



MODUL PRAKTIK KEPERAWATAN DASAR I

PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN

DISUSUN OLEH: TIM PENYUSUN MODUL

TIM PENYUSUN
MODUL PRAKTIK KEPERAWATAN DASAR I
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN

Pengarah :

1. Ketua Stikes Bethesda Yakkum Yogyakarta
Vivi Retno Intening, S.Kep., Ns., MAN.
2. Wakil Ketua I Bidang Akademik
Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.
3. Kepala Prodi Diploma3 Keperawatan
Enik Listyaningsih, SKM., MPH.

Tim Penyusun:

1. Vivi Retno Intening, S.Kep., Ns., MAN.
2. Tri ahyuni Ismoyowati, S.Kep., Ns., M.Kep
3. Erik Adik Putra Bambang Kurniawan, S.Kep., Ns., MSN

Diterbitkan oleh:

STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta Jl.
Johar Nurhadi No. 6 Yogyakarta 55224

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya modul praktik Keperawatan Dasar I ini dapat terselesaikan. Modul ini disusun dengan tujuan agar mahasiswa mempunyai panduan dalam mempersiapkan diri dalam praktik Keperawatan Dasar I.

Kualitas mutu pelayanan perawat di masa depan sangat berkaitan erat dengan kualitas mahasiswa saat menjalani proses praktik klinik keperawatan. Oleh karena itu kami berharap melalui modul ini mahasiswa lebih siap saat dalam mengikuti praktik klinik Keperawatan Dasar I.

Pembuatan modul ini tentunya masih jauh dari sempurna, baik secara konteks maupun konten, unuk itu kami membuka diri untuk saran dan kritik demi perbaikan.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah memeberikan kontribusi dalam penyusunan. Semoga modul ini bermanfaat bagi peningkatan mutu lulusan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Betheasda Yakkum.

Yogyakarta, Juli 2018

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	i
Tim Penyusun	ii
Prakata	iii
Daftar Isi	iv
PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR I	1
A. Visi Prodi Diploma 3 Keperawatan.....	1
B. Misi Prodi Diploma 3 Keperawatan.....	1
C. Deskripsi Kegiatan.....	1
D. Tujuan.....	2
E. Kompetensi yang Harus Dicapai.....	2
F. Peserta.....	3
G. Pelaksanaan.....	3
H. Tempat.....	4
I. Pembagian Materi.....	4
J. Teknis Pelaksanaan.....	4
K. Penilaian.....	4
L. Penguji.....	5
M. Tata Tertib.....	5
N. Jadwal Ujian dan Daftar Kelompok.....	6
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR I	7
A. Pendahuluan.....	7
B. Tujuan.....	7
C. Kompetensi.....	8
D. Pembimbing Klinik.....	10
E. Metode.....	11
F. Peserta.....	11
G. Waktu.....	11
H. Tempat Praktik.....	11

I. Strategi Pembelajaran.....	12
J. Tugas Mahasiswa.....	12
K. Tugas Pembimbing Klinik.....	12
L. Penilaian.....	14
M. Tata Tertib dan Peraturan Praktik.....	14
N. Sanksi.....	15
O. Jadwal Praktik dan Kelompok (Terlampir).....	15

Daftar Pustaka	16
-----------------------------	-----------

Lampiran

Daftar Lampiran

A. Lampiran Praktikum Keperawatan Dasar I

1. Jadwal Pratikum Keperawatan Dasar I
2. Daftar Kelompok Pratikum Keperawatan Dasar I
3. jadwal Probandus Pratikum Keperawatan Dasar I
4. Penilaian Uji Ketreampilan Praktik
5. Lembar Rekapitulasi Nilai Pratikum Keperawatan Dasar I
6. daftar Hadir Peserta Ujian Pratikum Keperawatan Dasar I

B. Lampiran Praktik Klinik Keperawatan Dasar I

1. Jadwal Praktik Klinik Keperawatan Dasar I
2. Daftar Kelompok Praktik Klinik Keperawatan Dasar I
3. Laporan Pendahuluan Praktik Klinik Keperawatan Dasar I
4. Contoh laporan Kegiatan Harian
5. Format Penilaian Pre-Post Conference
6. Format Penilaian Laporan Pendahuluan
7. Format Penilaian Sikap\
8. Rekapitulasi Nilai Praktik Klinik Keperawatan Dasar I

C. Lampiran Umum

Standar Operasional Prosedure (SOP)

PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR I
MAHASISWA SEMESTER I PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN

A. Visi Prodi Diploma 3 Keperawatan

Pada tahun 2019 menghasilkan ahli madya keperawatan yang mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dasar klien tanpa mengenal batas bangsa ataupun negara berdasarkan kasih.

B. Misi Prodi Diploma 3 Keperawatan

1. Menyelenggarakan proses pembelajaran untuk menghasilkan lulusan yang mempunyai kemampuan komprehensif dan jiwa kewirausahaan, tanpa mengenal batas bangsa dan negara berdasarkan kasih.
2. Melaksanakan penelitian keperawatan untuk mendukung pembentukan lulusan yang mempunyai kemampuan komprehensif berdasarkan kasih.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mengembangkan jiwa peduli dan nilai luhur bangsa dengan berdasarkan kasih.
4. Menjalin kerjasama dengan berbagai pihak untuk meningkatkan mutu pendidikan.

C. Deskripsi Kegiatan

Asuhan keperawatan klien dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia melalui pendekatan proses keperawatan harus dimengerti dan dipahami oleh setiap mahasiswa. Dengan demikian, selain pembelajaran di kelas maka perlu adanya proses pembelajaran di laboratorium. Pembelajaran di laboratorium merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari proses belajar mengajar. Laboratorium merupakan salah satu sarana yang dapat digunakan mahasiswa dalam rangka mengaplikasikan pengetahuan, sikap, serta keterampilan yang diperoleh dikelas. Praktikum merupakan salah satu upaya untuk mengetahui sejauhmana penguasaan mahasiswa meliputi pengetahuan, ketrampilan serta sikap mahasiswa. Materi ujian Keperawatan Dasar I meliputi *Range Of Motion (ROM)* dan *Body Mechanic*, manajemen nyeri non farmakologi, keamanan dan keselamatan, *personal hygiene*, dan kebersihan lingkungan.

D. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melalui pengalaman belajar praktikum, diharapkan mahasiswa mampu mempersiapkan diri (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) dalam menghadapi praktik klinik keperawatan, dan menjamin kualitas asuhan keperawatan yang diberikannya kepada klien, baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan Praktikum Keperawatan Dasar I, diharapkan mahasiswa mampu melakukan keterampilan-keterampilan yang ada di dalam konsep pembelajaran Keperawatan Dasar I, yang terdiri dari:

- a. ROM dan *Body Mechanic*
- b. Manajemen nyeri non farmakologi
- c. Keamanan dan keselamatan
- d. *Personal Hygiene*
- e. Kebersihan lingkungan

E. Kompetensi yang Harus Dicapai

Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan-tindakan pada Keperawatan Dasar I, yang meliputi:

1. ROM dan *body mechanic*
 - a. Mengatur posisi klien di atas tempat tidur
 - b. Memindahkan atau menata posisi klien di atas tempat tidur
 - c. Melakukan ROM (pasif maupun aktif)
 - d. Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda
 - e. Memindahkan klien dari tempat tidur ke tempat tidur yang lain
2. Manajemen nyeri non farmakologis
 - a. Teknik distraksi
 - b. Teknik *massage*/pemijatan

- c. Teknik *guided imagery*
- d. Kompres
- 3. Keamanan dan keselamatan
 - a. Teknik mencuci tangan
 - b. Memakai dan melepaskan Alat Pelindung Diri (APD) :
 - 1) Sarung Tangan
 - 2) Masker
 - 3) Yas/ skort
- 4. *Personal hygiene*
 - a. Memandikan klien dalam posisi berbaring di atas tempat tidur
 - b. Menggosok gigi
 - c. Menyisir rambut
 - d. Mencuci rambut
- 5. Kebersihan lingkungan
 - a. Mengganti alat tenun tanpa klien di atasnya
 - b. Mengganti alat tenun dengan klien di atasnya

F. Peserta

Peserta Praktikum Keperawatan Dasar I adalah mahasiswa Semester I Prodi Diploma 3 Keperawatan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.

G. Pelaksanaan

1. Pengarahan Praktikum

pengarahan ujian preklinik dilaksanakan sebelum ujian preklinik yang disampaikan oleh ka prodi diploma 3 keperawatan.

2. Pelaksanaan Praktikum

Pelaksanaan ujian preklinik akan dilakukan dalam dua gelombang

3. Pelaksanaan Praktikum Ulang

Bagai mahasiswa yang tidak lulus praktikum, diberikan kesempatan ujian ulang dengan jadwal yang sudah ditetapkan atau dengan kesepakatan penguji.

H. Tempat

Praktikum Keperawatan Dasar I Semester I dilaksanakan di Laboratorium Keperawatan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.

I. Pembagian Materi

Gelombang I (20 menit)	Gelombang II (35 – 45 menit)
ROM dan <i>body mechanic</i>	Memandikan pasien di atas tempat tidur dan Mencuci rambut
Manajemen nyeri non farmakologis	
Keamanan dan keselamatan	
Kebersihan lingkungan	

J. Teknis Pelaksanaan

Praktikum akan dilaksanakan dalam dua (2) gelombang, Gelombang I adalah ujian keterampilan untuk materi ROM dan *body mechanic*, manajemen nyeri non farmakologis, keamanan dan keselamatan, dan kebersihan lingkungan. Alokasi waktu masing – masing tindakan adalah 15 – 20 menit. Pada materi ROM dan *body mechanic*, kebersihan lingkungan, dan manajemen nyeri, keterampilan yang diujikan akan diundi pada saat teruji masuk ke ruang ujian. Gelombang II adalah ujian keterampilan *personal hygiene* yaitu memandikan dan mencuci rambut, dengan alokasi waktu masing-masing tindakan 35 – 45 menit.

K. Penilaian

Nilai Batas Lulus (NBL) adalah $\geq 3,00$ untuk masing-masing keterampilan, dan kehadiran 100%.

L. Penguji

Penguji Praktikum Keperawatan Dasar I Semester I terdiri dari dosen STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta, dan penguji dari lahan praktik RS Bethesda Yogyakarta, dengan latar belakang pendidikan Diploma 3 Keperawatan (masa kerja di atas empat tahun) dan Sarjana Keperawatan (masa kerja di atas dua tahun).

M. Tata Tertib

1. Mahasiswa/Teruji:

- a. Mahasiswa hadir 15 menit sebelum ujian dimulai.
- b. Mahasiswa mengikuti praktikum sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, dan tidak diperkenankan untuk mengganti kelompok.
- c. Mahasiswa menandatangani daftar hadir yang telah disediakan.
- d. Mahasiswa menggunakan seragam kuliah dan yas beserta atribut lengkap (*name tag* dan pin) sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.
- e. Mahasiswa yang bertugas menjadi probandus wajib datang 15 menit sebelum ujian dimulai.
- f. Kegiatan praktikum yang memerlukan probandus yaitu : memandikan, mencuci rambut, ROM dan *body mechanic*, manajemen nyeri, kebersihan lingkungan, dan pengukuran tanda-tanda vital.
- g. Apabila mahasiswa yang bertugas sebagai probandus tidak datang pada saat jadwal yang ditentukan, maka mahasiswa tersebut tidak diperbolehkan mengikuti ujian berikutnya, atau apabila sudah ujian maka nilai tidak akan dikeluarkan.
- h. Mahasiswa wajib membawa yas, maker dan sarung tangan sendiri.
- i. Mahasiswa wajib membawa alat mandi dan cuci rambut sendiri
- j. Bagi mahasiswa putra : rambut harus dipotong rapi dan tidak boleh melebihi leher baju. Bila berkumis ditata rapi, jenggot dan jambang dicukur.
- k. Bagi mahasiswa putri : rambut disanggul rapi bila panjang. Bila rambut pendek, disisir rapi dan tidak boleh melebihi leher baju, dan rambut tidak dicat warna-warni.

- l. Tidak diperkenankan memakai perhiasan (anting panjang, gelang, kalung, ataupun cincin).
- m. Kuku dipotong pendek dan tidak dikutek.
- n. Mahasiswa yang merusakkan atau menghilangkan peralatan yang dipakai untuk ujian wajib mengganti.
- o. Jika peserta praktikum dinyatakan tidak lulus oleh penguji, maka wajib mengikuti praktikum ulang yang telah dijadwalkan dan diwajibkan untuk membayar biaya ujian ulang sebesar Rp. 30.000,00/keterampilan.

2. Penguji:

Penguji datang 15 menit sebelum dimulai.

N. Jadwal Ujian dan Daftar Kelompok

Terlampir.

MAHASISWA SEMESTER I PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN

A. Pendahuluan

Pengalaman belajar klinik di lapangan merupakan proses pembelajaran yang penting diberikan kepada peserta didik untuk mempersiapkan mereka menjadi perawat profesional pemula. Kegiatan praktik klinik keperawatan merupakan salah satu metode pembelajaran yang nyata, supaya mahasiswa mampu mengaplikasikan teori-teori yang didapatkan pada saat perkuliahan. Diharapkan dengan metode pembelajaran ini mahasiswa lebih aktif dan bersifat kritis terhadap ilmu-ilmu yang diterimanya. Pada Semester III ini, mahasiswa akan melakukan Praktik Klinik Keperawatan Dasar I yang akan dilaksanakan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dengan metode pembelajaran praktik klinik keperawatan diharapkan mahasiswa mampu dan aktif dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan pengetahuan, ketrampilan, sikap dalam praktik keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti Praktik Klinik Semester III, mahasiswa mampu:

- a. Mahasiswa mampu beradaptasi dengan lingkungan keperawatan sejak dini.
- b. Mahasiswa mampu melakukan ketrampilan atau tindakan keperawatan yang sudah dipelajari mengenai Keperawatan Dasar I menggunakan pendekatan proses keperawatan, dengan pencapaian ketrampilan minimal adalah 60% dari seluruh ketrampilan yang telah diajarkan.

C. Kompetensi

1. Sikap dan Tata Nilai

- a. Bekerjasama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
- b. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Keperawatan Indonesia
- c. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai lingkup tanggung jawabnya
- d. Memiliki sikap dan perilaku sebagai pendamping klien
- e. Memiliki sikap dan perilaku promotif dalam bidang kesehatan

2. Penguasaan Pengetahuan

- a. Menguasai konsep teoritis Kebutuhan Dasar Manusia
- b. Menguasai teknik, prinsip, dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok
- c. Menguasai konsep teoritis dan prosedur pencegahan penularan infeksi dan promosi kesehatan.
- d. Menguasai jenis, manfaat, dan manual penggunaan alat kesehatan
- e. Menguasai konsep dan prinsip sterilitas dan desinfeksi alat

3. Keterampilan Khusus

- a. Mampu memilih dan menggunakan peralatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
- b. Mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan wewenangnya dengan melakukan implementasi keperawatan meliputi :
 - 1) Pemeriksaan tanda vital, meliputi:
 - a) Mengukur suhu tubuh

- b) Menghitung frekuensi nadi
 - c) Menghitung frekuensi nafas
 - d) Mengukur tekanan darah
 - e) Dokumentasi (Kurveleis)
- 2) Pemenuhan kebutuhan aktivitas – mobilisasi, meliputi:
- a) Mengatur posisi pasien (*supine, prone, fowler, semifowler, trendelenburg, sim, lateral, kneechest, orthopneik*)
 - b) Membantu latihan dan ambulasi (latihan ROM pasif, latihan ROM aktif)
 - c) Mengangkat dan membalikkan pasien ditempat tidur
 - d) Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi
 - e) Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda
 - f) Memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankar
 - g) Membantu pasien menggunakan kruk (*crutchae*)
 - h) Membantu memindahkan pasien dengan *scoop stretcher*
 - i) Memindahkan pasien dengan *easy move*
 - j) Membantu pasien berjalan
- 3) Lingkungan Terapeutik (APD), meliputi:
- a) Memakai celemek/ skort
 - b) Memakai masker
 - c) Memakai sarung tangan steril
 - d) Mencuci tangan
- 4) Manajemen nyeri, meliputi:
- a) Melatih nafas dalam
 - b) Teknik imajinasi (*Guided Imagery*)
 - c) Teknik Masase/pemijatan

- 5) Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur : Teknik Meditasi
- 6) Terapi panas dingin, meliputi:
 - a) Pemasangan buli – buli panas
 - b) Pemasangan kompres es
- 7) Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri, meliputi:
 - a) Memandikan pasien ditempat tidur
 - b) Memberikan backrub pada pasien
 - c) Menyisir rambut di tempat tidur
 - d) Membersihkan mulut
 - e) Menggosok gigi
 - f) Membersihkan kuku/menggunting kuku
 - g) *Vulva hygiene*
 - h) *Penil hygiene*
- 8) Perawatan jenazah, meliputi perawatan pasien yang sudah meninggal di ruang perawatan (rawat inap).
- 9) Kebersihan lingkungan, meliputi:
 - a) Menyiapkan tempat tidur
 - b) Menyiapkan tempat tidur tanpa pasien di atasnya
 - c) Mengganti alat tenun dengan pasien di atasnya
 - d) Mengganti alat tenun tanpa pasien di atasnya

D. Pembimbing Klinik

Pembimbing klinik adalah pembimbing dari akademik (STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta) dan pembimbing dari lahan praktik

E. Metode

1. Bedside teaching

2. *Pre dan post conference*

F. Peserta

Peserta yang mengikuti Praktik Klinik Keperawatan Dasar I adalah mahasiswa Semester III Prodi DIII Keperawatan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta yang telah mengikuti dan dinyatakan lulus dalam ujian preklinik Semester I.

G. Waktu

Pelaksanaan praktik klinik Keperawatan Dasar I diawali dengan uji laboratorium/uji preklinik keperawatan pada Semester I. Mahasiswa yang mengikuti praktik klinik keperawatan, harus lulus uji laboratorium/uji preklinik keperawatan terlebih dahulu.

1. Pelaksanaan praktik klinik keperawatan menyesuaikan dengan jumlah SKS Praktik Klinik. Adapun waktu pelaksanaan adalah sebagai berikut:

$$\text{Praktik Klinik} = 3 \times 14 \times 3 \text{ Jam} = 126 \text{ Jam} : 7 \text{ Jam} = 18 \text{ Hari (3 Minggu)}$$

Praktik Klinik Keperawatan Dasar I dilaksanakan selama tiga Minggu. Untuk tanggal merah mahasiswa libur.

2. Dinas setiap hari Senin sampai dengan Sabtu, dengan perincian dinas sebagai berikut:
 - a. Dinas pagi pukul 07.00 – 14.00 WIB,
 - b. Dinas siang pukul 14.00 – 21.00 WIB.

H. Tempat Praktik

Pelaksanaan praktik klinik Keperawatan Dasar I akan dilaksanakan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

I. Strategi Pembelajaran

Kegiatan praktik klinik Keperawatan Dasar I merupakan rangkaian

kegiatan pembelajaran berdasarkan kurikulum berbasis kompetensi. Mahasiswa dalam pembelajaran kelas telah mempelajari tindakan keperawatan pada pasien sesuai dengan kebutuhan dasar manusia. Pada praktik klinik keperawatan ini mahasiswa mempunyai tugas pembelajaran:

1. Membuat laporan pendahuluan tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien.
2. Membuat dokumentasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien.
3. Membuat laporan harian terkait kegiatan yang dilakukan setiap *shift*.
4. Melakukan responsi dengan pembimbing klinik dari akademik maupun dari lapangan.

J. Tugas Mahasiswa

1. Mengikuti kegiatan *conference (pre dan post)*
2. Melaksanakan kegiatan harian dan mengikuti keterampilan yang ada di lahan praktik (sesuai dengan kompetensi yang harus dicapai) dan dimintakan tanda tangan ke pembimbing
3. Membuat laporan tindakan keperawatan yang diketahui pembimbing lapangan kemudian diserahkan pembimbing pendidikan.
4. Mengikuti responsi dengan pembimbing dari akademik dan lapangan.
5. Mengikuti responsi dengan pembimbing dari lapangan.

K. Tugas Pembimbing Klinik

1. Pembimbing Klinik dari Akademik:
 - a. Membimbing *pre dan post conference* secara kelompok di masing-masing tempat.
 - b. Menjelaskan tugas mahasiswa (tindakan, penyusunan laporan).
 - c. Melakukan bimbingan sesuai dengan kasus: *bedside teaching*.
 - d. Memeriksa dan memberikan *feedback* laporan mahasiswa (laporan pendahuluan, laporan tindakan dan

laporan harian).

- e. Mendiskusikan bersama pembimbing lapangan permasalahan yang ditemui secara individu maupun kelompok.
- f. Melakukan responsi tindakan Keperawatan.
- g. Memberikan nilai praktik sesuai dengan ketentuan (Nilai Batas lulus 3,00)
- h. Menandatangani presensi dan mendokumentasikan hasil bimbingan.
- i. Menyerahkan nilai dan laporan bimbingan kepada koordinator praktik paling lambat satu minggu setelah praktik.

2. Pembimbing Klinik dari Lapangan (CI)

- a. Mengorientasikan ruangan dan prosedur kerja yang berlaku di ruangan.
- b. Melaksanakan *pre* dan *post conference*.
- c. Melakukan bimbingan sesuai dengan kasus : *bedside teaching*.
- d. Memberikan penugasan kepada mahasiswa berkaitan dengan tujuan yang ingin dicapai.
- e. Mengetahui dan menandatangani tugas mahasiswa (laporan pendahuluan, laporan tindakan dan laporan harian).
- f. Memberikan nilai praktik sesuai dengan ketentuan (Nilai batas lulus 3,00)
- g. Menilai sikap selama mahasiswa praktik.
- h. Menandatangani dan mendokumentasikan hasil bimbingan.
- i. Mengirimkan hasil penilaian praktik kepada pembimbing klinik dari akademik beserta daftar hadir mahasiswa dan pembimbing.

L. Penilaian

Penilaian meliputi :

1. Laporan Pendahuluan (20%)
2. Laporan Tindakan Keperawatan (20%)
3. Laporan Harian (10%)
4. Aspek Ketrampilan (40%), yaitu penilaian ketrampilan harian.
5. Sikap (10%), terdiri dari :
 - a. Sikap selama praktik (50%)
 - b. Sikap *Pre* dan *Post Conference* (50%)

M. Tata Tertib dan Peraturan Praktik

1. Kehadiran

- a. Kehadiran 100%.
- b. Apabila mahasiswa tidak masuk karena sakit atau ijin dengan disertai surat ijin mahasiswa harus mengganti satu (1) kali dinas. Bila mahasiswa tidak masuk tanpa keterangan harus mengganti dua (2) kali dinas.
- c. Cara mengganti dinas dengan membuat surat pernyataan penggantian dinas dan di ketahui oleh pembimbing akademik dan pembimbing klinik.
- d. Mahasiswa mengikuti praktik di RS Bethesda sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, tidak diperkenankan untuk ganti kelompok.
- e. Tidak diperkenankan untuk mengganti/menukar jadwal dinas sendiri. Apabila karena suatu hal yang tidak bisa ditinggalkan dan ingin menukar atas sepengetahuan dan ijin dari pembimbing lapangan.
- f. Mahasiswa harus menandatangani daftar hadir yang telah disediakan setiap kali dinas.

2. Seragam

- a. Mahasiswa menggunakan seragam praktik sesuai ketentuan yang berlaku di STIKES Bethesda Yakkum.
- b. Bagi mahasiswa pria, rambut dipotong rapi, tidak boleh melebihi leher baju; bila berkumis ditata rapi, jenggot dan jambang dicukur.
- c. Bagi mahasiswa putri, rambut disanggul rapi atau bila pendek tidak boleh melebihi leher baju dan disisir rapi.
- d. Tidak diperkenankan memakai perhiasan mewah (kalung, anting).
- e. Kuku dipotong pendek tidak dicat.

N. Sanksi

1. Apabila terjadi pelanggaran praktik/pelanggaran peraturan yang berlaku didalam melaksanakan praktik, akan diberi sanksi yaitu tidak mendapatkan nilai praktek.
2. Mahasiswa yang menghilangkan/merusakkan alat yang dipakai untuk praktik harus mengganti.
3. Mahasiswa yang terlambat mengumpulkan tugas akan mendapat sanksi akademik (tidak mendapat nilai/tidak dapat mengikuti ujian praktik).

O. Jadwal Praktik dan Kelompok (Terlampir)

Daftar Pustaka

- Andrized, W, J. (2009). Stimulation methods in music therapy : Short discussion toward the bio-cybernetic aspect. *Journal of medical informatics and technologies*, 13, 255-258.
- Akambo, D, O. (2006) Effects of listening to music as an intervention for pain and anxiety in bone marrow transplant patients, 62 (2), 91-94
- Asmadi. (2008). "Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien". Jakarta: Salemba Medika.
- Anne Griffin, *Ketrampilan & Prosedur Dasar*, EGC, Jakarta
- Audrey Berman, Shirlee J. Snyder, Barbara Kozier dan Glenora Erb (2009) *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*, New Jersey: Pearson
-
- (2011) *Nursing Basics for Clinical Practice*, New Jersey: Pearson
- Arsian, S., Ozier, N., Ozyury, F. (2007). Effect of Music on preoperative anxiety in me during undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced nursing*, 26 (2), 46-54
- Ardhiyanti, Yulrina, Risa Pitriani & Ika Putri Damayanti. (2014). *Panduan Lengkap ketrampilan dasar kebidanan I*. Yogyakarta : Deepulish.
- Bulechek, Bucher, Dochterman. (2013). *Nursing intervention classification: Music therapy (NIC) 6th ed*. St. Louise Missouri : Mosby Elsevier.
- Caroline Bunker Rosdahi, Marry T Kowalski (2012) *Buku Ajar Keperawatan Dasar vol 2*, Jakarta : EGC
-
- (2014), *Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10*, Jakarta: ECG
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial : Problematika dan pengendaliannya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Enie N., Supartini Y. (2015). *Keperawatan dasar: Manual keterampilan klinis*. Singapura: Elsevier.
- Geraldin Rebeiro, Leanne Jack, Natashia Scully, Damian Wilson (2015), *Keperawatan Dasar : Manual Ketrampilan klinis*, Edisi Pertama, Singapore: Elsevier Kozier, Berman, snider, Levett-Jones, Dwyer, Hales, Harvey, Luxford, Moxham, Park, H., A.Aziz Alimul. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. Alimul & Uliyah. 2004. *Buku saku praktikum kebutuhan dasar manusia*.

- Jakarta : EGC.
- Iqbal Wahit, Indrawati Lilis, Susanto Joko, Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar (2015), Salemba Medika, Jakarta.
- Potter & Perry, 2010, Ketrampilan dan Prosedur Dasar, EGC, Jakarta
- Kusyati Eni, (2006). Keterampilan dan Prosedur Laboratorium, EGC: Jakarta
- Kozier & Erb, (2014), Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Edisi 5, EGC Jakarta
- Kustanti, Yulia Suparmi. 2008. *Panduan Praktik kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta: PT Citra Parama.
- Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2014. Buku ajar ilmu keperawatan dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, W.I, Indrawati, L, Susanto, J. (2015). Buku ajar ilmu keperawatan dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Novieastari, Enie & Supartini, Yupi. 2013. Keperawatan Dasar : manual keterampilan klinis. Australia : Elsevier.
- Potter Perry. (2009). *Fundamentak of Nursing. Fundamental Keperawatan Buku 2*, edisi 7. Jakarta: salemba Medika
- Suparmi, Y., dkk. (2008). *Panduan Praktik keperawatan kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta: Citra Aji Parama.
- Kozier Barbara, (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses & Praktik)* Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- Parker, Reid-Searl, Stanley (2010), *Fundamental of Nursing first edition volume three*, Australia: Pearson
- Patricia A Potter, Anne G Perry (2010) *Fundamentals of Nursing Edisi 7 Buku 3*, Singapore:Elseiver
- Potter & Perry, (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses & Praktik), Edisi :4*, Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- _____ (2009). *Fundamental keperawatan*. Ed. 7. Buku 2. Singapura: Elsevier.
- Potter, A. dan Perry, Anne G..2010. *Fundamental Keperawatan Buku 3 edisi 7*. Singapore : Elsevier.
- Potter, Perry, Peterson. (2005). "Keterampilan Dan Prosedur Dasar". Edisi: 5. Jakarta: EGC.
- Rebeiro Geraldine, Leanne Jack, Natashia Scully, Damian Wilson. (2015). "Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis". Singapura: Elsevier.
- Rosdahl Caroline Bunker, Mary T, Kowalski. (2014). "Buku Ajar Keperawatan Dasar". Edisi Volume 3. Jakarta: EGC
- Ribek, Nyoman, dkk. 2011. *Buku Pintar Bimbingan Laboratorium dan Klinik Keperawatan Anak*. Denpasar: Departemen Keperawatan Anak Poltekkes Denpasar
- Susanne G.Smeltzer, Brenda G. Bare, (2010). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*

- (*Brunner & Suddarth's*), Wolters Kluwer/Lippincott, Williams &
- Somantri Irman. (2007). "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan". Jakarta: Salemba Medika.
- Supartini Yupi, Enie Novieastari, Keperawatan Dasar Manual Ketrampilan Klinis, Elsevier Jakarta.
- Uliyah, Musrifatul & A.Aziz Alimul Hidayat. 2008. *Praktikum keterampilan dasar praktik klinik : aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Uliyah Musrifatul & A.Aziz Alimul Hidayat. (2005). "Kebutuhan Dasar Manusia". Jakarta: EGC.
- Wilkins, Philadelphia, Baltimorr, New York.Rosdahl., Kowalski. (2015). Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Volume 3. Jakarta: EGC
- Wahit Igbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, (2015). Buku Ajar I Ilmu Keperawatan Dasar, Penerbit Salemba Medika: Jakarta.
- Wahid dkk (2015), Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, Jakarta: ECG

LAMPIRAN

**JADWAL PRAKTIKUM KEPRAWATAN DASAR I
SEMESTER I**

PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA

GELOMBANG I

No	TANGGAL	WAKTU	MATERI UJIAN	RUANG	PENGUJI	TERUJI

GELOMBANG II

No	TANGGAL	WAKTU	MATERI UJIAN	RUANG	PENGUJI	TERUJI

PENILAIAN UJIAN KETERAMPILAN PRAKTIK
PRODI DIII KEPERAWATAN STIKES BETHESDA YAKKUM

Nama Mahasiswa : NIM :
 Tingkat/ semester :
 Keterampilan :

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI (1-4)	KETERANGAN
1	Persiapan Alat	X1	
2	Fase Pra Interaksi	X1	
3	Fase Orientasi	X1	
4	Fase Kerja	X3	
5	Fase Terminasi	X1	
6	Dokumentasi	X1	
7	Sikap	X2	

Nilai Akhir = $\frac{\quad}{10}$

=

Yogyakarta,

Penguji,

(.....)

**JADWAL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR I SEMESTER III PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA DI RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA**

MINGGU KE-	TANGGAL	RS BETHESDA					
		C	D	E	F	H	VI

LAPORAN PENDAHULUAN PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :
NIM :
Program Studi :
Semester/ Tingkat :
Tempat Praktik :
Tanggal Praktik :

A. Laporan Pendahuluan: Konsep Dasar

1. Pengertian tindakan
2. Anatomi dan fisiologi (yang berhubungan dengan tindakan)
3. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan (indikasi, prinsip tindakan, dll)
4. Asuhan Keperawatan (teori):
 - a. Pengkajian
 - b. Diagnosa
 - c. Perencanaan (berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan)

Langkah-langkah	Rasional
1. Menyiapkan alat:.....	1.
2. Menyiapkan klien:.....	2.....
3. Menyiapkan lingkungan	3.....
4. Mencuci tangan	4.....
Dst.....	

B. Laporan Tindakan Keperawatan :

Melakukan Tindakan dengan pengawasan pembimbing

Ketrampilan/ tindakan : Kateterisasi urine

Nama klien :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Alamat :

Diagnosa medis :

Data Subyektif (S) : klien mengatakan:

- Dari semalam tidak bisa kencing

- Perut terasa penuh dan sakit
- Sudah dicoba dengan mengguyur daerah perut dengan air dingin, membuka kran air dan mengompres perut dengan air dingin tetapi tetap tidak bisa kencing

Data Obyektif (O) : palpasi abdomen tegang, ekspresi wajah menyeringai

Analisa (A) : retensi urine

Planning (P) : lakukan kateterisasi urine

Tujuan : memungkinkan aliran continue urine pada klien yang mengalami obstruksi atau gangguan berkemih.

Implementasi (I) : langkah-langkah, dilanjutkan dengan pembahasan untuk setiap item.

Langkah-langkah	Alasan
1. Menyiapkan alat:.....	1.
2. Menyiapkan klien:.....	2.
3. Menyiapkan lingkungan	3.
4. Mencuci tangan	4.
5. Dst.....	

Evaluasi (E) : S : klien merasa lebih enak dan sudah Tidak sakit lagi

O : - urine keluar melalui kateter sebanyak 550 ml

- Palpasi abdomen tidak tegang

Pembimbing Klinik

Pembimbing Akademik

Pratikan

.....

.....

.....

CONTOH LAPORAN KEGIATAN HARIAN

Nama Mahasiswa/Kelompok :

Ruang Praktek :

Hari/Tanggal :

NO	JAM	KEGIATAN	KETERANGAN
1	07.00 – 07.10	Mengikuti Laporan jaga dari dinas malam	
2	07.15 – 07.45	Mengganti alat tenun dan membersihkan lingkungan klien	Kamar IA, IB, dan IE
3	08.00 – 08.10	Memberikan injeksi IM	Bp. S (kamar 2B) : Sangobion 1 amp/ IM Respon : Klien merasa sakit saat disuntik
4	08.45 – 09.00	Oral higiene	Bp. MM (Kamar 2C) : Klien denagn penurunan Kesadaran (somnolen), terpasang NGT, mulut bau, dan banyak lendir. Respon : lendir kekuningan berkurang, bau berkurang, gusi sedikit berdarah, lapor kepala jaga.
5	09.00 – 09.20	Mengukur suhu nadi dan respirasi klien	Ny. S (kamar IB) Hasil : Suhu 39,8 ^o C, Nadi : 92x/mnt dan respirasi : 27X/mnt, klien mengeluh badannya tidak enak. Tindakan : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kompres air pada daerah axilla ➢ Mengusap wajah klien dengan waslap dan air ➢ Memberi minum air putih, habis 1/2 gelas ➢ Lapor kepala jaga
		Dst.....	

Pembimbing Klinik

Pembimbing Akademik

Pratikan

.....

.....

.....

**FORMAT PENILAIAN
PERAN SERTA PRE-POST CONFERENCE**

NO	ASPEK	NILAI				KETERANGAN
		1	2	3	4	
1	Pengalaman untuk conference					
2	Mengidentifikasi masalah atau mengemukakan isu untuk dikusi kelompok					
3	Memberi ide selama conference					
4	Menitesa ide selama conference					
5	Menerima ide-ide orang lain					
6	Mengontrol emosi sendiri					
7	Memperhatikan perhatian dalam group proses dan kerjasama dalam pencapaian kelompok					
TOTAL						

NILAI =

Keterangan:

1 = Kurang

2 = Sedang

3 = Baik

4 = Sangat Baik

Yogyakarta.....
Pembimbing,

(.....)

FORMAT PENILAIAN

LAPORAN PENDAHULUAN DAN LAPORAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Program Studi :

Semester/ Tingkat :

Tempat Praktik :

Tanggal Praktik :

No	ASPEK YANG DINILAI	SCORE 1 - 4	KETERANGAN
A. LAPORAN PENDAHULUAN (Bobot : 1)			
1	Pengertian Tindakan		
2	Anatomi dan Fisiologi Terkait		
3	Faktor-faktor yang perlu diperhatikan		
4	Pengkajian Teori		
5	Diagnosa Keperawatan Teori		
6	Perencanaan (berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan/langkah-langkah rencana tindakan keperawatan)		
Nilai A = $\frac{\text{Jumlah skor A}}{6} =$			
B. LAPORAN TINDAKAN KEPERAWATAN (Bobot : 1)			
1	Data Subjektif dan Objektif (S dan O)		
2	Analisa		
3	<i>Planning</i>		
4	Implementasi		
5	Evaluasi		
Nilai B = $\frac{\text{Jumlah skor B}}{5} =$			
C	KEAKTIFAN (Bobot : 2)		
Nilai C = Jumlah score C X 2 =			

NILAI AKHIR = $\frac{\text{Nilai A} + \text{Nilai B} + \text{Nilai C}}{4} =$

Yogyakarta,

Pembimbing,

Keterangan:

- 1 : Kurang
- 2 : Sedang
- 3 : Baik
- 4 : Sangat baik

(.....)

