MODUL PRAKTIKUM
Keperawatan Dasar I
NSA102

Disusun oleh:
Ety Nurhayati, S, Kp., M. Kep., Ns. Sp. Kep. Mat

PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2019

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Dosen : Ety Nurhayati, S, Kp., M. Kep., Ns. Sp. Kep. Mat

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa modul ini dapat digunakan untuk pelaksanaan praktikum mata kuliah Keperawatan Dasar I, pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.

Dosen,

(Ety Nurhayati, S, Kp., M. Kep., Ns. Sp. Kep. Mat)

Ditetapkan di Jakarta
Tanggal Maret 2019

Ketua Program Studi,

(Anna, S.Kp., M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, Modul Praktikum Mata Kuliah Keperawatan Dasar I dapat diselesaikan.

Penyusunan Modul Praktikum ini bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang telah ditetapkan, sehingga setelah menempuh mata kuliah praktik ini mahasiswa diharapkan memiliki pengetahuan dan keterampikan mengenai pemenuhan kebutuhan dasar klien.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Modul Praktikum Mata Kuliah ini.

Jakarta, Maret 2019

Tim Penyusun

VISI, MISI, DAN TUJUAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
UNIVERSITAS ESA UNGGUL

VISI

Menjadi program studi Ners berbasis intelektulitas, kreativitas, dan kewirausahaan, yang unggul di bidang *Nursing Home Care* serta berdaya saing global.

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan dan pengajaran yang bermutu dan relevan di bidang keperawatan dengan keunggulan *Nursing Home Care*
2. Menyelanggarakan program – program penelitian dan pengembangan guna menghasilkan konsep –konsep, teori dan hasil kajian secara fungsional dapat mendukung pengembangan di bidang keperawatan dengan keunggulan *Nursing*
3. *Home Care*
4. Melaksanakan dan mengembangkan program – program pengabdian kepada masyarakat yang bermanfaat dan menumbuhkan jiwa kewirausahaan melalui *Nursing Home Care* dengan inovasi di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi
5. Menyiapkan sumber daya manusia keperawatan dengan keunggulan *Nursing Home Care* yang berdaya saing global dan menciptakan calon pemimpin yang berkarakter bagi bangsa dan Negara
6. Menjalin kerjasama dengan perguruan tinggi lain, lembaga pemerintah, swasta dan instansi pelayanan kesehatan untuk mendukung dan mengembangkan tri darma perguruan tinggi

TUJUAN

1. Menghasilkan Ners yang kompeten, berkualitas, memiliki jiwa kepemimpinan yang berkarakter, dan memiliki jiwa kewirausahaan serta mampu berdaya saing global.
2. Menghasilkan karya ilmiah dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan melalui penelitian dan pengabdian masyarakat
3. Menghasilkan Ners yang mampu memelihara dan mengembangkan kerjasama dengan berbagai pihak, baik di dalam maupun di luar negeri
4. Menghasilkan tenaga Ners dengan keunggulan di bidang *Nursing Home Care* yang mampu berdaya saing global

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	4
DAFTAR ISI	5
BAB I PENDAHULUAN	6
1.1. Deskripsi Mata Kuliah	6
1.2. Tujuan Praktikum	6
1.3. Kompetensi Dasar	6
1.4. Bobot sks dan Lama Pelaksanaan Praktikum	7
BAB II TATA TERTIB DAN K3	8
2.1. Tata Tertib Pelaksanaan Praktikum	8
2.2. Kaidah Keselamatan dan Kesehatan Kerja	8
BAB III PELAKSANAAN PRAKTIKUM	9
3.1. Landasan Teoritis	9
3.2. Tempat/lokasi Praktikum	12
3.3. Instruksi Kerja Praktikum	12
BAB IV EVALUASI HASIL PRAKTIKUM	94
4.1. Post-test	94
4.2. Umpan Balik dan Tindaklanjut	94
4.3. Laporan Hasil Praktikum	94
DAFTAR REFERENSI	95

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah ini membahas tentang berbagai konsep, prinsip dan keterampilan klinis keperawatan untuk membantu memenuhi berbagai kebutuhan manusia yang mencakup kebutuhan aktivitas dan latihan; kebutuhan oksigenasi; kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairanelektrolit;kebutuhan istirahat dan tidur; kebutuhan nutrisi; kebutuhan eliminasi; kebutuhan rasa nyaman; kebutuhan kebersihan dan perawatan diri. Pengalaman belajar meliputi pembelajaran di kelas dan di laboratorium keperawatan.

1.2. Tujuan Praktikum

Mahasiswa mampu menguasai prinsip, konsep, teknik,dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang mencakup:

1. Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan;
2. kebutuhan oksigenasi;
3. Pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit;
4. Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur;
5. Pemenuhan kebutuhan nutrisi;
6. Pemenuhan kebutuhan eliminasi;
7. Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dan aman;
8. Pemenuhan kebutuhan kebersihan dan perawatan diri.

1.3. Kompetensi Dasar

a. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan aktivitas dan latihan
b. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan
c. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan oksigenasi

d. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan oksigenasi
e. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit
f. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit
g. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan istirahat dan tidur
h. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur
i. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan nutrisi
j. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan nutrisi
k. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan eliminasi
l. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan eliminasi
m. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan rasa nyaman dan aman
n. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dan aman
o. Memahami dan menjelaskan konsep kebutuhan kebersihan dan perawatan diri
p. Mengaplikasikan dan mempraktekkan Pemenuhan kebutuhan kebersihan dan perawatan diri

1.4. Bobot sks dan Lama Pelaksanaan Praktikum

Praktik Keperawatan Dasar I mempunyai bobot 1 sks dengan durasi 170 menit selama 14 kali pertemuan.

BAB II
TATA TERTIB DAN K3

2.1. Tata Tertib Pelaksanaan Praktikum

1. Selama mengikuti praktikum, setiap peserta ajar wajib berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran.
2. Selama perkuliahan terdapat proses evaluasi dalam bentuk tertulis maupun lisan yang harus diikuti setiap peserta ajar.
3. Selama perkuliahan dispensasi waktu keterlambatan adalah 15 menit.
4. Presentase kehadiran wajib selama semester ganjil dalam mata kuliah ini adalah sebanyak 12 kali pertemuan, dan 2 kali ketidakhadiran yang diterima adalah dengan alasan izin atau sakit.

2.2. Kaidah Keselamatan dan Kesehatan Kerja

1. Menggunakan seragam praktik sesuai dengan peraturan yang berlaku (jika dibutuhkan)
2. Tidak membawa barang-barang berharga (perhiasan, uang tunai, dll)
3. Menaruh barang-barang di dalam loker (bila tersedia).
4. Menggunakan media praktik dengan hati-hati.

BAB III
PELAKSANAAN PRAKTIKUM

3.1. Landasan Teoritis

Kebutuhan aktivitas dan latihan

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak.

Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi di perlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degenerative, dan untuk aktualisasi diri 9 harga diri dan citra tubuh).

Rentang Gerak (Range Of Motion / rom)

Adalah jumlah pergerakan maksimum yang dapat dilakukan pada sendi, disalah satu dari tiga bidang, yaitu: sagital, frontal, atau transversal.

1. Bidang sagital adalah bidang yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi sisi kanan dan sisi kiri.
2. Bidang frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh ke depan dan kebelakang.
3. Bidang transversal adalah bidang horisontal yang membagi tubuh ke atas dan ke bawah.

Kebutuhan oksigenasi

Oksigen merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital yang dibutuhkan dalam proses metabolisme, untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel tubuh. Oksigen dibutuhkan untuk menopang kehidupan. Penyampaian Oksigen ke jaringan tubuh ditentukan oleh interaksi sistem respirasi, kardiovaskuler, keadaan hematologis. Sistem kardiopulmonal berfungsi untuk menyuplai kebutuhan oksigen tubuh, melibatkan transpor darah yang terdeoksigenasi ke jantung kanan dan sirkulasi pulmonal serta transpor darah teroksigenasi dari paru-paru ke jantung kiri dan jaringan. Darah teroksigenasi

melalui mekanisme ventilasi, respirasi, perfusi, dan transpor gas respiratori. Oksigenasi dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu hiperventilasi, hipoventilasi, dan hipoksia.

Kebutuhan oksigen klien dapat dapat terpenuhi dengan mempromosikan pengembangan paru, memobilisasi sekresi, dan mempertahankan kepatenan jalan napas. Perawat dapat mengukur keefektifan terapi oksigen dengan memonitor pulse oxymetry. Selain itu, perawat harus membersihkan atau melakukan penghisap sekresi orofaring dan nasofaring pada klien yang tidak mampu mempertahankan jalan napas.

Oksigenasi dan perfusi yang tidak adekuat meningkatkan risiko situasi kegawatan yang mengancam hidup klien. Henti jantung merupakan penghentian curah jantung dan sirkulasi secara tiba-tiba.

Kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit

Keseimbangan cairan adalah keseimbangan antara asupan dan keluaran cairan. Cairan merupakan komponen terbesar yang membentuk tubuh, 60% dari berat badan orang dewasa terdiri atas cairan. Proporsi cairan rendah pada wanita, orang obesitas dan orang tua, tetapi tinggi pada anak-anak ((Davidhizar R, 2004) .

Rangkaian mekanisme dalam merespon gangguan asupan dan keluaran cairan mengontrol dengan mengatur jumlah total cairan tubuh. Ketidakseimbangan cairan dievaluasi berdasarkan penurunan atau peningkatan jumlah natrium yang berkaitan dengan cairan. Orang dewasa muda yang sehat mampumempertahankan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam-basa karena mekanisme fisiologis tubuh yang adaptif (Potter, Patricia A & Perry, 2010b) .

Kebutuhan istirahat dan tidur

Istirahat dan tidur yang tepat sama pentingnya dengan nutrisi yang baik dan latihan yang adekuat. Seseorang memerlukan jumlah tidur dan istirahat yang berbeda. Kesehatan fisik dan emosi tergantung pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Dengan tidak tepatnya jumlah tidur dan istirahat seseorang, maka kemampuannya berkonsenterasi, membuat keputusan, serta berpartisipasi pada aktivitas sehari-hari akan menurun dan semakin cepat marah.

Tidur adalah bagian dari penyembuhan dan perbaikan (McCance dan Huether, 2006). Mencapai kualitas tidur yang baik penting untuk kesehatan, sama halnya dengan sembuh dari penyakit. Klien yang sedang sakit seringkali membutuhkan lebih banyak tidur dan istirahat daripada klien yang sehat. Namun demikian, biasanya penyakit mencegah beberapa klien untuk mendapatkan tidur dan istirahat yang adekuat. Lingkungan rumah sakit atau fasilitas perawatan jangka Panjang dan aktivitas pemberi layanan seringkali membuat klien sulit tidur.

Kebutuhan nutrisi

Nutrisi adalah elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh. Kebutuhan energi didapatkan dari berbagai nutrisi, seperti: karbohidrat, protein, lemak, air, vitamin, dan mineral. Makanan terkadang dideskripsikan berdasarkan kepadatan nutrisi mereka, yaitu proporsi nutrisi yang penting berdasarkan jumlah kilokalori. Makanan dengan kepadatan nutrisi yang rendah seperti alcohol atau gula adalah makanan yang tinggi kilokalori tetapi rendah nutrisi.

Kebutuhan eliminasi

Menurut Bahasa Indonesia, Eliminasi adalah Menunggu, Penghilangan, Penyingkiran, Penyisihan. Dalam bidang Kesehatan Eliminasi Adalah proses pembuangan sisa metabolisme tubuh baik urun atau feses.

Eliminasi urine bergantung pada ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra. Ginjal membuang zat sisa dari darah untuk untuk membentuk urine.Ureter mentranspor urine dari ginjal ke kandung kemih.Kandung kemih menampung urine sampai ada dorongan berkemih. Urine meninggalkan tubuh melalui uretra.

Kebutuhan rasa nyaman dan aman

Setiap manusia pasti membutuhkan perlindungan untuk menciptakan rasa aman dan nyaman agar dapat menjalani aktivitas dengan normal tanpa ada rasa takut dan khawatir yang membebani pikiran. Ada banyak permasalahan yang berhubungan dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman dimulai dari bayi hingga lansia.

Kebutuhan rasa aman yaitu suatu keadaan bebas dari segala fisik dan psikologis merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, serta

dipengaruhi dengan faktor lingkungan, Karena lingkungan yang aman akan secara otomatis kebetuhan dasar manusia terpenuhi. Kebutuhan rasa nyaman adalah suatu keadaan akan ketentraman (suatu kepuasaan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah). (Kolcaba (1992, dalam Potter & Perry, 2006).

Kebutuhan kebersihan dan perawatan diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisikesehatannya (Depkes, 2000).

Personal hygiene adalah cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka. Pemeliharaan higiene perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanaan, dan kesehatan.Praktek hygiene sama dengan meningkatkan kesehatan (Potter dan Perry, 2012). Seseorang yang sakit, biasanya dikarenakan masalah kebersihan yang kurang diperhatikan. Hal ini terjadi karena kitamenganggap masalah kebersihan adalah masalah yang biasa saja, padahal jka hal tersebut dibiarkan terus dapat mempengaruhi kesehatan secara umum. Karena itu hendaknya setiap orang selalu berusaha supaya personal hygiennya dipelihara dan ditingkatkan.

Hygiene adalah ilmu kesehatan. Cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka disebut hygiene perorangan. Cara perawatan diri menjadi rumit dikarenakan kondisi fisik atau keadaan emosional seseorang. Pemeliharaan hygiene perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Seperti pada orang sehat mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya sendiri, pada orang sakit atau tantangan fisik memerlukan bantuan perawat untuk melakukan praktik kesehatan yang rutin (Potter dan Perry, 2012).

3.2. Tempat/lokasi Praktikum

Laboratorium Keperawatan Dasar, Prodi Ners, Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.

3.4. Instruksi Kerja Praktikum

SOP POSISI POWLER

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Bantal	3			
	2. Remot tempat tidur elektrik	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Atur posisi klien duduk dengan menggunakan tumpukan bantal maupun dengan menaikkan tempat tidur elektrik bagian atas sampai posisi duduk				
	8. Mencuci tangan				
	Fase Terminasi				
	9. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan				
	10. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan				
	11. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)				

	12. Mengucapkan salam kepada klien			
	13. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMBERIKAN POSISI SEMI POWLER

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Bantal				
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Mengangkat kepala dari tempat tidur ke permukaan yang tepat (45-90 derajat)				
	8. Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan kepala klien jika tubuh bagian atas klien lumpuh				
	9. Letakan bantal di bawah kepala klien sesuai dengan keinginan klien, menaikan lutut dari tempat tidur yang rendah menghindari adanya teknan di bawah jarak poplital (di bawah lutut)				
	10. Mencuci tangan				
	Fase Terminasi				

	11. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	12. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	13. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	14. Mengucapkan salam kepada klien			
	15. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMBERIKAN POSISI TRENDELENBERGH

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Pasien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan ke kiri dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kiri lurus lutut. Paha kanan ditekuk diarahkan ke dada.			
	8. Tangan kiri diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kanan diatas tempat tidur.			
	9. Bila pasien miring ke kanan dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kanan lurus, lutut dan paha kiri ditekuk diarahakan ke dada.			
	10. Tangan kanan diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kiri diatas tempat tidur.			
	11. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	12. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			

	13. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	14. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	15. Mengucapkan salam kepada klien			
	16. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMBERIKAN POSISI LITOTOMI

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Pasien dalam keadaan berbaring telentang, kemudian angkat kedua paha dan tarik ke arah perut			
	8. Tungkai bawah membentuk sudut 90 derajat terhadap paha			
	9. Letakkan bagian lutut/kaki pada tempat tidur khusus untuk posisi lithotomic			
	10. Pasang selimut			
	17. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	11. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	12. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	13. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			

	14. Mengucapkan salam kepada klien			
	15. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMBERIKAN POSISI MIRING (SIMS)

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Menganjurkan klien tidur setengah telungkup, kearah sisi kiri tumpuan badan terletak pada tubuh bagian kiri			
	8. Meletakkan lengan kiri klien sejajar dengan punggung, tangan kanan ke depan, perawat menekuk lutut kanan dan menarik kearah perut			
	9. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	10. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	11. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	12. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	13. Mengucapkan salam kepada klien			
	14. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan			

	kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP POSISI DORSAL RECUMBENT

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Pasang bantal di bawah kepala pasien			
	8. Bantu pasien menekuk lutut dan melebarkan kedua kaki			
	9. Kedua telapak kaki tetap menapak pada tempat tidur			
	10. Kedua tangan pasien diletakkan kearah kepala			
	11. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	12. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	13. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	14. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	15. Mengucapkan salam kepada klien			

	16. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP POSISI GENU PECTROCAL/ KNEE CHEST

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Anjurkan pada klien untuk mengubah posisi tidur menungging dengan kaki ditekuk dan dada menempel pada kasur			
	8. Tutupi dengan selimut			
	9. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	10. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	11. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	12. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	13. Mengucapkan salam kepada klien			
	14. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			

Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP TEHNIK ROM AKTIF

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Latihan I			
	a. Angkat tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat ke atas.			
	b. Letakkan kedua tangan diatas kepala.			
	c. Kembalikan tangan ke posisi semula.			
	8. Latihan II			
	a. Angkat tangan yang kontraktur melewati dada ke arah tangan yang sehat.			
	b. Kembalikan keposisi semula.			
	9. Latihan III			
	a. Angkat tangan yang lemah menggunakan tangan yang sehat ke atas.			
	b. Kembalikan ke posisi semula.			
	10. Latihan IV			
	a. Tekuk siku yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat.			
	b. Luruskan siku kemudian angkat ke			

	atas.			
	c. Letakkan kembali tangan yang kontraktur ditempat tidur.			
	11. Latihan V			
	a. Pegang pergelangan tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat angkat ke atas dada.			
	b. Putar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke arah keluar.			
	12. Latihan VI			
	a. Tekuk jari-jari yang kontraktur dengan tangan yang sehat kemudian luruskan.			
	b. Putar ibu jari yang lemah menggunakan tangan yang sehat.			
	13. Latihan VII			
	a. Letakkan kaki yang sehat dibawah yang kontraktur.			
	b. Turunkan kaki yang sehat sehingga punggung kaki yang sehat dibawah pergelangan kaki yang kontraktur.			
	c. Angkat kedua kaki ke atas dengan bantuan kaki yang sehat, kemudian turunkan pelan-pelan.			
	14. Latihan VIII			
	a. Angkat kaki yang kontraktur menggunakan kaki yang sehat ke atas sekitar 3cm.			
	b. Ayunkan kedua kaki sejauh mungkin kearah satu sisi kemudian ke sisi yang satunya lagi.			
	c. Kembalikan ke posisi semula dan ulang sekali lagi.			
	15. Latihan IX			
	a. Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya, bantu pegang pada lutut yang kontraktur dengan tangan yang lain.			
	b. Dengan tangan yang lainnya penokong memegang oinggang pasien.			
	c. Anjurkan pasien untuk memegang bokongnya.			
	d. Kembalikan ke posisi semula dan ulangi sekali lagi.			
	16. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	15. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	16. Mengevaluasi secara subyektif			

	adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	17. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	18. Mengucapkan salam kepada klien			
	19. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP TEHNIK ROM PASIF

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien			
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Membantu klien dalam posisi tidur Terlentang			
	8. Melatih pergerakan otot dan sendi pada kedua lengan, siku pergelangan tangan dan jari secara bergantian dengan gerakan norma			
	9. Merapihkan klien dan lingkungan			
	10. Membantu klien dalam posisi tidur Terlentang			
	11. Melatih pergerakan otot dan sendi pada kedua lengan, siku pergelangan tangan dan jari secara bergantian dengan gerakan norma			
	12. Merapihkan klien dan lingkungan			
	13. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	14. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	15. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			

	16. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	17. Mengucapkan salam kepada klien			
	18. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMINDAHKAN KLIEN DARI TEMPAT TIDUR KE BRANKAR

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Brankar	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mencuci tangan				
	5. Buka penghalang tempat tidur klien				
	6. Meletakkan brankar sejajar dengan tempat tidur, pastikan tempat tidur dan brankar dalam keadaan terkunci				
	7. Dua atau tiga orang perawat menghadap kedepan tempat tidur atau klien				
	8. Anjurkan klien untuk meletakkan tangan nya ke depan dada				
	9. Tekuk lutut andan dan masukkan tangan kebawah badan klien (Perawat pertama meletakkan tangan dibawah leher/bahu dan bawah pinggang, perawat kedua meletakkan tangan di bawah pinggang dan panggul pasien, sedangkan perawat ketiga meletakkan tangan dibawah pinggul dan kaki)				
	10. Ambil aba-aba dan kemudian diangkat dan dipindahkan ke brankar				

	11. Pasang pengaman brankar (kanan dan kiri)			
	12. Atur posisi klien senyaman mungkin			
	13. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	18. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	19. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	20. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	21. Mengucapkan salam kepada klien			
	22. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMINDAHKAN KLIEN
DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Kursi roda	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Meletakkan kursi roda sejajar dengan tempat tidur				
	8. Mengunci kursi roda dan membuka sandaran kaki				
	9. Kedua kaki klien digeser kepinggir tempat tidur dan dibantu untuk duduk dengan kaki terjuntai				
	10. Perawat berdiri didepan klien dengan kaki direntangkan				
	11. Perawat meletakkan kedua tangan dibawah ketiak klien dan jari-jari melebar menutupi bagian atas				
	12. Klien dibantu untuk berdiri				
	13. Menganjurkan klien membelakangi kursi roda				
	14. Kedua tangan klien memegang				

	kedua tangan kursi roda, kemabali klien dibantu duduk diatas kursi roda			
	15. Memasang kembali sandaran kaki dan meletakkan kaki klien diatas sandaran kaki			
	16. Setelah selesai kembalikan kursi roda ke tempat semula			
	17. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	23. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	24. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	25. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	26. Mengucapkan salam kepada klien			
	27. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	5. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	6. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	7. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	8. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASKER

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Masker dan selangnya sesuai kebutuhan	1			
	2. Humidifier	1			
	3. Aquades	1			
	4. Sumber oksigen dan flowmeter	1			
	5. Pita/ tali elastis	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Mengecek program terapi/ program dokter				
	8. Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoksia (sesak nafas, sianosis) dan kebersihan jalan nafas, bersihkan bila perlu				
	9. Menyambungkan face masker ke selang oksigen dan ke sumber oksigen yang sudah dihumidifier				
	10. Meletakkan face masker hingga				

	menutupi hidung dan mulut klien			
	11. Berikan oksigen sesuai program dokter dan pastikan oksigen mengatur dengan baik			
	12. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	13. Mencuci tangan			
	Fase terminasi			
	14. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	15. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	16. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	17. Mengucapkan salam kepada klien			
	18. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Nasal kanul berikut selang O2	1			
	2. Humidifier dan cairan aquades	1			
	3. Sumber oksigen dengan flowmeter	1			
	4. Plester	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Mengecek program terapi				
	8. Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoksia dan sekret pada jalan nafas				
	9. Menyambungkan nasal kanul dengan selang O2 dan ke sumber O2				
	10. Membuka flowmeter dan menentukan kebutuhan O2 sesuai program terapi				
	11. Meletakkan ujung kanul pada lubang hidung pasien dan mengatur selang plastik ke kepala pasien				
	12. Melakukan fixasi pada kanul kedua sisi Wajah				
	13. Mengecek program terapi				
	14. Merapihkan alat-alat seperti semula				

SOP MELATIH BATUK EFEKTIF

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Sputum pot berisi air Lysol 3 - 4 %	1			
	2. Tissue atau handuk kecil	1			
	3. Bantal	1			
	4. Bengkok	1			
	5. Sarung tangan	1			
	6. Gelas berisi air minum hangat	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan, gunakan sarung tangan				
	7. Atur posisi klien duduk				
	8. Pasang handuk kecil pada kerah baju klien k/p disematkan dengan peniti				
	9. Meminta klien untuk meletakkan salah satu tangannya di perut				
	10. Anjurkan kilen untuk tarik nafas dalam melalui mulut dan tahan selama 3 detik, kemudian hembuskan secara perlahan				
	11. Meminta klien untuk tarik nafas				

	dalam sebanyak 2 kali, kemudian yang ketiga tarik nafas dalam kembali dan dibatukkan.			
	12. Anjurkan pada klien untuk membuang sputum pada sputum pot.			
	13. Rapihkan alat-alat kembali			
	14. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	15. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	16. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan ,			
	17. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	18. Kaji kemampuan klien untuk batuk efektif dan anjurkan klien untuk menerapkan batuk efektif			
	19. Mengucapkan salam kepada klien			
	20. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PEMBERIAN OBAT INHALASI DENGAN NEBULIZER

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Set nebulizer	1			
	2. Obat Bronkodilator atau obat sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	3. Spuit 5 cc	1			
	4. Aquadest	1			
	5. Bengkok	1			
	6. Tissue	1			
	7. Buku catatan obat	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Cek kembali terapi obat dan dosis yang diberikan				
	5. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	6. Menutup sampiran/gordyn				
	7. Mencuci tangan				
	8. Atur posisi klien posisi powler				
	9. Siapkan obat yang akan diberikan dengan ditambahkan aquadest sesuai dengan dosis				
	10. Memastikan alat dapat berfungsi dengan baik				
	11. Anjurkan pada klien untuk tarik				

	nafas dalam			
	12. Letakkan bengkok dan tissue didekat klien			
	13. Setelah selesai bersihkan mulut klien dengan tissue			
	14. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	15. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	16. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	17. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	18. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	19. Mengucapkan salam kepada klien			
	20. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PEMASANGAN INFUS

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	Sebuah baki dengan alasnya berisi:				
	1. Cairan infus sesuai program (*)	1			
	2. Set infus (*)	1			
	3. Standar infus (*)	1			
	4. Abbocath / kanul IV / wing nidle (*)	1			
	5. Alkohol (*)	1			
	6. Kapas dalam tempatnya (*)	1			
	7. Tourniquet (*)	1			
	8. Kasa steril dalam bak steril (*)	1			
	9. Povidone – lodine (salep/solution) (*)	1			
	10. Bengkok	1			
	11. Pengalas	1			
	12. Sarung tangan (*)	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				

	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Pakai sarung tangan			
	8. Pasang selang infus ke botol infus, beri etiket pada botol infus (jam pasang, tanggal pasang, jam habis, jumlah tetesan per menit, nama klien, no mrm, jenis cairan), kemudian buang udara yang terdapat dalam selang infus, beri tanggal pemasangan di selang infus, siapkan plester yang akan digunakan			
	9. Pasang pengalas			
	10. Pasang torniquet pada pergelangan tangan klien, cari vena yang tepat untuk pemasangan abocate infus, setelah menemukan vena yang tepat basuh dengan kapas alkohol (alkohol swab), kemudian tusukkan abocate, sampai tampak keluarnya darah pada abocate dan lepas torniquet, tarik jarum pada abocate dengan memberi tekanan pada selang abocate, sambungkan abocate dengan selang infus buka klem selang infus (pastikan cairan infus menetes dengan lancar)			
	11. Beri plester pada abocate dengan menyilang, beri bethadine pada lokasi penusukan abocate, beri kasa atau plester transparan (tegaderm) fiksasi selang infus ke arah atas beri tsnggsl pemasangan infus			
	12. Atur tetesan infus sesuai dengan terapi yang diberikan pada klien			
	13. Lepas sarung tangan			
	14. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	15. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	19. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	20. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau			

	setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	21. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	22. Mengucapkan salam kepada klien			
	23. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	5. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	6. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	7. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	8. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMBERI MAKAN PER ORAL

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Piring	1			
	2. Sendok	1			
	3. Garpu	1			
	4. Gelas	1			
	5. Serbet	1			
	6. Mangkok cuci tangan	1			
	7. Pengalas	1			
	8. Makanan dengan porsi dan menu sesuai program	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Atur pasien dengan duduk/ setengah duduk sesuai kondisi pasien				
	8. Pasang Pengalas				
	9. Tawarkan pada klien apakah ingin melakukan ritual keagamaan terlebih dahulu				
	10. Bantu aktivitas dengan cara menyuap makan sedikit demi sedikit				

	dan berikan minum sesudah makan			
	11. Bila selesai makan, bersihkan mulut pasien dan anjurkan duduk sebentar			
	12. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	13. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	14. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	15. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	16. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	17. Mengucapkan salam kepada klien			
	18. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMASANG NGT

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Slang NGT sesuai nomor yang dibutuhkan	1			
	2. Pelumas yang larut dalam air /jelly	1			
	3. Spuit berujung kateter 60 ml/ kateter tip	1			
	4. Baki dengan alasnya	1			
	5. Bengkok	1			
	6. Pinset anatomi 1 buah	1			
	7. Gunting	1			
	8. Spatel lidah k/p	1			
	9. Stetoskop	1			
	10. Plester hipoalergik	1			
	11. Kasa steril	2			
	12. Sarung tangan bersih (steril)	1			
	13. Tissue	1			
	14. Perlak pengalas	1			
	15. Bak steril	1			
	16. Waskom berisi air	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				

	6. Mencuci tangan			
	7. Bantu klien untuk posisi Fowler/semi fowler/ditinggikan dengan beberapa bantal			
	8. Letakkan pengalas di atas dada klien			
	9. Berdiri di sebelah kanan tempat tidur bila anda menggunakan tangan kanan (atau di sebelah kiri bila anda kidal)			
	10. Minta klien untuk rileks dan bernafas secara normal saat menutup satu lubang hidung, kemudian ulangi prosedur untuk lubang hidung yang lain. Pilih salah satu dengan aliran udara paling besar. Bersihkan lubang hidung dengan tissu			
	11. Gunakan sarung tangan			
	12. Tentukan panjang selang yang akan dimasukkan, ukur dari hidung ke telinga sampai ke px,lihat tanda, klem ujung selang			
	13. Ingatkan bahwa tindakan akan dimulai. Ujung selang dilicinkan dengan pelumas, kemudian masukkan selang dengan perlahan melalui lubang hidung tenggorokkan (nasofaring posterior) gunakan pinset			
	14. Fleksikan kepala klien ke arah dada setelah selang melalui nasofaring biar rileks sebentar			
	15. Motivasi klien untuk menelan, bila perlu memberikan sedikit air pada mulut, lalu masukkan selang, setiap kali selang didorong, anjurkan klien menelan sampai batas/ panjang yang diinginkan masuk			
	16. Tekankan pentingnya untuk bernafas lewat mulut dan menelan selama prosedur			
	17. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	18. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	19. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	20. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	21. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan			

	selanjutnya (k/p)			
	22. Mengucapkan salam kepada klien			
	23. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMBERI MAKANAN MELALUI NGT

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Baki dengan alasnya	1			
	2. Sarung tangan bersih dalam tempatnya	1			
	3. Kateter tip (50 ml)	1			
	4. Pengalas	1			
	5. Tissu	1			
	6. Klem satu buah	1			
	7. Gelas :				
	a. Berisi air putih ± 200 cc	1			
	b. Makanan cair yang diperlukan dalam tempatnya	1			
	c. Obat yang sudah dihaluskan dalam tempatnya	1			
	8. Stetoskop	1			
	9. Bengkok	1			
	10. Celemek	1			
	11. Kasa steril	1			
	12. Plester dan gunting	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				

	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. gunakan celemek dan pasang sarung tangan			
	8. Pasang perlak / pengalas di depan klien			
	9. Auskultasi bising usus/ check posisi selang dengan memasukkan udara pada kateter tip 10 – 20 ml atau aspirasi			
	10. Pertahankan klien dalam posisi fowler /tinggikan kepala tempat tidur 30 derajat			
	11. Siapkan makanan cair yang akan diberikan, pasang sarung tangan			
	12. Masukkan ke dalam selang air putih ± 50 cc untuk pengantar			
	13. Mulai memberikan makan :			
	14. Klem ujung proksimal selang makan			
	15. Hubungkan spuit ke ujung selang dan tinggikan 45 cm di atas kepala klien. Mengosongkan selang makan secara bertahap dengan bantuan gravitasi dari spuit			
	16. Isi spuit dengan makanan cair, biarkan spuit kosong secara bertahap isi ulang sampai jumlah yang dipesankan diberikan pada klien			
	17. Bilas selang dengan air setelah pemberian semua bolus makanan, pembilasan selang dengan air membersihkan selang makan dan mencegah penyebaran bakteri			
	18. Berikan obat yang sudah dicairkan terlebih dahulu, masukkan kedalam selang selanjutnya semua air yang digelas juga dimasukkan kedalam selang untuk pembilasan sehingga selang terlihat bersih.			
	19. Setelah makanan dan minuman masuk semua melalui selang, klien tetap pada posisi fowlers pertahankan selama 30 menit. Posisi tersebut menggunakan gravitasi untuk mempertahankan formula dalam saluran GI. Posisi ini mengurangi resiko klien akan aspirasi			

	20. Lepas sarung tangan			
	21. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	22. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	23. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	24. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	25. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	26. Mengucapkan salam kepada klien			
	27. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station). Catat : banyaknya makanan yang diberikan.			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MENOLONG KLIEN BUANG AIR BESAR (BAB)
ATAU BUANG AIR KECIL (BAK)

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Pot dan tutupnya atau urinal	1			
	2. Selimut mandi, bila klien akan buang air besar	1			
	3. Alas bokong (perlak dan alasnya)	1			
	4. Botol berisi air bersih	1			
	5. Kertas tissue	1			
	6. Sampiran /gordyn	1			
	7. Bel	1			
	8. Kursi/ koran	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Memasang selimut mandi dan menurunkan seprei atas (bila klien akan bab), bila klien akan buang air kecil cukup memakai seprei atas				
	8. Meminta klien mengangkat				

	bokongnya atau miring (bila perlu dibantu oleh perawat), lalu membentangkan alas bokong dibawah bokong klien			
	9. Membuka pakaian klien sebelah bawah bila klien memakai kain atau rok, pakaian itu ditarik keatas bila memakai celana diturunkan			
	10. Meminta kepada klien menekuk lututnya kemudian mengangkat bokong			
	11. Membuka tutup pot dan diletakkan diatas bangku dengan bagian dalam menghadap ke atas			
	12. Menempatkan pot dengan hati – hati dibawah bokong klien bila klien pria berikan juga urinal			
	13. Merapihkan selimut mandi atau seprei atas yang menutup klien diatas pot			
	14. Memberikan bel kepada klien agar bila selesai dapat memanggil perawat			
	15. Pada klien wanita membereskan dan membilasnya dengan air			
	16. Pada pria mengangkat urinal			
	17. Meningkatkan klien dan mengangkat pot, kemudian meletakkan pot diatas bangku, lalu tutup			
	18. Membersihkan daerah kemaluan, pelepasan dan bokong dengan kertas kloset yang sudah dibasahi dari depan ke belakang, kemudian dikeringkan dengan kertas kloset yang kering			
	19. Memotongkan kertas kloset yang telah dipakai kedalam pot			
	20. Mengangkat alas bokong			
	21. Mengembalikan posisi klien seperti semula			
	22. Mengenakan kembali pakaian klien			
	23. Mengangkat selimut klien			
	24. Mengatur posisi klien senyaman mungkin			
	25. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	26. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			

	27. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	28. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	29. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	30. Mengucapkan salam kepada klien			
	31. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkah tindakan keperawatan			

SOP PEMASANGAN KATETER TETAP

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Set kateter steril yang berisi :				
	a. Duk alas steril	1			
	b. Duk berlubang steril	1			
	c. Mangkok steril/kom kecil	1			
	d. Kasa	4			
	e. Pinset anatomis	1			
	f. Lidi waten 2 buah	2			
	g. Sarung tangan steril	1			
	2. Kateter folley sesuai dengan ukuran	1			
	3. Urine bag (steril)	1			
	4. Silocain jelly steril dalam tempatnya (steril)	1			
	5. Bethadin 10%	1			
	6. Korentang	1			
	7. Spuit 20 cc khusus untuk kateter (steril)	1			
	8. Kapas sublimat di tempatnya	1			
	9. Sarung tangan bersih	1			
	10. Aquades steril sesuai kebutuhan (20 - 30 cc)	1			
	11. Pengalas (perlak + kain)	1			
	12. Plester	1			
	13. Gunting	1			
	14. Bengkok/ Neare beken	1			
	15. Gantungan urine bag	1			
	16. Waskom mandi berisi air hangat	1			
	17. Sabun mandi	1			
	18. Handuk kecil/ waslap kering	1			
	19. Waslap	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan				

	pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan			
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**			
	1. Mengucapkan salam kepada klien			
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Atur posisi dorsal rekumben			
	8. Pasang perlak dan alas dibawah bokong k/p pasang lampu			
	9. Bersihkan vulva dengan waslap dan sabun			
	10. Bersihkan dengan air			
	11. Buka sarung tangan			
	12. Membuka set kateter			
	13. Memakai sarung tangan steril			
	14. pasang duk steril dibawah bokong			
	15. Memasang duk berlubang di daerah genetalia klien			
	16. Membersihkan daerah meatrus uretra			
	17. Melumasi ujung kateter dengan xylocain untuk :			
	18. Wanita 4-5 cm			
	19. Pria 15 – 18 cm			
	20. Masukan kateter dan anjurkan untuk menarik nafas dalam			
	21. Tampung urine langsung kedalam botol steril k/p tampung dalam bengkok			
	22. Keluarkan kateter			
	23. Bersihkan genetalia dari sisa urine			
	24. Kirim botol urine yang sudah diberi etiket ke laboratorium			
	25. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	26. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	27. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	28. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah			

	dilakukan tindakan keperawatan			
	29. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	30. Mengucapkan salam kepada klien			
	31. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PEMASANGAN KATETER SEMENTARA

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Set ganti kateter yang berisi :				
	a. Duk alas steril	1			
	b. Duk berlubang steril	1			
	c. Mangkuk steril	1			
	d. Kapas steril	4			
	e. Pinset steril	1			
	f. Sarung tangan steril	1			
	g. Kateter logam untuk wanita	1			
	h. Kateter pelaton untuk pria	1			
	2. Bengkok	1			
	3. Xylocain jelly	1			
	4. Botol steril bila perlu	1			
	5. Cairan sublimat 1 : 1000 pada tempatnya	1			
	6. Skerem	1			
	7. Pengalas/ perlak	1			
	8. Sarung tangan	1			
	9. Kom berisi air	1			
	10. Sabun	1			
	11. Lampu	1			
	12. Selimut masdi	1			
	13. Waslap	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang				

	telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Atur posisi untuk pemasangan kateter			
	a. Wanita : Dorsal recumbent			
	b. Pria : Supin			
	8. Gunakan sarung tangan bersih			
	9. Pasang perlak dan pengalas dibawah genetalia			
	10. Bila perlu bersihkan daerah perinium dengan air hangat dan sabun menggunakan waslap sampai bersih, keringkan dengan handuk kecil / waslap kering. *			
	11. Buka / lepaskan sarung tangan			
	12. Letakan set kateter diantara kedua tungkai bawah klien dengan jarak minimal 45 cm dari perinium			
	13. Buka set kateter dan atur seluruh alat steril (, pinset, lidi kapas, duk lubang, kom kecil, sillocain, kateter, spuit urine bag) perhatikan jangan sampai onsteril *			
	14. Isi kom kecil dengan aquades / NaCL 0,96 % sesuai kebutuhan			
	15. Gunakan sarung tangan steril *			
	16. Spuit diisi dengan aquades steril sesuai kebutuhan, kateter disambungkan dengan urine bag, kom kecil diisi dengan bethadin 10 % / sublimate ± 3 buah *			
	17. Membersihkan daerah meatus/ genetalia dan sekitarnya berikut lipatannya dengan kassa bethadin 10 %/ kapas sublimat menggunakan pinset *			
	18. Pasang duk berlubang di daerah genetalia			
	19. Pada wanita lumasi ujung kateter dengan xylocain jelly, sedangkan pada pria tegakkan penis 90 derajat kemudian masukan xylocain jelly ke dalam lumen urethra satu tube, tutup lumen urethra dengan jari telunjuk selama kurang lebih 1-2 menit			

	(Sebelumnya penis dilapisi kassa) *			
	20. Memasukkan kateter			
	a. Wanita : Masukan kateter 5 – 8 cm *			
	b. Pria : Tetap tegakan penis dengan sudut 90 derajat, masukan kateter sampai pangkal kateter perhatikan urine yang keluar dan respon klien *			
	21. Selama pemasangan kateter dianjurkan klien untuk tarik napas dalam			
	22. Jika waktu memasukan kateter terasa adanya tahanan/ sumbatan jangan dilanjutkan *			
	23. Isi balon kateter dengan cairan aquades sebanyak yang ditentukan menggunakan spuit khusus 20 cc (tanpa jarum) dengan jarum sesuai petunjuk kapasitas cairan yang tertera pada pangkal kateter *			
	24. Tarik kateter perlahan–lahan sampai ada tahanan balon			
	25. Olesi daerah meatus urethra dengan bethadin 10% menggunakan lidi waten, lidi waten berikutnya olesi dengan bethadin 10 % pada kateter sepanjang 10 cm dari arah meatus urethra			
	26. Keluarkan kateter dari duk bolong, sambungkan kateter pada urine bag (Dengan tetap memperhatikan sterilitas)			
	27. Lepas sarung tangan			
	28. Fiksasi kateter menggunakan plester * (Piksasi harus kuat)			
	a. Wanita : dipaha bagian atas			
	b. Pria : perut bagian bawah (dipaha bagian atas)			
	29. Gantung urine bag sejajar dengan posisi lebih rendah dari kateter, perhatikan kelancaran aliran urine *			
	30. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	31. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	32. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	33. Mengevaluasi secara subyektif			

	adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	34. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	35. Mengucapkan salam kepada klien			
	36. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR TERBUKA

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jumlah**			
	1. Tempat Tidur	1			
	2. Sarung Bantal	1			
	3. Bantal	1			
	4. Sprei	1			
	5. Boven Laken	1			
	6. Stek Laken	1			
	7. Perlak	1			
	8. Selimut	1			
	9. Ember Kecil	1			
	10. Lap Kerja	1			
Pelaksanaan	1. Mencuci tangan				
	2. Meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun di atas baki atau meja bersih				
	3. Memasang alas kasur dan mengikatkan talinya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudutbila kasur belum ada sarungnya				
	4. Meletakkan seprai dengan lipatan memanjang dengan menentukan garis tengahnya di tengah-tengah tempat tidur				
	5. Memasukkan sprei pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur, kemudian dibuat sudut *				
	6. Memasukkan seprei pada bagian Kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut				
	7. Masukan seprei bagian sisi/ samping ke bawah kasur				
	8. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50 cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga stek laken melintang dan masukan sama-sama kebawah kasur				

	9. Meletakkan seprei atas (boven laken) secara terbalik mulai dari garis kasur, masukkan bagian kaki kebawah kasur *			
	10. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur *			
	11. Melipat sprei atas bagian atas tepat diatas garis selimut			
	12. Memasukkan bantal ke dalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian yang tertutup kejurusan pintu			
	13. Mencuci tangan *			
Sikap	1. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	2. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR TERTUTUP

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jumlah**			
	1. Tempat Tidur	1			
	2. Sarung Bantal	1			
	3. Bantal	1			
	4. Sprei	1			
	5. Boven Laken	1			
	6. Stek Laken	1			
	7. Perlak	1			
	8. Selimut	1			
	9. Ember Kecil	1			
	10. Lap Kerja	1			
	11. Sprei Penutup (Over Laken)	1			
Pelaksanaan	1. Mencuci tangan				
	2. Meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun di atas baki atau meja bersih				
	3. Memasang alas kasur dan mengikatkan talinya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudutbila kasur belum ada sarungnya				
	4. Meletakkan seprai dengan lipatan memanjang dengan menentukan garis tengahnya di tengah-tengah tempat tidur				
	5. Memasukkan sprei pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur, kemudian dibuat sudut *				
	6. Memasukkan seprei pada bagian Kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut				
	7. Masukan seprei bagian sisi/ samping ke bawah kasur				
	8. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50 cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga stek laken melintang dan masukan sama-sama kebawah kasur				

	9. Meletakkan seprei atas (boven laken) secara terbalik mulai dari garis kasur, masukkan bagian kaki kebawah kasur *			
	10. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur *			
	11. Melipat sprei atas bagian atas tepat diatas garis selimut			
	12. Memasukkan bantal ke dalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian yang tertutup kejurusan pintu			
	13. Memasang seprei penutup (over laken) dengan lipatan memanjang sama seperti saat memasang seprei			
	14. Mencuci tangan *			
Sikap	1. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	2. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MERAPIHKAN TEMPAT TIDUR DENGAN KLIEN DIATASNYA

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Sarung Bantal	1			
	2. Bantal	1			
	3. Sprei	1			
	4. Boven Laken	1			
	5. Stek Laken	1			
	6. Perlak	1			
	7. Selimut	1			
	8. Ember Kecil	1			
	9. Lap Kerja	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Mengatur ketinggian tempat tidur pada posisi yang nyaman, rendahkan pengaman tempat tidur disisi perawat				
	8. Pindahkan bantal dan selimut klien				
	9. Miringkan klien kea rah membelakangi perawat (anjurkan klien untuk berpegangan dengan pengaman tempat tidur.				
	10. Tarik sprei yang terpasang (sebagian), ganti sprei kotor dengan				

	sprei bersih (sebagian), kemudian dimasukkan ke bawah kasur			
	11. Letakkan perlak dan stek laken yang bersih diatas sprei yang bersih, kemudian dimasukkan ke bawah kasur			
	12. Pasang pengaman tempat tidur kembali, kemudian perawat pindah ke sisi klien yang berbeda, turunkan pengaman tempat tidur.			
	13. Anjurkan klien untuk miring dan berpegangan ke pengaman tempat tidur dengan sisi yang berbeda			
	14. Angkat sprei, perlak dan stek laken yang kotor, taruh di ember kotor kemudian tarik sprei, perlak dan stek laken yang bersih			
	15. Rapihkan sprei, perlak dan stek laken ke bawah kasur.			
	16. Anjurkan klien untuk berbaring, pasang pengaman tempat tidur			
	17. Ganti sarung bantal yang kotor dengan sarung bantal yang baru, letakkan bantal kembali kebawah kepala klien atur posisi bantal yang nyaman untuk klien			
	18. Pasangkan boven laken dan selimut, tanyakan pada klien apakah selimut mau digunakan atau dilipat.			
	19. Atur ketinggian tempat tidur sesuai dengan kenyamanan klien			
	20. Mengatur ketinggian tempat tidur pada posisi yang nyaman, rendahkan pengaman tempat tidur disisi perawat			
	21. Pindahkan bantal dan selimut klien			
	22. Miringkan klien kea rah membelakangi perawat (anjurkan klien untuk berpegangan dengan pengaman tempat tidur.			
	23. Tarik sprei yang terpasang (sebagian), ganti sprei kotor dengan sprei bersih (sebagian), kemudian dimasukkan ke bawah kasur			
	24. Letakkan perlak dan stek laken yang bersih diatas sprei yang bersih, kemudian dimasukkan ke bawah kasur			
	25. Pasang pengaman tempat tidur			

	kembali, kemudian perawat pindah ke sisi klien yang berbeda, turunkan pengaman tempat tidur.			
	26. Anjurkan klien untuk miring dan berpegangan ke pengaman tempat tidur dengan sisi yang berbeda			
	27. Angkat sprei, perlak dan stek laken yang kotor, taruh di ember kotor kemudian tarik sprei, perlak dan stek laken yang bersih			
	28. Rapihkan sprei, perlak dan stek laken ke bawah kasur.			
	29. Anjurkan klien untuk berbaring, pasang pengaman tempat tidur			
	30. Ganti sarung bantal yang kotor dengan sarung bantal yang baru, letakkan bantal kembali kebawah kepala klien atur posisi bantal yang nyaman untuk klien			
	31. Pasangkan boven laken dan selimut, tanyakan pada klien apakah selimut mau digunakan atau dilipat.			
	32. Atur ketinggian tempat tidur sesuai dengan kenyamanan klien			
	33. Mengatur ketinggian tempat tidur pada posisi yang nyaman, rendahkan pengaman tempat tidur disisi perawat			
	34. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	35. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	36. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	37. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	38. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	39. Mengucapkan salam kepada klien			
	40. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			

	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMANDIKAN KLIEN

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Baskom besar (berisi air hangat)	2			
	2. Handuk besar	2			
	3. Keranjang pakaian kotor	1			
	4. Pakaian atau piama	1			
	5. Sampiran atau pembatas ruangan, gordyn	1			
	6. Selimut mandi	1			
	7. Sabun mandi pada tempatnya	1			
	8. Waslap mandi	2			
	9. Bengkok	1			
	10. Cermin	1			
	11. Standar baskom double	1			
	12. Hand body Lotion	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Tawarkan kepada klien apakah klien mau bab/bak dulu sebelum tindakan dilakukan				
	8. Menyingkirkan bantal/guling klien				

	9. Memasang selimut mandi → lipatan atas dipegang oleh klien atau bila tak mampu diselipkan dibawah bahu klien, lipatan bawah bersama selimut klien ditarik kebawah, selimut dijuntaikan dipinggir tt dengan rapih *			
	10. Tanggalkan pakaian atas klien → masukkan ke tempat kotor			
	11. Handuk dibentangkan dibawah kepala klien			
	12. Pasang sarung tangan kemudian berikutnya waslap setelah terlebih dahulu dicelupkan ke dalam air kemudian diperas *			
	13. Mencuci muka klien *			
	a. Membersihkan mata, kening, hidung, mulut dan telinga tanpa menggunakan sabun			
	b. Usapan kedua, tawarkan kepada klien apakah mau menggunakan sabun, kemudian bilas, selanjutnya bersihkan dengan usapan berikutnya			
	c. Keringkan dengan menggunakan handuk yang ada di bawah kepala dengan cara dipertemukan ujungnya dimuka klien			
	14. Mencuci lengan klien : *			
	a. Bagian dada masih tertutup selimut mandi bentangkan handuk dibawah lengan kiri klien yang terjauh dari jangkauan perawat dan bentangkan handuk dibawah lengan kanan klien			
	b. Mencuci lengan kiri mulai dari sela jari naik memutar ke arah bahu terakhir di ketiak, bilas kemudian ulangi lagi lebih kurang tiga kali, keringkan dengan handuk			
	c. Mencuci lengan kanan sama dengan yang dilakukan pada lengan kiri			
	d. Mencuci bagian dada sampai perut bagian bawah *			
	e. Kedua lengan dikeataskan,			

