menarik <i>drawsheet</i> sementara perawat pertama mengangkat pasien dari tempat tidur ke brankart.</p> <p>12. Menjaga posisi pasien di brankart sampai <i>side rails</i> dinaikkan. Membantu pasien ke posisi yang nyaman dan menyelimuti pasien. Meninggalkan <i>drawsheet</i> tetap ditempatnya untuk memindahkan kembali pasien ke tempat tidur.</p> <p>13. Mencuci tangan.</p>	
<p>EVALUASI</p>	<p>Nafas normal. <i>Body alignment</i> terjaga. Tidak terjadi injury.</p>	
<p>DOKUMENTASI</p>	<p>Penerimaan dan perasaan pasien terhadap tindakan. Jumlah staff yang diperlukan untuk melakukan tindakan.</p>	
<p>REFERENSI</p>	<p>Potter & Perry (2001). Fundamental of nursing (5th ed.). St. Louis : Mosby.</p> <p>Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008) Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Smith, S. F., Duell, D. j., & Martin, B. C. (2004). Clinical nursing skills : Basic to advanced skills (6th ed.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.</p> <p>Taylor, C., Lillies, C., & LeMone, P. (1997). Fundamentals nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia : Lippincott.</p>	
<p>Diperiksa oleh Ka Sub Unit Laboratorium</p>  <p><u>Ana Permatasari, S.Kep., Ners</u> NIP. 199209262022032002</p>	<p>Disahkan oleh Ketua Program Studi</p>  <p><u>Kurniati Puji Lestari, S.Kep., M.Kes</u> NIP. 196512041989032015</p>	<p>Mengetahui Ketua Jurusan</p>  <p><u>Suharto, SPd, MN</u> NIP.196605101986031001</p>

PENUTUP

Demikian SOP Praktika Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia yang telah kami susun. Terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dalam penyusunan SOP ini, sehingga kami dapat menyelesaikan SOP ini dengan baik dan sesuai ketentuan yang telah disahkan. Semoga SOP ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan dosen mampu memberikan perkuliahan Kebutuhan Dasar Manusia sesuai SOP. Mahasiswa mampu mendapatkan ilmu Kebutuhan Dasar Manusia dengan baik dan sesuai prosedur yang telah ditentukan.

VISI MISI PRODI DIII KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES SEMARANG

Visi

Menjadi pusat pendidikan vokasi keperawatan yang menghasilkan perawat unggul dalam keperawatan gawatdarurat dan kritis, berkarakter, dan mampu bersaing global tahun 2025

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan vokasi berbasis klinik dan teknologi keperawatan terkini berdasar sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi dengan menjunjung tinggi nilai-nilai budaya lokal untuk memenangkan persaingan global
2. Menyelenggarakan penelitian keperawatan berbasis klinik
3. Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat berdasarkan hasil penelitian (*evidence based practice*).
4. Mengembangkan manajemen modern program studi berdasar sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi