

MODUL-A

TINDAKAN LABORATORIUM KEPERAWATAN DASAR

Tim Keperawatan
Universitas Esa Unggul

 <p>Universitas Esa Unggul</p>	UNIVERSITAS ESA UNGGUL	Kode/Nomor:
		Tanggal: Mei 2015
	PROGRAM STUDI NERS	Revisi :00
		Halaman

MODUL - A

TINDAKAN LABORATORIUM KEPERAWATAN DASAR

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1. Perumusan	Ns. Abdurrasyid, S.Kep	Staff Akademik		
2. Pemeriksaan	Yayah Karyanah, MM	Ka. Lab		
3. Persetujuan	Dr. Widaningsih, S.Kp.,M.Kep	Ka. Prodi		
4. Penetapan	Dr. Widaningsih, S.Kp., M.Kep	Ka. Prodi		
5. Pengendalian	Yayah Karyanah, MM	Ka. Lan		

Visi, Misi, dan Tujuan Program Studi Ilmu Keperawatan

Visi:

Menjadi pusat pendidikan keperawatan bertaraf internasional yang kompeten dengan keunggulan di bidang *Nursing Home Care* yang berjiwa kewirausahaan

Misi:

1. Menyelenggarakan program pendidikan dan pengajaran yang berbasis teknologi informasi dan komunikasi di bidang keperawatan
2. Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan melalui kegiatan penelitian dan pertemuan keilmuan
3. Menerapkan dan mengembangkan ilmu keperawatan yang bermanfaat bagi bangsa dan negara Indonesia serta segenap umat manusia
4. Melakukan kerjasama dengan berbagai instansi pemerintah, institusi pendidikan, dan organisasi profesi dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Tujuan:

1. Menghasilkan perawat profesional yang berjiwa Pancasila, bertaqwa, berbudi luhur, cerdas, terampil, kepribadian utuh mantap, mandiri serta memiliki tanggung jawab sosial yang tinggi
2. Menghasilkan pemimpin keperawatan yang memiliki ciri inovator, motivator, visioner & komunikator
3. Menghasilkan perawat profesional yang mampu menerapkan dan mengembangkan ilmu keperawatan yang bermanfaat bagi masyarakat & segenap umat manusia melalui berbagai upaya kesehatan/keperawatan
4. Menghasilkan perawat profesional yang mampu memelihara & mengembangkan kepribadian anggota masyarakat ilmuwan pada khususnya serta anggota masyarakat luas pada umumnya agar bersifat kreatif, produktif, terbuka, dapat menerima perubahan, berorientasi pada masa depan.

Definisi Istilah

- Laboratorium adalah suatu fasilitas yang disediakan pihak pendidik atau perguruan tinggi berupa ruangan yang berisikan alat-alat penunjang proses praktikum pembelajaran maupun penelitian yang berdasarkan metode keilmuan tertentu.
- Laboratorium keperawatan adalah fasilitas dari perguruan tinggi sebagai penunjang pembelajaran mahasiswa dalam praktikum, berupa tempat atau ruang yang dilengkapi dengan alat-alat kesehatan yang disesuaikan dengan praktikum yang sesuai dengan mata ajar, yang didasari oleh metode keilmuan keperawatan.
- Laboratorium Keperawatan Medikal Bedah adalah laboratorium yang di design dan dilengkapi oleh sarana prasarana untuk menunjang praktikum perawatan kasus kesehatan yang tergolong dalam medikal bedah yang disesuaikan dengan kondisi di Rumah Sakit dan disediakan oleh pihak perguruan tinggi.
- Laboratorium Keperawatan Anak dan Maternitas adalah laboratorium yang di design dan dilengkapi oleh sarana prasarana untuk menunjang praktikum perawatan kasus kesehatan pada anak dan maternitas yang disesuaikan dengan kondisi di Rumah Sakit dan disediakan oleh pihak perguruan tinggi.
- Laboratorium Keperawatan Home Care adalah laboratorium yang di design dan dilengkapi oleh sarana prasarana untuk menunjang praktikum perawatan mandiri dalam mewujudkan upaya pengembangan praktik mandiri keperawatan (*Home Care*) disediakan oleh pihak perguruan tinggi.
- Laboratorium Keperawatan Komunitas adalah laboratorium yang di design dan dilengkapi oleh sarana prasarana untuk melakukan pembelajaran berdasarkan penerapan serta upaya pengembangan dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga, gerontok, dan komunitas masyarakat dan disediakan oleh pihak perguruan tinggi.

Tujuan Prosedur

Prosedur ini disusun agar kegiatan proses pembelajaran mahasiswa program studi ilmu keperawatan terkait pemantapan kemampuan tindakan klinis pada setiap mata ajar dapat tercapai berdasarkan arah visi dan misi.

Luas Lingkup Prosedur

Prosedur ini berlaku untuk Dosen serta mahasiswa program studi ilmu keperawatan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul dalam melakukan pemantapan kemampuan dalam melakukan tindakan klinis.

Prosedur

No	Uraian	Pelaksana
1.	Fase Orientasi	Dosen / Mahasiswa
2.	Fase Kerja	Dosen / Mahasiswa
3.	Fase Terminasi	Dosen / Mahasiswa
4.	Sikap	Dosen / Mahasiswa

Kualifikasi Dosen dan Mahasiswa yang menjalani Prosedur

1. Dosen

Dosen adalah tenaga pendidikan yang berkompentensi untuk memberikan atau mengajarkan mahasiswa yang sesuai dengan mata ajar, yang didasari oleh ilmu keperawatan, yang disesuaikan dengan modul pembelajaran praktikum.

2. Mahasiswa

Mahasiswa dapat melatih kompetensi klinik apabila telah mendapatkan tutorial dari tenaga pendidikan berdasarkan konsep dasar atau teori yang sesuai dengan arah pembelajaran.

Dokumen terkait

1. Prosedur tindakan keperawatan dasar
2. Prosedur tindakan keperawatan medical bedah
3. Prosedur tindakan keperawatan kegawat gawat daruratan
4. Prosedur tindakan keperawatan anak dan maternitas
5. Prosedur tindakan keperawatan komunitas
6. Prosedur tindakan keperawatan manajemen

Mata Kuliah Terkait

- IPD 111 Ilmu Keperawatan Dasar 1
- IPD 112 Ilmu Keperawatan Dasar 2
- IPD 113 Ilmu Keperawatan Dasar 3
- IPD 114 Ilmu Dasar Keperawatan 1
- IPD 115 Ilmu Dasar Keperawatan 2
- IPD 116 Ilmu Dasar Keperawatan 3
- IPC 336 Hospice Home Care 1
- IPA 220 Keperawatan Komunitas 1

1. Pemeriksaan Fisik

SOP PEMERIKSAAN FISIK

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Tensimeter	1			
	2. Stetoscope	1			
	3. Termometer	1			
	4. Reflek Hammer	1			
	5. Tongue Spatel	1			
	6. Pen Light (Senter Kecil)	1			
	7. Pengukut Tinggi Badan	1			
	8. Timbangan BB	1			
	9. Senelen Chart	1			
	10. Garpu Tala	1			
	11. Bak Instrumen	1			
	12. Spekulum Hidung	1			
	13. Spekulum Telinga	1			
	14. Trolley	1			
	15. Baki	1			
	16. Metline	1			
	17. Ophthamolscope	1			
	18. Jam Dengan Detik/ Stopwatch	1			
	19. Bengkok	1			
	20. Kom Kecil Tertutup	1			
	21. Kom sedang	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. Mengidentifikasi 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. Pemeriksaan kepala meliputi:			
a. Bentuk kepala			
b. Rambut			
c. Kebersihan kulit			
8. Pemeriksaan mata meliputi:			
a. Conjunctiva *			
b. Sclera *			
c. Refleks Kornea			
d. Refleks Cahaya *			
e. Gerakan bola mata *			
f. Ketajaman penglihatan *			
g. Kelainan pada mata			
9. Pemeriksaan Telinga meliputi:			
a. Daun telinga			
b. Canalis / Liang telinga			
c. Membrana Tympani			
d. Ketajaman pendengaran *			
10. Pemeriksaan Hidung meliputi			
a. Septum Nasi / Penyekat hidung			
b. Benda asing			
c. Tanda-tanda infeksi			
d. Fungsi penghidu *			
11. Pemeriksaan Mulut meliputi:			
a. Kebersihan mulut *			
b. Gigi			
c. Lidah *			
d. Mukosa mulut			
e. Tonsil *			
f. Mosculo Messester			
12. Pemeriksaan Leher meliputi:			
a. Kelenjar getah bening *			
b. Kelenjar Thyroid *			
c. Jugularis Venos Pressur *			
13. Thoraks meliputi:			
a. Keadaan Kulit thoraks			
b. Ictus Cordis			
c. Ekspansi thoraks *			
d. Vocal Fremitus *			
e. Perkusi *			
f. Batas Paru Hepar			
g. Batas-batas Jantung *			
h. Bunyi napas *			
i. Bunyi ucapan			
j. Bunyi tambahan(Ronchi, Ralles,			

	Weexing)		
	k. Bunyi Jantung I dan II		
	14. Abdomen:		
	a. Inspeksi meliputi:		
	1) Keadaan kulit abdomen		
	2) Acites		
	b. Auskultasi :		
	1) Bising usus *		
	c. Palpasi :		
	1) Hepar *		
	2) Limpa *		
	3) Ginjal		
	4) Mc Burny *		
	5) Kandung kemih *		
	d. Perkusi:		
	1) Perut secara keseluruhan		
	2) Ginjal		
	15. Muskulo skeletal :		
	a. Pemeriksaan kekuatan otot lengan kanan *		
	b. Pemeriksaan kekuatan otot lengan kiri *		
	c. Pemeriksaan kekuatan tungkai kanan *		
	d. Pemeriksaan kekuatan tungkai kiri *		
	e. Refleks bisep		
	f. Refleks trisep		
	g. Refleks patela		
	h. Refleks babinski		
	16. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	17. 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....) (.....)

2. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital
a. Mengukur Tekanan Darah

SOP MENGUKUR TEKANAN DARAH

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jumlah			
Persiapan Alat	Tensimeter	1			
	Stethoscope	1			
	Buku catatan tanda-tanda vital	1			
	Alat tulis	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. Mengidentifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	1. Mendekatkan alat - alat ke dekat klien				
	2. Menutup sampiran/gordyn				
	3. Mencuci tangan				
	4. Mengatur posisi klien				
	5. Membuka lengan baju atau digulung				
	6. Letakkan tensimeter sejajar dengan jantung klien				
	7. Memasang manset tensimeter pada lengan atas 2-3 cm diatas vena cubiti dengan pipa karetanya berada di bagian luar lengan. Manset di pasang tidak terlalu kencang atau terlalu longgar				
	8. Meraba denyut arteri brachialis lalu stetoscope ditempatkan pada daerah				

	tersebut			
	9. Menutup skrup balon karet, pengunci raksa dibuka. Selanjutnya balon dipompa sampai denyut arteri tidak terdengar lagi dan air raksa dalam pipa gelas atau jarum naik.			
	10. Membuka skrup balon perlahan-lahan sehingga air raksa turun perlahan-lahan. Sambil memperhatikan turunnya air raksa atau jarum, dengarkan bunyi denyutan pertama (sistole) dan terakhir (diastole).			
	11. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	12. 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	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			

Catatan :

.....

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$\text{Universitas Esa Unggul} = \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa Pembimbing

(.....) (.....)

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

b. Mengukur Suhu Tubuh

1) Mengukur suhu tubuh pada axilla

SOP MENGUKUR SUHU TUBUH PADA AXILLA

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Termometer : air raksa atau digital	1			
	2. Botol berisikan :				
	b. Larutan sabun	1			
	c. Larutan desinfektan	1			
	d. Air bersih	1			
	3. Tissue	1			
	4. Bengkok	1			
	5. Buku catatan tanda-tanda vital	1			
	6. Alat tulis	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. Mengidentifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Pastikan termometer pada angka dibawah 35°C				
	8. Atur posisi klien sesuai dengan kondisi				
9. Buka lengan baju klien (k/p) dan keringkan axilla klien dengan tissue					
10. Jepitkan termometer pada axilla klien dengan reservior tepat					

	ditengah axilla dan lengan klien dilipat ke dada (awasi dan dampingi khusus pada klien yang tidak sadar dan anak-anak)			
	11. Setelah 5 sampai 10 menit termometer diangkat dan langsung dibaca kemudian dicatat			
	12. Bersihkan termometer dengan cara :			
	a. Celupkan termometer pada botol yang berisi sabun			
	b. Celupkan termometer pada botol yang berisi savlon			
	c. Masukkan pada botol berisi air bersih dan keringkan			
	13. Air raksa diturunkan kembali dan termometer letakkan pada posisi semula			
	14. Klien dikembalikan pada posisi semula			
	15. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	16. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	17. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	18. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	19. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	20. Mengucapkan salam kepada klien			
	21. 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			

Catatan :

$$\begin{aligned}
 \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\
 &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\
 &= \text{-----}
 \end{aligned}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa _____ Jakarta, _____ Pembimbing
 (.....) (.....)

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

2) Mengukur Suhu Pada Mulut

SOP MENGUKUR SUHU TUBUH PADA MULUT

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Termometer : air raksa atau digital	1			
	3. Botol berisikan :				
	a. Larutan sabun	1			
	b. Larutan desinfektan	1			
	c. Air bersih	1			
	4. Tissue	1			
	5. Bengkok	1			
	6. Buku catatan tanda-tanda vital	1			
	7. Alat tulis	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. Mengidentifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	4. Mendekatkan alat ke dekat klien				
	5. Menutup sampiran/gordyn				
	6. Mencuci tangan				
	7. Pastikan termometer pada angka dibawah 35°C				
	8. Atur posisi klien sesuai dengan kondisi				
	9. Instruksikan klien untuk membuka mulut				
10. Minta klien untuk mengangkat lidah ke atas					
11. Letakkan dengan hati-hati					

	termometer dibawah lidah dibagian tengah			
	12. Instruksikan klien untuk menutup mulut dan menjepit termometer dengan bibirnya dan tidak berbicara selama termometer berada di mulutnya			
	13. Setelah 5 sampai 10 menit termometer diangkat dan langsung dibaca kemudian dicatat			
	14. Bersihkan termometer dengan cara :			
	a. Celupkan termometer pada botol yang berisi sabun			
	b. Celupkan termometer pada botol yang berisi savlon			
	c. Masukkan pada botol berisi air bersih dan keringkan			
	15. Air raksa diturunkan kembali dan termometer letakkan pada posisi semula			
	16. Klien dikembalikan pada posisi semula			
	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			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)



3) Mengukur Suhu Pada Rektal

SOP MENGUKUR SUHU TUBUH PADA REKTAL

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Termometer : air raksa atau digital	1			
	2. Botol berisikan :				
	a. Larutan sabun	1			
	b. Larutan desinfektan	1			
	c. Air bersih	1			
	3. Tissue	1			
	4. Bengkok	1			
5. Buku catatan tanda-tanda vital	1				
6. Alat tulis	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. Mengidentifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	1. Mendekatkan alat ke dekat klien				
	2. Menutup sampiran/gordyn				
	3. Mencuci tangan				
	4. Pastikan termometer pada angka dibawah 35°C				
	5. Atur posisi klien dengan tidur miring (orang dewasa) dan terlentang (bayi)				
6. Celana dalam atau popok klien diturunkan sampai dibawah bokong dan tutup tubuh dengan selimut					
7. Bersihkan anus dengan tissue					

	8. Masukkan termometer kedalam anus secara perlahan dan anjurkan klien untuk bernafas panjang dan masukkan sepanjang 3 inci (dewasa) dan ½ inci untuk bayi dan sambil mengangkat kaki bayi keatas dengan ujung termometer dipegang			
	9. Setelah 3 sampai 5 menit termometer diangkat dengan perlahan kemudian dilap dengan tissue dan langsung dibaca kemudian dicatat			
	10. Bersihkan termometer dengan cara:			
	a. Celupkan termometer pada botol yang berisi sabun			
	b. Celupkan termometer pada botol yang berisi savlon			
	c. Masukkan pada botol berisi air bersih dan keringkan			
	11. Air raksa diturunkan kembali dan termometer letakkan pada posisi semula			
	12. Klien dikembalikan pada posisi semula			
	13. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	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. 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			
--	------------------------------	--	--	--

Catatan :

.....



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%


Jumlah item yang dinilai



Universitas
Esa Unggul

=

X 100 %



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul




Universitas
Esa Unggul

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



Universitas
Esa Unggul

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing



Universitas
Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

c. Menghitung Denyut Nadi

SOP MENGHITUNG DENYUT NADI

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Arloji	1			
	2. Buku catatan tanda-tanda vital	1			
	3. Alat tulis	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. Mengidentifikasi 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 pasien sesuai dengan kondisi				
	8. Anjurkan klien untuk rileks				
	9. Tempelkan 3 jari pada daerah arteri				
	10. Hitung denyut nadi selama 1 menit sambil merasakan kedalaman dan keteraturan				
	11. Merapihkan alat-alat seperti semula				
	12. Mencuci tangan				
Fase Terminasi					
13. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan					
14. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan					

	15. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	16. Mengucapkan salam kepada klien			
	17. 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			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta,
 Pembimbing

(.....) (.....)

d. Menghitung Pernafasan

SOP MENGHITUNG PERNAFASAN

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Arloji	1			
	2. Buku catatan tanda-tanda vital	1			
	3. Alat tulis	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. Mengidentifikasi 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 pasien sesuai dengan kondisi				
	8. Anjurkan klien untuk rileks				
	9. Hitung pernafasan selama 1 menit				
	10. Merapihkan alat-alat seperti semula				
	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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

7. Personal hygiene
 a. Menyiapkan Tempat Tidur
 1) Menyiapkan Tempat Tidur Terbuka

SOP MENYIAPKAN TEMPET TIDUR TERBUKA

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jumlah			
Persiapan Alat	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 sudut bila kasur belum ada sarungnya				
	4. Meletakkan seprai dengan lipatan memanjang dengan menentukan garis tengahnya di tengah-tengah tempat tidur				
	5. Memasukkan spreii 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 ke bawah kasur *		
	10. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur *		
	11. Melipat spreai 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		

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....) (.....)

2) Menyiapkan Tempat Tidur Tertutup

SOP MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR TERTUTUP

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jumlah			
Persiapan Alat	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 sudut bila 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 ke bawah kasur *		
	10. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur *		
	11. Melipat spreai 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....) (.....)

b. Merapihkan Tempat Tidur Dengan Klien Diatasnya

SOP MERAPIHKAN TEMPAT TIDUR DENGAN KLIEN DIATASNYA

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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 spreng, perlak dan stek laken yang kotor, taruh di ember kotor kemudian tarik spreng, perlak dan stek laken yang bersih		
	28. Rapihkan spreng, 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-langkah tindakan keperawatan			
--	--	--	--	--

Catatan :

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

Universitas
Esa Unggul

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

Universitas
Esa Unggul

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

Pembimbing

(.....) (.....)

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

c. Memandikan klien

SOP MEMANDIKAN KLIEN

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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 ke arah 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. Menuar 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

d. Oral hygiene

SOP ORAL HYGIENE

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Model gigi atau phantom	1			
	2. Gelas kumur	1			
	3. Bengkok	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas

Esa Unggul

Mahasiswa

Universitas

Esa Unggul

Jakarta,

Pembimbing

Universitas

Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

e. Perawatan mulut (klien tidak sadar)

SOP PERAWATAN MULUT (KLIEN TIDAK SADAR)

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....) (.....)

f. Mencuci rambut

SOP MENCUCI RAMBUT

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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 seagak 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			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

g. Memasang kap kutu

SOP MEMASANG KAP KUTU

Nama : Lahan Praktik :



NIM : Tanggal :


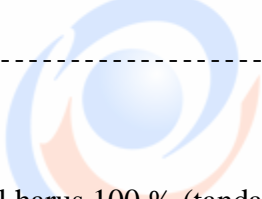

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Kain segitiga	1			
	2. Karet pengalas	1			
	3. kasa/kapas dengan vaselin dalam tempatnya (secukupnya)				
	4. Obat pembasmi kutu	1			
	5. Sisir biasa dan sisir kutu	1			
	6. Kertas koran	1			
	7. Bengkok berisi lisol 2% - 3%	1			
	8. Ember 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. Mengidentifikasi 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			

Catatan :

.....