	selimut mandi diturunkan kebawah letak handuk tetap dikiri dan kanan klien			
	f. Menanggalkan celana dalam klien			
	g. Mencuci leher, dada sampai ke perut bagian bawah, dibasahi, disabuni, dibilas sampai bersih, keringkan dengan handuk → tutupkan selimut mandi kembali			
	h. Mengganti air kotor dengan air bersih			
	15. Mencuci punggung : *			
	a. Menutup bagian depan dengan selimut mandi			
	b. Menganjurkan klien miring ke kiri			
	c. Membentangkan handuk memanjang dibawah punggung s.d bokong bagian bawah			
	d. Mencuci punggung bokong s.d anus atau pantat minimal 3 x			
	e. Mengeringkan punggung dengan handuk s.d bokong bag bawah			
	f. Melakukan massage dari punggung sampai dengan bokong menggunakan lotion atau minyak kelapa (massage punggung): tuangkan lotion /minyak kelapa ke telapak tangan balurkan merata . letakkan tangan perawat pada bahu klien gunakan gosokan sirkulasi dari ibu jari kemudian massage bahu dan leher, gosokan tangan perawat kearah sacral dan memanjang secara lembut, kemudian gosokkan ke bagian atas menuju bahu dengan menggunakan telapak tangan, gosokan tangan perawat ke sebelah luar bahu gunakan gosokan sirkulasi kearah scapula dari samping punggung kea rah sacral. Ulangi gosokan secara ritmic selama 3-5 menit. Perhatian khusus tulang pinggul, punggung bagian bawah, daerah-daerah tersebut mudah terkena tekanan dan mudah terjadi kerusakan			

	jaringan kemudian menyeka sisa-sisa lotion bila terasa lengket dengan handuk mandi, klien di terlentangkan kembali			
	g. Mengenakan pakaian bagian atas			
	16. Mencuci paha dan kaki *			
	a. Membuka celana dengan ditutupi menggunakan selimut mandi			
	b. Membentangkan handuk dibawah kaki sebelah kiri lutut ditekuk			
	c. Mencuci dengan air, sabun, bilas			
	d. Mengeringkan dengan handuk, kaki kiri diluruskan kembali			
	e. Membentangkan handuk sebelah kanan lutut ditekuk			
	f. Mencuci dengan air, sabun, bilas dikeringkan dengan handuk			
	g. Kaki kanan diluruskan kembali			
	h. Selimut mandi dirapihkan			
	a. Mengganti air kotor dengan air bersih			
	i. Mencuci bagian bawah depan : *			
	j. Anjurkan klien mengangkat bokongnya			
	k. Bentangkan handuk melintang dibawah bokong			
	l. Mencuci daerah perineal dengan waslap, sabun, bilas sampai bersih			
	m. Mengeringkan dengan handuk			
	n. Mengenakan celana dalam dan celana klien atau sarung			
	17. Menukar kembali selimut mandi dengan selimut klien dengan cara menarik ke atas dengan bersih			
	18. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	19. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	20. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	21. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	22. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	23. Mengucapkan salam kepada klien			
	24. Mendokumentasikan tindakan			

	keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP ORAL HYGIENE

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Model gigi atau phantom	1			
	2. Gelas kumur	1			
	3. Bengok	1			
	4. Kom sedang	1			
	5. Kain pengalas atau handuk	1			
	6. Model gigi	1			
	7. Gelas kumur	1			
	8. Bengkok	1			
	9. Kom sedang	1			
	10. Kain pengalas atau handuk	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Menganjurkan klien untuk memiringkan kepala dipinggir tempat tidur				
	8. Jika memungkinkan klien dianjurkan duduk				
	9. Meletakkan handuk atas dibawah dagu klien				
	10. Membasahi sikat gigi dengan sedikit air dan memberi pasta gigi				

	11. Menganjurkan klien untuk sikat gigi			
	12. Menganjurkan klien untuk berkumur dan air bekas kumur ditampung dalam bengkok			
	13. Memberikan sikap yang menyenangkan			
	14. Handuk dikembalikan pada Tempatnya			
	15. Mencuci sikat gigi, gelas dan bengkok di bawah air mengalir			
	16. Mengeringkan dan mengembalikan pada tempatnya			
	17. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	18. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	19. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	20. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	21. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	22. Mengucapkan salam kepada klien			
	23. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PERAWATAN MULUT (KLIEN TIDAK SADAR)

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Air segar	1			
	2. Spatel lidah dengan bantalan atau spons	1			
	3. Handuk wajah, handuk kertas	1			
	4. Kom kecil	1			
	5. Bengkok	1			
	6. Gelas dengan air dingin	1			
	7. Spuit ber-bulb kecil	1			
	8. Kateter pengisap dihubungkan dengan alat pengisap	1			
	9. Sarung tangan sekali pakai	1			
	10. Pinset anatomi	2			
	11. Depper (secukupnya)				
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				

	7. Uji adanya reflex muntah dengan menempatkan spatel lidah diatas bagian belakang lidah (pasien dengan gangguan reflex menelan memerlukan perawatan khusus)			
	8. Inspeksi rongga mulut			
	9. Posisikan klien dekat ke sisi tempat tidur, balik kepala pasien ke arah matras, bila perlu nyalahkan mesin pengisap dan sambungkan slang ke kateter pengisap.			
	10. Tempatkan handuk dibawah wajah pasien dan bengkok di bawah dagu.			
	11. Secara hati-hati regangkan gigi atas dan bawah pasien dengan spatel lidah dengan memasukkan tong spatel secara cepat tetapi lembut, diantara molar belakang. Masukkan bila pasien relaks. (Jangan memaksa).			
	12. Bersihkan mulut pasien menggunakan spatel lidah yang dibasahi dengan air segar. Isap sesuai kebutuhan selama pembersihan. Bersihkan permukaan penguyah dan permukaan dalam pertama. Bersihkan atap mulut dan bagian dalam pipi dan bibir. Gosok lidah tetapi hindari menyebabkan reflex muntah bila ada. Basahi aplikator bersih dengan air dan gosok mulut untuk mencuci. Ulangi sesuai kebutuhan.			
	13. Isap sekresi bila terakumulasi.			
	14. Jelaskan kepada keluarga bahwa tindakan telah selesai.			
	15. Lepaskan sarung tangan.			
	16. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman.			
	17. Merapihkan alat-alat seperti semula			

	18. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	18. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	19. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	20. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	21. Mengucapkan salam kepada klien			
	22. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MENCUCI RAMBUT

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Talang karet atau fiber	1			
	2. Baskom	2			
	3. Ember kecil	1			
	4. Gayung	1			
	5. Handuk besar	2			
	6. Sisir	1			
	7. Pengering rambut	1			
	8. Perlak	1			
	9. Barak short	1			
	10. Cermin	1			
	11. Kom kecil	1			
	12. Bengkok	1			
	13. Standar baskom double	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Memasang celemek dan memasang sarung tangan *				
	8. Mengatur posisi klien seenak mungkin angkat bantal dan kepala didekatkan ke sisi tempat tidur				

	9. Memasang perlak dan handuk dibawah kepala klien dengan cara tangan kiri mengangkat bahu klien, tangan kiri membentangkan pengalas *			
	10. Memasang talang/ sampoo board dan diarahkan ke ember yang kosong *			
	11. Meletakkan ember diatas kain pel			
	12. Menutup telinga dengan kapas dan menutup mata dengan waslap (atas persetujuan klien)			
	13. Menutup dada dengan handuk sampai ke leher			
	14. Menyisir rambut mulai dari ujung rambut ke arah pangkal rambut, kemudian sisir dimasukkan ke dalam bengkok berisi larutan lysol 2 - 3 %, rambut disiram dengan air hangat dan menggunakan gayung			
	15. Gosok pangkal rambut dengan kain kasa yang telah diberi shampo *			
	16. Bilas rambut sampai bersih			
	17. Tutup mata diangkat letakkan di atas baki, tutup telinga diangkat masukkan ke dalam bengkok			
	18. Talang diangkat dan masukan kedalam ember			
	19. Angkat kepala klien dengan alasnya, pasang bantal, kembalikan klien ke posisi semula			
	20. Talang diangkat dan masukan kedalam ember			
	21. Angkat kepala klien dengan alasnya, pasang bantal, kembalikan klien ke posisi semula			
	22. Keringkan rambut dengan menggunakan handuk k/p pengering Rambut			
	23. Sisir rambut dengan sisir bersih, kemudian sisir diletakkan dibengkok yang berisi lysol 2-3 %, bila rambut sudah kering handuk diangkat			
	24. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	25. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	26. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			