	Item yang kompeten	
Nilai tiap nomor =	_____	X 100%
	Jumlah item yang dinilai	
Universitas Esa Unggul	-----	-----
=	-----	X 100 %

 = _____  

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta, Pembimbing

		
(.....)	(.....)	(.....)
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

		
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

		
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

h. Memotong kuku

SOP MEMOTONG KUKU

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta, Pembimbing

(.....) (.....)

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

i. Perineal atau penis hygiene

SOP PERINEAL ATAU PENIS HYGIENE

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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 <u>bila klien dalam keadaan kotor sekali</u> ;				
	a. Waskom berisi air hangat	2			
	b. Waslap	1-2			
	c. Sarung tangan	1			
d. Bengkok	1				
e. Sabun dalam tempatnya	1				
f. Pivot	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. Mengidentifikasi 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 symphisis			
13.	Menyiram vulva dengan larutan desinfektan			
14.	Membuka set steril dan menata alat *			
15.	Menyiapkan kapas sublimat ± 5 buah dengan menggunakan 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 pengalasan			
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. <i>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).</i>		
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		

Catatan :

.....

.....

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$


$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

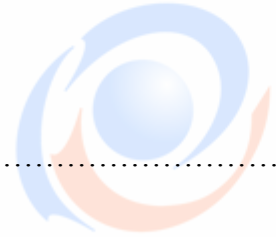
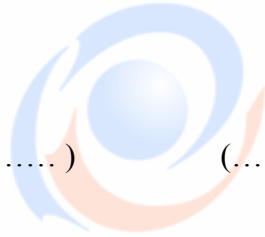
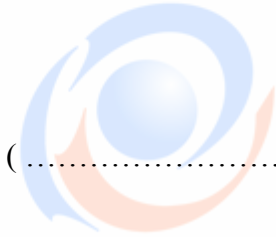


Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing



(.....)

Universitas
Esa Unggul

(.....)

Universitas
Esa Unggul

(.....)

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

8. Pencegahan dan pengendalian infeksi
a. Mencuci Tangan Sterill

SOP MENCUCI TANGAN STERILL

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Sabun yang mengandung desinfektan	1			
	2. Larutan desinfektan (larutan lysol 100 cc dengan kekuatan 0,5 % atau boleh yang lain) dalam kom/tempat khusus	1			
	3. Lap tangan bersih dan kering atau alat pengering	1			
Pelaksanaan	1. Kedua tangan dibasahi dibawah air yang mengalir dari jari tangan kearah siku				
	2. Menyemprotkan cairan desinfektan 3-5 cc				
	3. Meratakan cairan desinfektan di wilayah telapak tangan dengan gerak memutar melawan arah jarum jam				
	4. Menggosok punggung tangan kanan dan kiri				
	5. Menggosok sela-sela jari				
	6. Melakukan gerak mengunci jari				
	7. Melakukan gerak memutar menggosok ujung kuku kanan dan kiri				
	8. Membilas dan mengeringkan tangan dengan alat pengering				
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				
	4. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan				

Catatan :

.....

.....

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul

b. Mencuci Tangan Dengan Sabun

SOP MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN



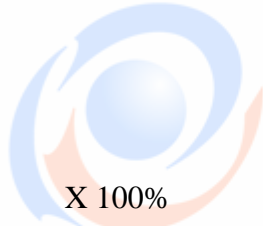
Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Sabun yang mengandung desinfektan dan tidak merusak tangan	1			
	2. Lap tangan bersih dan kering atau alat pengering	1			
Pelaksanaan	1. Kedua tangan dibasahi dibawah air yang mengalir dari jari tangan kearah siku				
	2. Meratakan sabun di wilayah telapak tangan dengan gerakan memutar melawan arah jarum jam				
	3. Menggosok punggung tangan kanan dan kiri				
	4. Menggosok sela-sela jari				
	5. Melakukkan gerak mengunci jari				
	6. Melakukan gerak memutar menggosok ujung kuku kanan dan kiri				
	7. Membilas dan mengeringkan tangan dengan alat pengering				
Sikap	1. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan				
	2. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan				
	3. Cermat dalam mengambil langkah-langkah tindakan keperawatan				
	4. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan				

Catatan :

.....

		
Nilai tiap nomor =	Item yang kompeten	X 100%
	Jumlah item yang dinilai	

=	-----	X 100 %

=	-----	

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

		
Mahasiswa	Jakarta,	Pembimbing
(.....)	(.....)	(.....)

		
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

		
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

c. Pemberian Kompres

SOP PEMBERIAN KOMPRES DINGIN

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Kirbat es	1			
	2. Sarung kirbat es	1			
	3. Kom berisi potongan es	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, cek suhu badan klien.				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	Fase Orientasi				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidentifikasi 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. Memeriksa kirbat es apakah bocor/ tidak				
	8. Tutupnya baik/ tidak				
	9. Mengisi kirbat es ½ - 2/3 bagian dengan potongan es				
	10. Mengeluarkan udara seluruhnya dan menutup kirbat es				
	11. Mengeringkan kirbat es kemudian memasang sarung kirbat es				
	12. Meletakkan kirbat es pada tempatnya (axilla/ lipat paha/ kepala/ leher)				
13. Mencatat waktu meletakkan kirbat es					
14. Mengobservasi reaksi yang timbul					

	pada klien			
	15. Memeriksa suhu klien			
	16. Mengisi kembali es jika sudah tidak diperlukan			
	17. Membersihkan kirbat es dengan lap			
	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, bila suhu masih belum turun – stabil, perlu dilakukan pengecekan suhu secara berkala.			
	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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

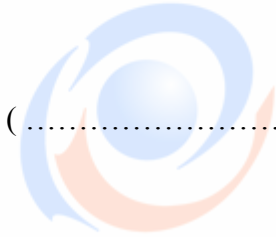
Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

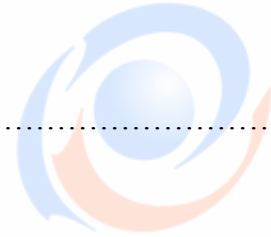
Pembimbing



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

d. Tepid Sponging Bath

SOP TEPID SPONGING BATH

Nama : Lahan Praktik :


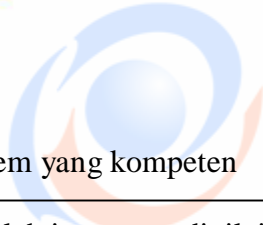
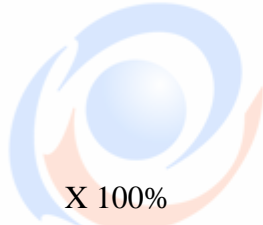
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Waskom berisi air hangat	1			
	2. Pengalas handuk	1			
	3. Selimut mandi	1			
	4. Alcohol K/p (untuk klien dewasa)	1			
	5. Waslap	Min 3			
	6. Thermometer	1			
	7. Sarung tangan	1			
	8. Sampiran	1			
	9. Tissue	1			
	10. Bengkok	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. Mengidentifikasi 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. Ukur suhu tubuh klien *				
	8. Pasang selimut mandi diatas bagian tubuh yang tidak dikompres				
9. Letakan pengalas dibawah tubuh yang akan dilakukan sponging dan lepaskan pakaian					
10. Air hangat dicampurkan dengan					

	alkohol 1 : 1 untuk klien dewasa		
	11. Pasang sarung tangan		
	12. Celupkan waslap dalam air letakkan pada axila, lipatan paha (sesuai kebutuhan)		
	13. Lap/kompres bagian ekstremitas atas secara perlahan-lahan ekstremitas yang berlawanan ditutup		
	14. Keringkan ekstremitas, dan kaji ulang suhu, nadi tiap 15 menit		
	15. Lanjutkan pengompresan pada dada, kaji ulang suhu, dilanjutkan pengompresan pada punggung, ekstremitas bawah \pm 3-5 menit		
	16. Ganti air bila sudah dingin dan lakukan kembali pengompresan *		
	17. Bila suhu sudah turun, hentikan tindakan		
	18. Keringkan ekstremitas dan bagian tubuh secara menyeluruh		
	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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

		
Nilai tiap nomor =	Item yang kompeten	X 100%
=	Jumlah item yang dinilai	X 100 %
=	-----	
=	-----	

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa		Pembimbing
		
(.....)	(.....)	(.....)

		
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

		
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

e. Pemberian Buli-Buli Panas

SOP PEMBERIAN BULI-BULI PANAS

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Kantong air panas	1			
	2. Kom berisi air panas	1			
	3. Sarung kantong air panas	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, cek suhu badan klien.				
	3. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				
Pelaksanaan	Fase Orientasi				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidentifikasi 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. Mengisi kantong air panas 1/3 bagian				
	8. Mengeluarkan udara dari kantong air panas				
	9. Memeriksa apakah kantong air panas bocor				
	10. Memasang sarung kantong air panas				
	11. Memberikan kantong air panas di perut /dikaki :				
	a. Tidak langsung diatas kulit				
	b. Mengganti bila air panas sudah dingin				
c. Memperhatikan kulit jangan sampai terbakar					
12. Merapihkan :					

	a. Kantong air panas dikosongkan			
	b. Digantung terbalik			
	13. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	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, bila suhu masih belum turun – stabil, perlu dilakukan pengecekan suhu secara berkala.			
	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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{-----}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

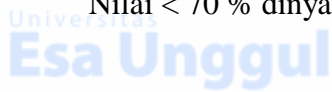
= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= -----

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

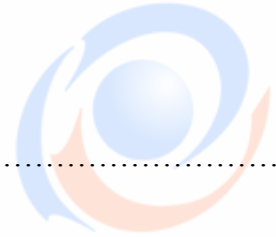
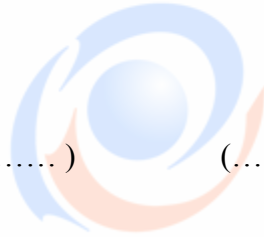
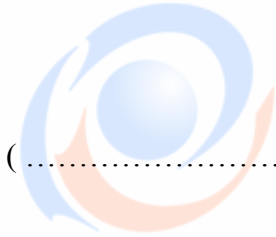


Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing



(.....)



Universitas
Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul

(.....)



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

f. Mensterilkan Alat- Alat Dengan Cara Merebus

SOP Mensterilkan Alat- Alat Dengan Cara Merebus

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Alat	Nama Alat	Jml		
	1. Alat – alat yang akan disterilkan sudah dicuci bersih	-		
	2. Bak steril tertutup yang sudah dialasi kasa steril	1		
	3. Sterilisator untuk merebus sudah disiapkan	1		
	4. Kain alas (lap tua/ kasa)	1		
	5. Korentang steril	1		
	6. Tromol berisi kasa steril	1		
Pelaksanaan	1. Perawat mencuci tangan			
	2. Memasukkan alat – alat yang akan disterilkan kedalam sterilisator yang sudah dialasi kain alas dan diisi air sampai semua terendam			
	3. Merebus alat – alat sampai air mendidih selama 15 – 20 menit			
	4. Alat – alat logam yang tajam atau yang terbuat dari karet dimasukkan setelah air mendidih dan direbus selama 3 – 5 menit			
	5. Memindahkan alat – alat yang sudah direbus kedalam bak steril tertutup dengan memakai korentang			
	6. Merapihkan alat – alat dan mengembalikan pada tempatnya			
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			

Catatan :

.....

.....

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{-----}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

= ----- X 100 %

= -----

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Mahasiswa Jakarta, -----

Pembimbing

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

(.....) (.....)

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

g. Mensterilkan Alat-alat Dengan Cara Membakar

SOP Mensterilkan Alat- Alat Dengan Cara Merebus

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Alat	Nama Alat	Jml		
	1. Menyiapkan alat di atas meja			
	2. Alat-alat yang akan disterilkan	1		
	3. Spirtus bakar	1		
	4. Lampu spirtus	1		
	5. Korek api	1		
	6. Kapas bulat	1		
	7. Korentang steril	1		
	8. Bengkok berisi air secukupnya	1		
	9. Tromol berisi kasa steril	1		
Pelaksanaan	1. Perawat mencuci tangan			
	2. Membasahi kapas bulat dengan spirtus bakar sampai rata untuk sekali pakai			
	3. Menyalakan lampu spirtus			
	4. Mengambil kapas spirtus dengan korentang steril dan dinyalakan kemudian bagian dalam dan tutup dari alat-alat dibakar sampai merata			
	5. Setelah selesai kapas dibuang kedalam bengkok yang berisi air			
	6. Membersihkan bagian yang sudah dibakar dengan kasa steril kemudian ditutup			
	7. Lampu spirtus ditutup			
	8. Merapihkan alat – alat dan mengembalikan pada tempatnya			
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			

Catatan :

.....

.....

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{-----}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

= ----- X 100 %

= -----

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Mahasiswa Jakarta, ----- Pembimbing

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

(.....) (.....)

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

h. Pengkajian Nyeri

SOP PENGKAJIAN NYERI

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Numeric Rating Pain Scale	1			
	2. Buku catatan	1			
	3. Alat Tulis	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. Mengidentifikasi klien dengan ; nama, tanggal lahir, nomor rekam medis (nrm) klien				
	3. Memvalidasi kontrak waktu yang telah disepakati				
	Fase Kerja				
	1. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien				
	2. Menutup sampiran/gordyn				
	3. Mencuci tangan				
	4. Melakukan pengkajian nyeri pada klien secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor presipitasi				
	5. Mengkaji nyeri klien dengan VAS (Visual analoge scale), Numeric Rating, Pain ScaleWong Baker, Faces Pain Rating Scores				
	6. Cara menilai nyeri dengan VAS (Visual analoge scale) :				
	a. Dokter atau perawat menjelaskan kepada pasien arti dari angka-angka 0-10. Semakin mendekati nol intensitas (tingkatan/ukuran) nyeri semakin ringan. Semakin				

	mendekati angka 10 intensitas nyeri semakin kuat .		
	b. Selanjutnya pasien diminta untuk membuat tanda digaris (0-10 cm) tersebut untuk mengekspresikan nyeri yang dirasakan.		
	c. Nilai VAS antara 0-3 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesia.		
	d. Nilai VAS ≥ 4 cm dianggap nyeri sedang menuju berat.		
	7. Cara mengkaji nyeri dengan Numeric Rating Pain Scale (Anak diatas 7 tahun dan dewasa):		
	a. Pasien diminta untuk menyebutkan skala nyeri pasien dari 0 sampai 10		
	Keterangan :		
	1) 0=tidak merasakan nyeri; dan 10=nyeri yang berat		
	2) Nyeri ringan skala 1-3		
	3) Nyeri sedang skala 4-7		
	4) Nyeri berat 8-10		
	8. Cara mengkaji nyeri dengan Wong Baker Faces Pain Rating Scores (dewasa dan anak-anak (> 3 tahun dengan gangguan komunikasi) yang tidak dapat menjelaskan intensitas nyeri yang dirasakan :		
	a. Cukup dengan melihat ekspresi wajah pasien saat sedang diperiksa		
	Wong-Baker Face Scale:		
	1) 0=tidak merasakan nyeri; dan 10=nyeri yang sudah berat.		
	2) Nyeri ringan 1-3		
	3) Nyeri sedang 4-6		
	4) Nyeri berat 7-1		
	9. Mengajarkan pada klien tentang tehnik relaksasi dan distraksi		
	10. Menganjurkan pada klien untuk menerapkan tehnik relaksasi dan distraksi		
	11. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	12. Mencuci tangan		
	Fase Terminasi		

	13. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan		
	14. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan		
	15. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)		
	16. Mengucapkan salam kepada klien		
	17. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (di ners station)		
	CATATAN : Pengkajian nyeri dilakukan saat pertama kali klien mengeluh nyeri dan dilakukan pemeriksaan, serta saat setelah pemberian terapi farmako atau non farmako.		
	Pengkajian nyeri ulang : 1 Setiap 30 menit – 1 jam setelah pemberian obat nyeri (tatalaksana nyeri) 2 Setiap 5 menit setelah pemberian nitrat atau obat intra vena pada pasien kardiak. 3 Pada pasien yang menjalani prosedur yang menyakitkan 4 Setiap shift jaga 5 Sebelum transfer 6 Sebelum pasien pulang		
	VAS < 4 artinya : 1 Nyeri ringan 2 Diberikan terapi non farmakologi seperti penjelasan kepada pasien atau diberikan terapi farmakologi seperti Paracetamol. VAS ≥ 4 artinya : 1 Nyeri sedang dan nyeri berat 2 Diberikan terapi farmakologi seperti NSAID dan Opioid.		
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		

Catatan :



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul



Jakarta,

Universitas
Esa Unggul



Pembimbing

Universitas
Esa Unggul

(.....)

(.....)



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

- i. Pengelolaan Nyeri
1) Teknik Distraksi

SOP TEHNIK DISTRAKSI

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Alat	Nama Alat	Jml		
	1. Distraksi Visual			
	a. Majalah	1		
	b. Televisi	1		
	c. Imajinasi terbimbing	1		
	2. Distraksi Auditori			
	b.Musik : MP3, Radio, DVD	1		
	3. Distraksi Taktil			
	a. Massase, memegang permainan	1		
	4. Distraksi Itelektual			
a. Teka-teki silang, permainan kartu atau catur, hobi (menulis cerita),	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. Mengidentifikasi 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. Mengajukan pada klien untuk melakukan hal-hal yang disukainya seperti membaca majalah, menonton televisi, mendengarkan radio atau musik, massase atau bermain game.			
	8. Bekerjasama dengan keluarga tentang pemenuhan alat yg disukai oleh klien seperti majalah, musik (MP3, radio, lagu-lagu)			
	9. Merapikan alat-alat seperti semula			
	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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten
Nilai tiap nomor = $\frac{\text{-----}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa _____ Jakarta, _____ Pembimbing
 (.....) (.....)

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul Universitas Esa Unggul

2) Teknik Relaksasi

SOP TEHNIK RELAKSASI

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Perawat	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang			
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. Mengidentifikasi 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 agar rileks, posisi dapat duduk atau berbaring			
	8. Instruksikan klien untuk menghirup nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara yang bersih			
9. Instruksikan klien secara perlahan untuk				

	<p>menghembuskan udara dan membiarkannya keluar dari setiap anggota bagian tubuh. Bersamaan dengan ini minta klien untuk memusatkan perhatian ”betapa nikmat rasanya”</p>		
	<p>10. Instruksikan klien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)</p>		
	<p>11. Instruksikan klien untuk nafas dalam, kemudian menghembuskan perlahan-lahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki menuju ke paru kemudian udara dibuang keluar. Minta klien memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang dikeluarkan dan merasakan kehangatannya</p>		
	<p>12. Instruksikan klien untuk mengulangi prosedur no.5 dengan memusatkan perhatian pada kaki, tangan, punggung, perut dan bagian tubuh yang lain.</p>		
	<p>13. Setelah klien merasa rileks, minta klien secara perlahan menambah irama pernafasan. Gunakan pernafasan dada atau abdomen. Jika nyeri bertambah gunakan pernafasan dangkal dengan frekuensi yang lebih cepat.</p>		
	<p>14. Merapihkan alat-alat seperti semula</p>		
	<p>15. Mencuci tangan</p>		
	<p>Fase Terminasi</p>		
	<p>16. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan</p>		

	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		

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= -----

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

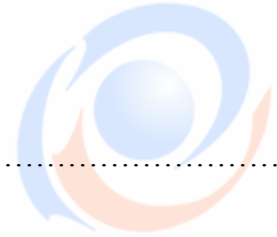
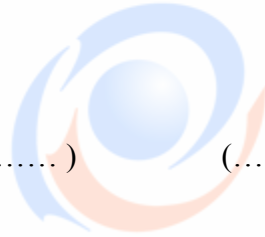
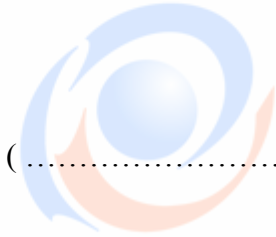
Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing



(.....)

(.....)

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

3) Tehnik Relaksasi Progresif

SOP TEHNIK RELAKSASI PROGRESIF

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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 ke posisi yang nyaman (pastikan bagian tubuh disangga dan sendi agak fleksi tanpa ada tegangan atau tarikan otot)			
	8. Anjurkan klien untuk mengistirahatkan pikiran (meminta klien untuk memandang sekeliling ruangan secara perlahan)			
9. Minta klien untuk menegangkan dan merelaksasi setiap kelompok otot Lakukan pada setiap kelompok otot, dimulai dari sisi yang dominan: a. Tangan dan lengan bawah b. lengan atas				

	<ul style="list-style-type: none"> c. Dahi d. Wajah e. Leher f. Dada, bahu dan punggung g. Abdomen h. Paha i. Otot betis j. Kaki 		
	10. Dorong klien untuk bernapas perlahan dan dalam.		
	11. Bicara dengan suara tenang yang mendorong relaksasi dan pimpin klien untuk berfokus pada setiap kelompok otot (missal “ buat kepalan tangan yang kuat, genggam kepalannya dengan sangat kuat, tahan tegangan 5-7 detik, lepaskan seluruh tegangan dan nikmati perasaan saat ototmu menjadi relaks dan mengendur)		
	12. Kerutkan dahi keatas pada saat yang sama, tekan kepala sejauh mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya, kemudian anjurkan klien untuk mengerutkan otot muka : cemberut, mata dikedip-kedipkan, bibir dimonyongkan kedepan, lidah ditekan ke langit-langit dan bahu dibungkukkan 5-7 detik. Bimbing klien ke arah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian rileks 12-30 detik.		
	13. Lengkungkan punggung ke belakang sambil menarik nafas dalam, tekan keluar lambung, tahan lalu rileks. Tarik nafas dalam, tekan keluar perut, tahan, rileks.		
	14. Tarik jari dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan, rileks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis paha dan pantat selama 5-7 detik, bimbing klien ke arah otot yang tegang, anjurkan klien untuk merasakannya, dan tegangkan otot		

	sepenuhnya, kemudian rileks selama 12-30 detik			
	15. Ulangi prosedur untuk kelompok otot yang tidak rileks			
	16. Akhiri latihan relaksasi : Minta klien untuk menggerakkan badan secara perlahan dari tangan, kaki, lengan, tungkai, dan terakhir kepala, leher.			
	17. 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			
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			

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

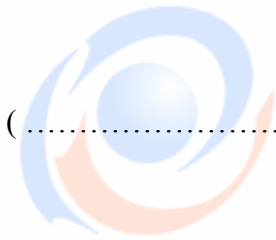
Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

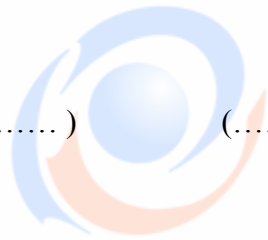
Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

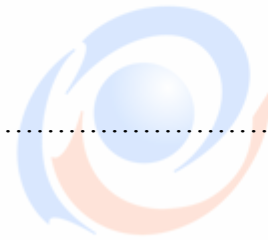
Pembimbing



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

4) Teknik Imajinasi Terbimbing

SOP TEHNIK IMAJINASI TERBIMBING

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :


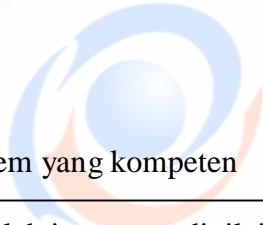
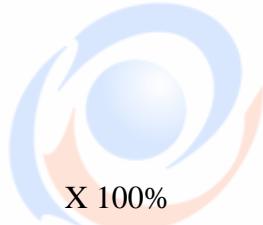
Prosedur	Kegiatan	K	BK	KET
Persiapan Perawat	Sediakan lingkungan yang nyaman dan tenang			
Persiapan Klien	1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien			
	2. Kaji kembali keluhan klien dan disesuaikan dengan indikasi, serta rencana tindakan yang ingin 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. Mengidentifikasi 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 ke posisi yang nyaman			
	8. Posisi bersandar dan minta klien untuk menutup matanya			
	9. Gunakan sentuhan jika klien terasa nyaman			
	10. Implementasikan tindakan untuk menimbulkan relaksasi			
	11. Minta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembut.			
12. Ketika klien rileks, klien berfokus pada bayangannya dan saat itu perawat tidak perlu bicara lagi				
13. Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah atau tidak nyaman,				

	hetikan latihan dan memulainya lagi ketika klien telah siap.			
	14. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh. Setelah 15 menit, klien harus memperhatikan tubuhnya. Biasanya klien rileks setelah menutup mata atau mendengarkan musik yang lembut sebagai bagroud yang membantu			
	15. Catat hal-hal yang digambarkan klien dalam pikiran untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik yang diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien			
	16. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	17. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	18. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	19. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	20. Mengucapkan salam kepada 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			

Catatan :

.....

.....

		
Nilai tiap nomor =	Item yang kompeten	X 100%
=	Jumlah item yang dinilai	X 100 %
=	-----	
=	-----	

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa	Pembimbing	
		
(.....)	(.....)	(.....)

		
---	---	---

		
---	---	---

5) Pemijatan atau Massase

SOP PEMIJATAN ATAU MASSASE

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Pelumas (minyak hangat/lotion)	1			
	2. 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. Mengidentifikasi 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 klien dalam posisi telungkup. Jika tidak bisa, dapat diatur dengan posisi miring. lotion ke tangan. Usap kedua tangan sehingga lotion rata pada permukaan tangan.				
	8. Letakkan Sebuah bantal kecil di bawah perut klien untuk menjaga posisi yang tepat				
9. Tuangkan sedikit lotion ke tangan. Usap kedua tangan sehingga lotion rata pada permukaan tangan.					
10. Lakukan masase pada punggung. Masase dilakuka dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan, dan tekanan yang halus					

	11. Metode masase :Selang-seling tangan. Masase punggung dengan tekanan pendek, cepat,bergantian tangan		
	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		

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{-----}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

=

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten




Universitas
Esa Unggul

Mahasiswa



Universitas
Esa Unggul

Jakarta,



Universitas
Esa Unggul

Pembimbing

(.....)

(.....)



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

9. Eliminasi BAB atau BAK
 a. Menolong klien Buang Air Besar (BAB) atau Buang Air Kecil (BAK)
**SOP MENOLONG KLIEN BUANG AIR BESAR (BAB)
 ATAU BUANG AIR KECIL (BAK)**

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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 nyaman 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			

Catatan :

.....

.....

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

10. Memasang Kateterisasi Urine
a. Pemasangan Kateter Tetap

SOP PEMASANGAN KATETER TETAP

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. S 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. Mengidentifikasi 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 pernak 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 genitalia klien		
	16. Membersihkan daerah meatus uretra		
	17. Melumasi ujung kateter dengan xylocain untuk :		
	18. Wanita 4-5 cm		
	19. Pria 15 – 18 cm		
	20. Masukkan kateter dan anjurkan untuk menarik nafas dalam		
	21. Tampung urine langsung kedalam botol steril k/p tampung dalam bengkok		
	22. Keluarkan kateter		
	23. Bersihkan genitalia 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

=

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

b. Pemasangan Kateter Sementara

SOP PEMASANGAN KATETER SEMENTARA

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

11. Pemberian Enema

a. Pemberian enema (glyserin)

SOP PEMBERIAN ENEMA (GLISERIN)

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Handscoen	1			
	2. Pispot	1			
	3. Cairan gliserin atau cairan NaCl 0.9% dengan volume maksimum yang dianjurkan sbb: bayi 150 – 250 cc, Toddler: 250 – 350 cc, anak usia sekola 300 – 500 cc, remaja 500 – 750 cc, dewasa 750 – 1000 cc	1			
	4. Selimut	1			
	5. Perlak dan kain pengalas	1			
	6. Spoit 20 cc/ untuk penggunaan cairan NaCl digunakan irigator lengkap dengan selang kanul rekti dengan ukuran: bayi atau anak 10-18 Fr, dewasa 22-30 Fr.	1			
	7. Mangkok kecil	1			
	8. Wadah enema (irigator)	1			
	9. Bengkok / Nierbekken	1			
	10. Botol berisi air	1			
	11. Vaselin atau Jely	1			
	12. Tissue atau 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. Meminta persetujuan dari klien dan keluarga mengenai tindakan yang akan diberikan (informed consent)				
	4. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan				

Pelaksanaan	Fase Orientasi		
	1. Mengucapkan salam kepada klien		
	2. Mengidentifikasi 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. Membuka pakaian bawah klien			
8. Memiringkan badan ke kanan dengan posisi lutut kanan fleksi			
9. Memasang perlak dan pengalas di bawah bokong pasien			
10. Mencuci tangan, mengeringkan, dan memakai handscoen			
11. Meletakkan pispot/ bengkok pada sisi bokong			
12. Menuangkan gliserin dengan suhu yang sama suhu badan ke dalam mangkok kecil (20 cc)			
13. Mengisi spuit dengan 20 cc gliserin, dan mengeluarkan udara			
14. Memasukkan ujung spuit secara perlahan - lahan pada anus sampai pangkalnya, lalu memasukkan gliserin perlahan - lahan sambil meminta pasien menarik nafas panjang			
15. Mengeluarkan spuit dari anus, diletakkan pada bak desinfeksi, dan meminta pasien miring ke kiri selama 10 -15 menit			
16. Saat pasien merasa ingin buang air besar, berikan pispot, lalu minta pasien membersihkan anusnya dengan tissue			
17. Nilai karakteristik feses: konsistensi, warna, bau			
18. Membuka handscoen, membuang ke tempat sampah medis, mencuci tangan			
19. Meminta pasien membersihkan diri di kamar mandi, dan memakai kembali pakaiannya			

	20. Merapihkan alat-alat seperti semula			
	21. Mencuci tangan			
	Fase Terminasi			
	22. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan			
	23. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan			
	24. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)			
	25. Mengucapkan salam kepada klien			
	26. 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			

Catatan :

.....

.....

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

b. Pemberian Enema (NaCl 0,9 %)

SOP PEMBERIAN ENEMA (NaCl 0,9%)

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Handscoen	1			
	2. Pispot	1			
	3. Cairan gliserin atau cairan NaCl 0.9% dengan volume maksimum yang dianjurkan sbb: bayi 150 – 250 cc, Toddler: 250 – 350 cc, anak usia sekola 300 – 500 cc, remaja 500 – 750 cc, dewasa 750 – 1000 cc	1			
	4. Selimut	1			
	5. Perlak dan kain pengalas	1			
	6. Sduit 20 cc/ untuk penggunaan cairan NaCl digunakan irigator lengkap dengan selang kanul rekti dengan ukuran: bayi atau anak 10-18 Fr, dewasa 22-30 Fr.	1			
	7. Mangkok kecil	1			
	8. Wadah enema (irigator)	1			
	9. Bengkok / Nierbekken	1			
	10. Botol berisi air	1			
	11. Vaselin atau Jely	1			
	12. Tissue atau 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. Meminta persetujuan dari klien dan keluarga mengenai tindakan yang akan diberikan (informed consent)					
4. Kontrak waktu dengan klien : kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan					
Pelaksanaan	Fase Orientasi				

1.	Mengucapkan salam kepada klien			
2.	Mengidentifikasi 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.	Membuka pakaian bawah klien			
8.	Memiringkan badan ke kanan dengan posisi lutut kanan fleksi			
9.	Memasang perlak dan pengalas di bawah bokong pasien			
10.	Mencuci tangan, mengeringkan, dan memakai handscoen			
11.	Meletakkan pispot/ bengkok pada sisi bokong			
12.	Menuangkan NaCl 0.9% yang hangat ke dalam irigator, klem dibuka sehingga air keluar kemudian klem ditutup kembali.			
13.	Tangan kiri membuka anus, tangan kanan memasukkan kanul yang sudah diolesi vaselin			
14.	Menginstruksikan pasien untuk rileks dengan menghembuskan napas perlahan melalui mulut pada saat memasukkan			
15.	kanul/selang			
16.	Memasukkan ujung kanul sepanjang 7,5-10 cm untuk orang dewasa, 5-7,5 cm untuk anak, 2.5-3.5 cm untuk bayi			
17.	Pada ketinggian pinggul pasien, klem dibuka dan pertahankan sekitar 5-10 menit. Untuk pasien dengan kolostomi, klem dimasukkan ke dalam lubang kolostomi.			
18.	Naikkan tinggi wadah enema perlahan samapai ketinggian yang tepat di atas pinggul: 30 - 45 cm untuk enema tinggi, 7,5 cm untuk enema rendah. Rendahkan wadah atau klem selang jika pasien mengeluh merasakan kram atau cairan keluar dari sekitar selang			

	rectum		
	19. Menarik kanul rekti secara perlahan, pasien tetap diminta miring dan menahan selama 10-15 menit, atau pada anak rapatkan otot gluteus beberapa menit		
	20. Membantu pasien defekasi pada pispot		
	21. Observasi dan nilai karakteristik feses: konsistensi, warna, bau		
	22. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	23. Mencuci tangan		
	Fase Terminasi		
	24. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan		
	25. Mengevaluasi secara subyektif adanya perubahan saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan		
	26. Kontak waktu untuk tindak lanjut untuk tindakan keperawatan selanjutnya (k/p)		
	27. Mengucapkan salam kepada klien		
	28. 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		

Catatan :

.....
 Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul
Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul
Jakarta,

.....

Universitas
Esa Unggul
Pembimbing

(.....)

(.....)

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

12. Memberi makan pada klien
a. Memberi makan per oral

SOP MEMBERI MAKAN PER ORAL

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= -----

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



(.....)



(.....)



b. Memasang NGT

SOP MEMASANG NGT

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Slang NGT sesuai nomor yang dibutuhkan	1			
	2. Pelumas yang larut dalam air /jelly	1			
	3. S 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 pengalasan	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. Mengidentifikasi 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 tisu			
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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\begin{aligned} \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\ &= \text{-----} \end{aligned}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....) (.....)

c. Memberi makan melalui NGT

SOP MEMBERI MAKANAN MELALUI NGT

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Baki dengan alasnya	1			
	2. Sarung tangan bersih dalam tempatnya	1			
	3. Kateter tip (50 ml)	1			
	4. Pengalas	1			
	5. Tisu	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. Mengidentifikasi 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 pernak / 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 \pm 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 dipesanan 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\begin{aligned} \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\ &= \text{-----} \end{aligned}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa _____ Jakarta, _____
Pembimbing

(.....) (.....)

13. Pemberian obat
a. Pemberian obat per oral

SOP PEMBERIAN OBAT PERORAL

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1	Obat oral			
	2	Medication cup (mangkuk obat) atau sendok takar obat	1		
	3	Kartu obat	1		
	4	Minuman yang diinginkan klien	1		
	5	Sedotan yang dapat ditekuk, jika diperlukan	1		
	6	Mortal (penumbuk obat), jika diperlukan	1		
	7	Tissue	1		
	8	Baki obat	1		
	5.	Buku daftar obat klien	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			
4.		Kaji adanya kontraindikasi pemberian obat oral (meliputi : sulit menelan, mual dan muntah, radang usus, peristaltik menurun, post operasi saluran cerna, terpasang penghisap lambung, tingkat kesadaran menurun).			
Pelaksanaan	Fase Orientasi				
	1	Mengucapkan salam kepada klien			
	2	Mengidentifikasi 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	Lihat program pengobatan yang diberikan dokter, meliputi : nama obat, dosis, tujuan pengobatan dan riwayat alergi klien.		
8	Ambil obat yang benar, baca label obat dan baca batas kadaluwarsa.		
9	Siapkan obat yang akan diberikan.		
	Persiapan obat tablet atau kapsul :		
10	Ambil sejumlah tablet atau kapsul ke tutup botol, lalu pindahkan ke mangkuk obat dan diberi etiket (nama klien, tgl lahir serta no mr)		
11	Bila klien mengalami kesulitan dalam menelan obat, gerus tablet atau pil dan larutkan dengan sejumlah kecil makanan lunak atau minuman, letakkan dalam sendok lalu siap diberikan.		
	Persiapan obat cair :		
12	Kocok obat secara merata sebelum diberikan.		
13	Pegang wadah ukur atau sendok takar obat sejajar mata.		
14	Tuang obat ke wadah ukur atau sendok takar obat sampai skala atau dosis yang diinginkan.		
	Pemberian obat		
15	Bantu klien mengambil posisi duduk atau berbaring miring.		
	Berikan obat dengan benar :		
16	Tanyakan apakah klien ingin memegang obat padat pada tangannya atau di mangkuk sebelum memasukkannya ke dalam mulut.		
17	Tawarkan segelas air untuk menelan obat		
18	Untuk obat sub lingual, minta klien meletakkan obat di bawah lidah dan dibiarkan obat larut seluruhnya.		
19	Campur obat bubuk dengan cairan di sisi tempat tidur dan berikan kepada klien untuk diminum.		
20	Ingatkan klien untuk tidak mengunyah atau menelan tablet.		
21	Berikan bubuk dan tablet		

	berbuih/berbusa segera setelah larut.		
22	Bila klien tidak mampu menahan obat, tempatkan mangkuk obat pada bibir dengan perlahan masukkan setiap obat ke dalam mulut, satu per satu. Jangan tergesa-gesa		
23	Dampingi klien sampai semua obat ditelan.		
24	Bantu klien kembali ke posisi yang nyaman.		
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) (catat nama		
32	obat, dosis, waktu dan tanggal pada kartu obat, respon klien, serta bubuhi tanda tangan perawat).		
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		

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$





= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten





Mahasiswa Jakarta, Pembimbing
 (.....) (.....)





Universitas
Esa Unggul





Universitas
Esa Unggul

b. Pemberian obat sublingual

SOP PEMBERIAN OBAT SUBLINGUAL

Nama : Lahan Praktik :


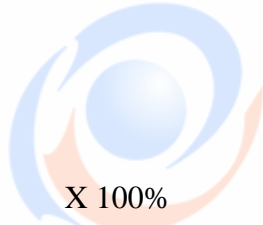




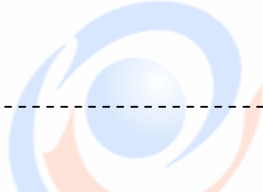

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Obat sub lingual	1			
	2. Medication cup (mangkuk obat)	1			
	3. Kartu obat	1			
	4. Tissue	1			
	5. Baki obat	1			
	6. Buku Daftar Obat Klien	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				
	4. Kaji adanya kontraindikasi pemberian obat oral (meliputi : sulit menelan, mual dan muntah, radang usus, peristaltik menurun, post operasi saluran cerna, terpasang penghisap lambung, tingkat kesadaran menurun).				
Pelaksanaan	Fase Orientasi				
	1. Mengucapkan salam kepada klien				
	2. Mengidentifikasi 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. Lihat program pengobatan yang diberikan dokter, meliputi : nama obat, dosis, tujuan pengobatan dan riwayat alergi klien.					
8. Ambil obat yang benar, baca label					

	obat dan baca batas kadaluwarsa.			
	9. Siapkan obat sub lingual yang akan diberikan.			
	10. Ambil obat dan simpan ke mangkuk obat.			
	11. Bantu klien mengambil posisi duduk atau berbaring miring.			
	12. Minta klien untuk meletakkan obat di bawah lidah			
	13. Ingatkan klien untuk membiarkan obat tetap berada di bawah lidah, sampai seluruh obat larut (obat tidak ditelan)			
	14. Anjurkan klien agar tetap menutup mulut, tidak minum dan berbicara selama obat belum terlarut seluruhnya.			
	15. Dampingi klien sampai semua obat larut.			
	16. Bantu klien kembali ke posisi yang nyaman			
	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			

Catatan :

.....

 Nilai tiap nomor =	$\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$	 $\times 100\%$
 =	 ----- ----- -----	 $\times 100\%$
 =	 ----- -----	

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa		Pembimbing
 (.....)	 (.....)	 (.....)
 Esa Unggul	 Esa Unggul	 Esa Unggul

  Esa Unggul	  Esa Unggul	  Esa Unggul
---	---	---

  Esa Unggul	  Esa Unggul	  Esa Unggul
---	---	---

c. Pemberian obat tetes

1) Pemberian Obat Tetes Mata

SOP PEMBERIAN OBAT TETES MATA

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Obat tetes atau salep mata sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	2. Kassa atau tissue	1			
	3. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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 baik posisi duduk dengan kepala ditengadahkan maupun posisi berbaring				
	8. Bersihkan mata klien terlebih dahulu				
	9. Perawat menarik kelopak mata klien dengan jari, anjurkan klien melihat keatas				
10. Berikan obat tetes atau salep mata membujur, sesuai dosis yang diberikan kepada klien, tepat di konjungtiva					
11. Basuh sisa obat dengan tissue atau kassa					

	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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta,
Pembimbing

(.....) (.....)