	27. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	28. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	29. Mengucapkan salam kepada klien			
	30. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMASANG KAP KUTU

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Kain segitiga	1			
	2. Karet pengalas	1			
	3. kasa/kapas dengan vaselin dalam tempatnya (secukupnya)				
	4. Obat pembasmi kutu	1			
	5. Sisir biasa dan sisir kutu	1			
	6. Kertas koran	1			
	7. Bengkok berisi lisol 2% - 3%	1			
	8. Ember berisi lisol 2% - 3%	1			
	9. Potongan tisu	1			
	10. Peniti	2-3			
	11. Celemek	1			
	12. Sarung tangan	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Memasang pengalas karet				
	8. Menempatkan ember berisi lisol dibelakang klien				
	9. Untuk menyambung alas karet				

	dengan ember gunakan koran			
	10. Mencuci tangan			
	11. Pasang sarung tangan			
	12. Menyisir rambut dengan sisir rambut dan sisir kutu			
	13. Membersihkan sisir dan masukkan dalam bengkok			
	14. Memberi vaselin disekeliling batas rambut kepala			
	15. Menggosok kulit kepala dengan obat kutu			
	16. Menjalin rambut dengan longgar			
	17. Membungkus dengan kain segitiga			
	18. Merapihkan alat-alat			
	19. Lepas sarung tangan			
	20. Memperbaiki posisi klien			
	21. Mencuci tangan			
	22. Tunggu kurang lebih 1 malam			
	23. Diamkan/tunggu 1 malam			
	24. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	25. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	26. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	27. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	28. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	29. Mengucapkan salam kepada klien			
	30. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP MEMOTONG KUKU

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Handuk/ pengalas	1			
	2. Gunting kuku, dengan pikir kuku (set potong kuku)	1			
	3. Bengkok/ bengkok	1			
	4. Waslap	1			
	5. Waskom berisi air hangat 43 - 44 °C	1			
	6. Pelembab/ lotion	1			
	7. Sabun, sikat kuku	1			
	8. Sarung tangan	1			
	9. Stik Orange	1			
	10. Sampiran atau Skerem	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Dudukkan klien disamping tempat tidur kaki dijulurkan di atas tempat tidur, diatas bangku, letakkan handuk diatas klien, rendam kedua tangan (jari-jari klien ke dalam waskom)				
	8. Biarkan jari-jari tangan terendam				

	sampai lunak (3-5 menit)			
	9. Bersihkan dengan sikat kuku k/p gunakan sabun, bersihkan kotoran yang berada dibawah kuku dengan stik orange			
	10. Angkat kedua tangan dan keringkan dengan handuk, letakan tangan dalam bengkok			
	11. Gunting kuku jari tangan dengan gunting kuku secara lurus melintang dan rata pada ujung jari dan bentuk dengan pengikir kuku *			
	12. Berikan lotion secara merata pada jari-jari dan tangan klien			
	13. Rendam kedua kaki, bersihkan kuku dengan sikat kuku, bersihkan kotoran yang berada dibawah kuku dengan stik orange k/p gunakan sabun			
	14. Bersihkan area kalus kaki klien dengan waslap /spon kaki			
	15. Letakkan pengalas/handuk diatas kasur			
	16. Angkat kedua kaki letakkan diatas pengalas dan keringkan dengan handuk, letakkan bengkok dibawah jari kaki.			
	17. Gunting kuku kaki, Jangan mengikir sudut kuku jari kaki *			
	18. Berikan lotion b.d kedua kaki secara merata			
	19. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	20. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	21. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	22. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	23. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	24. Mengucapkan salam kepada klien			
	25. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			

	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

SOP PERINEAL ATAU PENIS HYGIENE

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
Persiapan Alat	**Nama Alat**	**Jml**			
	1. Alat- alat steril:				
	Set Vulva hygiene berisi :				
	a. Pinset anatomis	2			
	b. Kom kecil	1			
	c. Kapas lidi	± 2			
	d. Kasa	3			
	e. Sarung tangan	1			
	2. Alat- alat tidak steril dalam sebuah baki beserta alasnya :				
	a. Selimut mandi	1			
	b. Perlak dengan pengalasnya	1			
	c. Bengkok	1			
	d. Botol cebok berisi larutan desinfektan	1			
	e. Kapas sublimat dalam tempatnya/ kapas desinfektan	1			
	3. Alat – alat bersih tidak steril k/p atau **bila klien dalam keadaan kotor sekali** ;				
	a. Waskom berisi air hangat	2			
	b. Waslap	1-2			
	c. Sarung tangan	1			
	d. Bengkok	1			
	e. Sabun dalam tempatnya	1			
	f. Pisvot	1			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien				
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin diberikan kepada klien				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	**Fase Orientasi**				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidendifikasi klien dengan ;				

	nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien			
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati			
	Fase Kerja			
	4. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien			
	5. Menutup sampiran/gordyn			
	6. Mencuci tangan			
	7. Memasang selimut mandi dengan segi tiga di permukaan			
	8. Membuka pakaian bagian bawah klien			
	9. Memasang perlak dengan pengalasnya			
	10. Mengubah posisi klien , dorsal recumbent kemudian memasang pispot			
	11. Meletakkan bengkok ke dekat klien			
	12. Buka selimut mandi dengan cara menyibakkan ke atas syimphisis			
	13. Menyiram vulva dengan larutan desinfektan			
	14. Membuka set steril dan menata alat *			
	15. Menyiapkan kapas sublimat ± 5 buah dengan menggunaklan pinset steril ke dalam mangkok			
	16. Pasang sarung tangan steril *			
	17. Membersihkan vulva dengan tangan kanan dari atas ke bawah dengan urutan labia mayor kiri, labia mayor kanan, tangan sebelah kiri membuka vulva kemudian labia minor kiri, labia minor kanan, bagian tengah, klitoris, OUE, vagina sampai perineum(kalau usapan sudah kebawah tidak boleh mengulang lagi ke atas dengan kapas yang sama.			
	18. Kapas kotor di buang ke bengkok dilakukan sampai bersih			
	19. Mengeringkan vulva dengan kasa cukup 2 lembar , sebelah kanan dan kiri.			
	20. Mengangkat pispot, membuka sarung tangan diletakkan ke bengkok			
	21. Memasang pakaian bagian bawah klien,mengangkat perlak pengalas			
	22. Mengangkat selimut mandi diganti			

	dengan selimut tidur klien			
	23. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	24. Mencuci tangan			
	25. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	26. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	27. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	28. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	29. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	30. Mengucapkan salam kepada klien			
	31. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
	Catatan. *Bila klien dalam keadaan kotor daerah sekitar genitalia dibersihkan terlebih dahulu kemudian kedua belah paha. Dengan menggunakan waslap , sabun dan air hangat, kemudian di keringkan dengan handuk (seperti memandikan klien).*			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

	15. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	16. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	17. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	18. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	19. Mengucapkan salam kepada klien			
	20. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)			
Sikap	1. Ramah dan sopan (menjaga perasaan klien)			
	2. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan			
	3. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan			
	4. Cermat dalam mengambil langkah-langkan tindakan keperawatan			

BAB IV
EVALUASI HASIL PRAKTIKUM

4.1. Ujian akhir (*post-test*)

Pada ujian akhir (*post-test*), mahasiswa ditugaskan untuk mempraktikkan prosedur keperawatan dasar I dan dievaluasi secara langsung selama proses pelaksanaan prosedur.

4.2. Umpan Balik dan Tindaklanjut

Setelah mahasiswa melaksanakan prosedur, akan disampaikan poin poin yang perlu diperbaiki dalam pelaksanaan prosedur. Mahasiswa diperkenankan untuk melakukan latihan diluar jam perkuliahan dengan catatan mengajukan perijinan kepada pihak laboratorium.

4.3. Laporan Hasil Praktikum

Laporan asuhan keperawatan yang disusun mahasiswa dimulai dari penjelasan kasus hingga proses keperawatan (pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan)

DAFTAR REFERENSI

Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice. New Jersey: Prentice Hall Health

Lynn, P. (2011). Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). Fundamental Keperawatan (3-vol set). Philadelphia: Elsevier

Rebeiro G., et al. (2015). Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis. Philadelphia: Elsevier