2) Pemberian Obat Tetes Telinga

SOP PEMBERIAN OBAT TETES TELINGA

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Obat tetes telinga sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	2. Kassa atau tissue	1			
	3. Bengkok	1			
	4. Pengalas	1			
	5. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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 baik posisi duduk maupun berbaring dengan kepala dimiringkan				
	8. Pasang pengalas dan bengkok				
	9. Bersihkan telinga klien terlebih dahulu				
10. Berikan obat tetes telinga sesuai dengan terapi, melalui dinding telinga ke dalam lubang telinga sambil daun telinga ditarik sehingga telinga menjadi lurus					
11. Anjurkan pada klien untuk tetap dalam posisi kepala dimiringkan					

	selama beberapa menit		
	12. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	13. 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\begin{aligned} \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\ &= \text{-----} \end{aligned}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta,
 Pembimbing

(.....) (.....)

d. Pemberian obat kulit

SOP PEMBERIAN OBAT TOPIKAL PADA KULIT

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Obat kulit sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	2. Kassa sterill	skp			
	3. Air desinfektan dalam kom	1			
	4. Kapas lidi	2			
	5. Plester	1			
	6. Bengkok	1			
	7. Pengalas	1			
	8. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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 senyaman mungkin, dipastikan yang terbuka hanya bagian yang ingin diberikan obat				
	8. Memakai sarung tangan				
	9. Inspeksi kondisi kulit				
10. Bersihkan daerah kulit dengan air desinfektan					
11. Oleskan agen topical :					
a. Oleskan Krim, salep dan losion yang mengandung minyak					
1) Letakkan satu sampai dengan dua sendok teh obat di telapak					

	tangan kemudian lunakkan dengan menggosok lembut diantara kedua tangan			
	2) Usapkan merata diatas permukaan kulit, lakukan gerakan memanjang searah pertumbuhan bulu.			
	3) Jelaskan pada klien bahwa kulit dapat terasa berminyak setelah pemberian			
	b. Lotion mengandung suspensi			
	1) Kocok wadah dengan kuat			
	2) Oleskan sejumlah kecil lotion pada kassa balutan atau bantalan kecil			
	3) Jelaskan pada klien bahwa area akan terasa dingin dan kering.			
	c. Bubuk (Powder)			
	1) Pastikan bahwa permukaan kulit kering secara menyeluruh			
	2) Regangkan dengan baik lipatan bagian kulit seperti diantara ibu jari atau bagian bawah lengan			
	3) Bubuhkan secara tipis pada area yang bersangkutan			
	d. Spray aerosol			
	1) Kocok wadah dengan keras			
	2) Baca label untuk jarak yang dianjurkan untuk memegang spray menjauhi area (biasanya 15-30 cm)			
	3) Bila leher atau bagian atas dada harus disemprot, minta klien untuk memalingkan wajah dari arah spray			
	4) Semprotkan obat dengan cara merata pada bagian yang sakit			
	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			

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah item yang dinilai

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

=

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

e. Pemberian obat supositoria

1) Pemberian Obat Pervaginam

SOP PEMBERIAN OBAT PERVAGINAM

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Baki dengan alasnya berisi :				
	a. Suppositoria Vagina	1			
	b. Sarung tangan	1			
	c. Perlak dengan pengalas	1			
	d. Bengkok	1			
	e. Tissue	1			
	f. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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. Lepas pakaian bawah klien dan ditutupi dengan selimut				
	8. Atur posisi klien litotomi				
	9. Menggunakan sarung tangan				
	10. Mengeluarkan obat dari pembungkusnya				
	11. Bila perlu melumasi suppositoria tipis – tipis				
12. Membuka labia agar nampak meatus, vagina					

	13. Memasukkan suppositoria ke dalam liang vagina kurang lebih 8 – 10 cm atau sedalam mungkin		
	14. Mengeluarkan jari tangan dan membuka sarung tangan		
	15. Memberikan posisi supine selama 5 – 10 menit, meninggikan panggul dengan satu bantal		
	16. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	17. 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

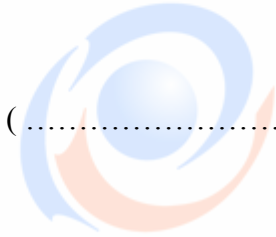
Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

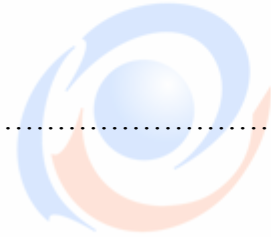
Pembimbing



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

2) Pemberian Obat Rektal

SOP PEMBERIAN OBAT REKTAL

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :


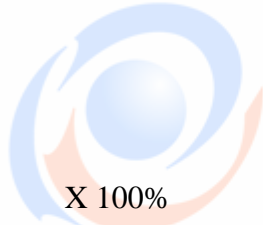




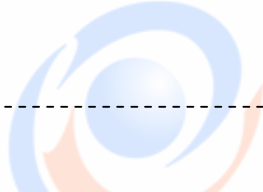

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat					
	1.	Obat klien sesuai dengan terapi yang diberikan	1		
	2.	Tempat obat	1		
	3.	Sarung tangan	1		
	4.	Bengkok	1		
	5.	Buku daftar obat klien	1		
	6.	Perlak dan pengalas	1		
	7.	Tissue	1		
Persiapan Klien	1.	Menjelaskan pada klien mengenai 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.	Mengidentifikasi 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.	Lepas pakaian bawah klien dan ditutupi dengan selimut			
	8.	Membantu klien pada posisi Sim, jaga agar hanya pada bagian anus saja yang terbuka			
9.	Memakai sarung tangan				
10.	Keluarkan obat supositoria dari bungkusnya, lumasi ujung supositoria dan tanganyang dominan dengan dengan jely atau pelumas				

	larut air		
	11. Minta klien tarik nafas dalam dengan perlahan melalui mulut agar spingter anus relaksasi		
	12. Retraksi bokong dengan tangan tidak dominan. Masukkan supositoria dengan perlahan melalui anus melalui sfingter internal dan kearah dinding rektum, 10cm pada dewasa 5 cm pada anak dan bayi		
	13. Menganjurkan klien untuk menahan ± 15 menit agar obat tidak keluar sehingga bereaksi optimal		
	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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

.....

 Nilai tiap nomor =	$\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$	 $\times 100\%$
 =	 ----- ----- -----	 $\times 100\%$
 =	 ----- -----	

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa		Pembimbing
 (.....)	 (.....)	 (.....)
		

- f. Pemberian obat parenteral
 1) Pemberian Obat melalui injeksi intravena
 a) Pemasangan Infus

SOP PEMASANGAN INFUS

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KE T
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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 – Iodine (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. Mengidentifikasi 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 tourniquet 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 tourniquet, 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 tsngsl 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			

Catatan :

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{.....}}{\text{.....}} \times 100\%$

=

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

b) Pemberian obat melalui intravena

SOP PEMBERIAN OBAT INJEKSI INTRAVENA

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Bak instrument berisi :	1			
	2. Obat klien yang sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	3. Sduit	1			
	4. Alcohol swab	1			
	5. Plester	1			
	6. Gunting	1			
	7. Torniqet	1			
	8. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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. Menentukan area penyuntikan				
	8. Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan				
9. Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan					
10. Memasukkan jarum dengan sudut 15 ⁰ – 30 ⁰ , dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan, fiksasi jarum kaji					

	adanya darah		
	11. Memasukkan obat pelan-pelan		
	12. Menarik jarum dan jangan melakukan masage.		
	13. Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
	14. Melepas sarung tangan		
	15. Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
	16. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	17. 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		

Catatan :

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas

Esa Unggul

Mahasiswa

Universitas

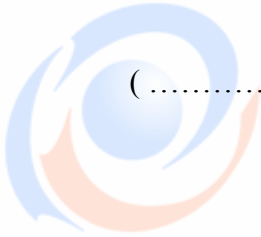
Esa Unggul

Jakarta,

Pembimbing

Universitas

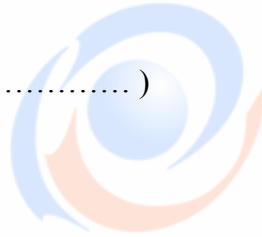
Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul

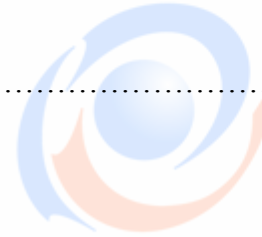
(.....)



Universitas

Esa Unggul

(.....)



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul



Universitas

Esa Unggul

2) Pemberian obat melalui injeksi intramuskuler

SOP PEMBERIAN OBAT INTRAMUSKULER

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1	Bak instrument berisi :	1		
	2	Obat klien yang sesuai dengan terapi yang diberikan	1		
	3	Sputit	1		
	4	Alcohol swab	1		
	5	Plester	1		
	6	Gunting	1		
	7	Torniqet	1		
	8	Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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. Menentukan area penyuntikan				
	8. Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan dengan gerakan memutar dari dalam keluar				
	9. Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan				
	10. Memasukkan jarum dengan sudut 90 ⁰ , dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan, fiksasi jarum kaji				

	adanya darah		
	11. Memasukkan obat pelan-pelan		
	12. Menarik jarum dan jangan melakukan masage.		
	13. Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
	14. Melepas sarung tangan		
	15. Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
	16. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	17. 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		

Catatan :

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

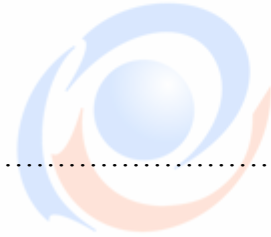
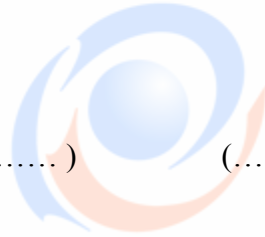
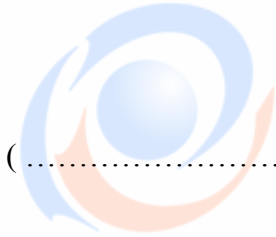
Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

3) Pemberian obat melalui injeksi intracutan

SOP PEMBERIAN OBAT INTRACUTAN

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	Bak instrument berisi :	1			
	1. Obat klien yang sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	2. S spuit	1			
	3. Alcohol swab	1			
	4. Plester	1			
	5. Gunting	1			
	6. Torniqet	1			
	7. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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. Menentukan area penyuntikan				
	8. Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan				
9. Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan					
10. Memasukkan jarum dengan sudut 15 ⁰ , dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan					

	11. Memasukkan obat pelan-pelan sampai tampak bulatan menonjol		
	12. Menarik jarum dan jangan melakukan masage. Tandai bulatan yang menonjol dengan pena		
	13. Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
	14. Mengangkat perlak pengalas		
	15. Melepas sarung tangan		
	16. Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
	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		

Catatan :

.....

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

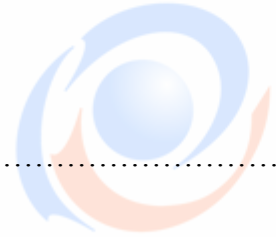
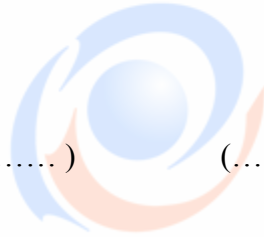
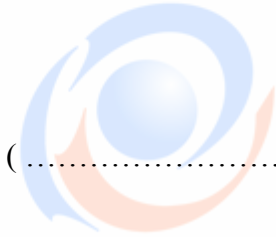
Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

4) Pemberian obat melalui injeksi subcutan

SOP PEMBERIAN OBAT INJEKSI SUBCUTAN

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	Bak instrument berisi :				
	1. Obat klien yang sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	2. Sduit	1			
	3. Alcohol swab	1			
	4. Plester	1			
	5. Gunting	1			
	6. Torniqet	1			
	7. Buku daftar obat klien	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. Mengidentifikasi 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. Menentukan area penyuntikan				
	8. Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan				
9. Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan					
10. Memasukkan jarum dengan sudut 45 ⁰ , dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan					

	11. Memasukkan obat pelan-pelan		
	12. Mencabut jarum sambil menekan tempat tusukan. Massage bagian tsb kecuali kontra indikasi		
	13. Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
	14. Melepas sarung tangan		
	15. Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
	16. Merapihkan alat-alat seperti semula		
	17. 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritical harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

 (.....)	 (.....)	 (.....)
Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul

 Universitas Esa Unggul	 Universitas Esa Unggul	 Universitas Esa Unggul
--	--	--

 Universitas Esa Unggul	 Universitas Esa Unggul	 Universitas Esa Unggul
---	---	---

 Universitas Esa Unggul	 Universitas Esa Unggul	 Universitas Esa Unggul
---	---	---

g. Pemberian obat inhalasi

SOP PEMBERIAN OBAT INHALASI DENGAN NEBULIZER

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	1. Set nebulizer	1			
	2. Obat Bronkodilator atau obat sesuai dengan terapi yang diberikan	1			
	3. Sduit 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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

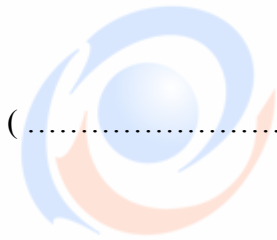
Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

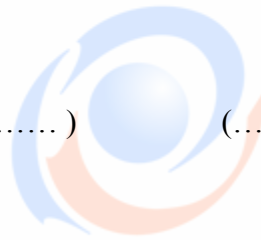
Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

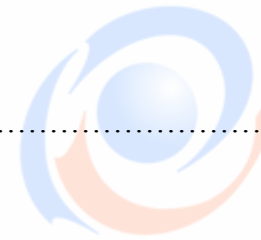
Pembimbing



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

14. Pemberian oksigen
a. Pemberian oksigen dengan masker

SOP PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASKER

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

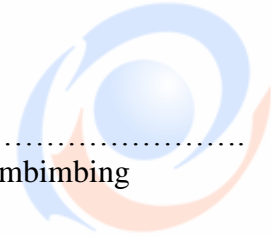
(.....)



Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

(.....)



Pembimbing

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

b. Pemberian oksigen dengan nasal kanul

SOP PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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					

	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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

.....

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

$$= \text{-----}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

(.....)

15. Melatih batuk efektif

SOP MELATIH BATUK EFEKTIF

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

Item yang kompeten
 Nilai tiap nomor = _____ X 100%
 Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %
 = _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Universitas
Esa Unggul

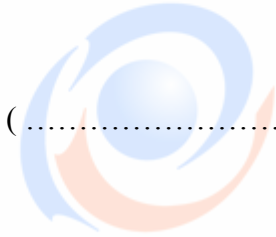
Mahasiswa

Universitas
Esa Unggul

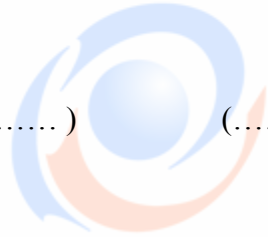
Jakarta,

Universitas
Esa Unggul

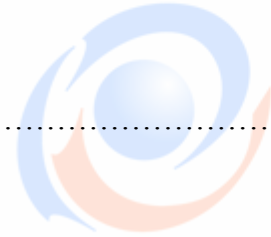
Pembimbing



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

16. Memindahkan dan transportasi klien
a. Memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar

SOP MEMINDAHKAN KLIEN DARI TEMPAT TIDUR KE BRANKAR

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

$$\begin{aligned} \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\ &= \text{-----} \end{aligned}$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta,
Pembimbing

(.....) (.....)

b. Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda

**SOP MEMINDAHKAN KLIEN
DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA**

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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 terjantai				
	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			

Catatan :

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$


= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

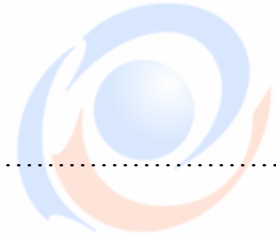
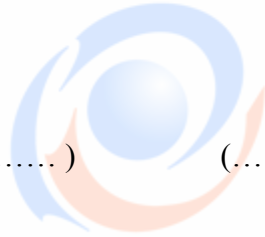
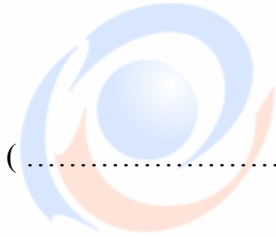


Universitas
Esa Unggul

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing



(.....)

Universitas
Esa Unggul

(.....)

Universitas
Esa Unggul

(.....)

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

17. Mengatur posisi klien
a. Memberikan posisi Powler

SOP POSISI POWLER

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\begin{aligned} \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\ &= \text{-----} \times 100\% \end{aligned}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....) (.....)

b. Memberikan posisi semi powler

SOP MEMBERIKAN POSISI SEMI POWLER

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jml			
Persiapan Alat	2. 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. Mengidentifikasi 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, menaikkan lutut dari tempat tidur yang rendah menghindari adanya tekanan di bawah jarak popliteal (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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

c. Memberikan posisi Trendelenbergh

SOP MEMBERIKAN POSISI TRENDELENBERGH

Nama : Lahan Praktik :
 NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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 diarahkan 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

d. Memberikan posisi litotomi

SOP MEMBERIKAN POSISI LITOTOMI

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

$$\begin{aligned} \text{Nilai tiap nomor} &= \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\% \\ &= \text{-----} \end{aligned}$$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa Jakarta,
 Pembimbing

(.....) (.....)

e. Memberikan posisi miring (sims)

SOP MEMBERIKAN POSISI MIRING (SIMS)

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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. Mengajukan 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :
 Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

f. Memberikan posisi dorsal recumbent

SOP POSISI DORSAL RECUMBENT

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

.....

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = _____ X 100%

Jumlah item yang dinilai

= _____ X 100 %

= _____

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa _____ Jakarta, Pembimbing

(.....) (.....)

g. Memberikan Posisi Genu pectrocal/ Knee chest
SOP Posisi Genu pectrocal/ Knee chest

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

Item yang kompeten

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Jumlah item yang dinilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)

18. Teknik ROM
a. Teknik ROM aktif

SOP TEHNIK ROM AKTIF

Nama : Lahan Praktik :
NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan			

Catatan :

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

b. Teknik ROM pasif

SOP TEHNIK ROM PASIF

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

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. Mengidentifikasi 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-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

.....

.....

Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$

= $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$

= -----

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten

Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....) (.....)

19. Perawatan jenazah

SOP PERAWATAN JENAZAH

Nama : Lahan Praktik :

NIM : Tanggal :

Prosedur	Kegiatan		K	BK	KET
	Nama Alat	Jumlah			
Persiapan Alat	Sama seperti memandikan klien ditambah skort :				
	a. Pakaian jenazah	1			
	b. Kapas 100 gram, pinset, skort, bengkok	1			
	c. Kereta jenazah	1			
	d. Surat keterangan meninggal	1			
Pelaksanaan	1. Memakai skort dan melepaskan alat perawatan yang digunakan oleh jenazah, misalnya :				
	a. Kateter				
	b. Infus				
	c. Pipa lambung				
	3. Melepaskan perhiasan yang dipakai jenazah, dan diberikan kepada keluarganya				
	4. Memandikan jenazah sama dengan memandikan klien				
	5. Memasang atau melepas gigi palsu atas permintaan keluarga, mata dan mulut usahakan tertutup, hidung, telinga serta rectum disumbat dengan kapas				
	6. Membungkus jenazah dengan kain pembungkus lalu diikat kepala, pinggang dan kaki				
	7. Tangan dilipat sesuai dengan agamanya, diikat				
	8. Membuat surat serah terima				
	9. Setelah 2 jam meninggal memindahkan jenazah ke kereta jenazah				
10. Mengantar jenazah ke kamar jenazah					
11. Memindahkan jenazah dari kereta ke tempat pembaring di kamar jenazah					

Sikap	1. Teliti dan hati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan		
	2. Tidak tergesa-gesa dalam melakukan tindakan keperawatan		
	3. Cermat dalam mengambil langkah-langkah tindakan keperawatan		

Catatan :

$$\text{Nilai tiap nomor} = \frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100\%$$

Keterangan :

Nilai > 70 % dan point kritikal harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
 Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten

Mahasiswa

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

(.....)