PENILAIAN SIKAP

Nama Mahasiswa :

Mata Ajaran :

Tempat Praktek :

Lamanya Praktek :

No	Komponen yang dinilai	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
1	<u>Disiplin</u> a. Hadir tepat waktu b. Menyelesaikan tugas-tugas sesuai dengan waktu yang diberikan					
2	<u>Minat</u> a. Pemusatan perhatian pada obyek praktek lebih banyak dari hal-hal lain diluar obyek tidak <i>relevant</i> b. Kemampuan menyimpulkan informasi-informasi yang didapat. c. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam setiap kegiatan praktek <i>relevant</i> dan mempunyai bobot / berarti					
3	<u>Kerjasama</u> a. Kemampuan kerja dalam bentuk tim b. Kemampuan menerima saran dari orang lain c. Kemampuan menjalin hubungan baik dengan pembimbing, sesama mahasiswa dan orang-orang lain yang berkaitan selama praktik					
4	<u>Prakarsa</u> a. Usaha untuk menghubungi pihak-pihak yang berkait obyek-obyek praktek, untuk mendapatkan informasi b. Usaha mencari jalan keluar, pada setiap permasalahan yang dihadapi selama praktek					
5	<u>Kejujuran</u> a. Keberanian mengemukakan koreksi, serta saran-saran b. Keberanian mengemukakan keterbatasan kemampuan diri					
6	<u>Kepemimpinan</u> Usaha membantu mengatasi kesukaran / kesulitan orang lain					

No	Komponen yang dinilai	Nilai				Keterangan
		1	2	3	4	
7	<u>Kesopanan</u> a. Bersikap hormat pada pembimbing maupun setiap orang b. Kemampuan menyesuaikan diri dengan norma-norma yang berlaku ditempat praktek					
8	<u>Tanggung Jawab</u> a. Usaha untuk menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan					
9	<u>Percaya diri</u> a. Ketenangan / penguasaan diri dalam setiap situasi praktek					
10	<u>Ketekunan</u> a. Usaha membuat catatan-catatan selama melaksanakan praktek b. Keberhasilan menyusun laporan pada waktu akhir praktek					
11	<u>Ketelitian</u> a. Keberhasilan mendapatkan data-data yang lengkap sesuai dengan obyek praktek					
12	<u>Kebersihan</u> a. Kebersihan dan kerapian berpakaian selama mengikuti praktik b. Usaha memperhatikan unsue kebersihan dalam setiap langkah praktek					

$$\text{Nilai Sikap} = \frac{\text{Jumlah nilai semua komponen}}{\text{Jumlah komponen}} = \boxed{}$$

Yogyakarta,

Pembimbing,

.....

PERNYATAAN PENGGANTIAN DINAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Tempat praktek :

1. Menyatakan bahwa saya telah mengganti dinas praktek sesuai dengan rencana yang telah diajukan sebelumnya selama hari, pada s/d

Keterangan shift jaga :

- Pagi Kali
- Sore Kali
- Malam Kali

2. Menyatakan bahwa saya telah menyelesaikan tugas-tugas praktek, yaitu :

.....
.....

Yogyakarta,

Hormat saya,

(.....)

Keterangan (Diisi oleh pembimbing) :

.....
.....
.....

Mengetahui,

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

NB :

1. Lingkari dan isi no. 1 untuk ganti dinas atau no. 2 untuk penyelesaian tugas
2. Setelah selesai urusan, lembar ini dikumpulkan ke Koordinator Praktek Klinik Keperawatan



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Menghitung Denyut Nadi

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: *Keperawatan Dasar*

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Nadi adalah sensasi aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada tubuh. Nadi merupakan salah satu indikator status sirkulasi.

Denyut nadi merupakan denyutan atau dorongan yang terjadi akibat proses pemompaan jantung.

Menghitung denyut nadi adalah mengukur frekuensi sensasi aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada tubuh (Mubarak, dkk., 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Frekuensi nadi memberikan informasi seberapa sering jantung berdenyut per menit. Nadi diatur oleh sistem saraf otonom yaitu saraf simpatik dan saraf parasimpatik. Denyut nadi tidak selamanya konstan, kecepatan dan jumlah denyut nadi dipengaruhi oleh perubahan kecepatan jantung terhadap rangsangan sistem saraf. Besarnya rangsangan saraf simpatis dipengaruhi oleh rasa cemas, emosi, rasa takut dan marah. Rangsangan saraf simpatis mempercepat laju denyut nadi, sedangkan rangsangan parasimpatis memperlambat denyut nadi (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015).

C. TUJUAN

1. Mengetahui kerja jantung
2. Menentukan diagnosis
3. Mengetahui adanya kelainan pada seseorang

D. INDIKASI TINDAKAN

Pada semua kondisi pasien

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada kontra indikasi

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Lokasi pengukuran denyut nadi, frekuensi, kualitas denyut nadi.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Baki berisi : arloji analog, buku catatan, alat tulis

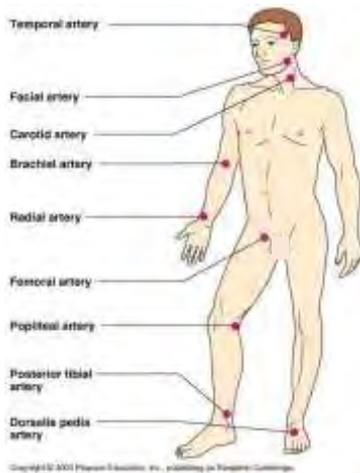
- 2) Sarung tangan (bila perlu)
- Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu/jendela

2. Tahap Orientasi:

- Berikan salam terapeutik
- Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
- Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:

- Perawat cuci tangan
- Kenakan yas, masker, dan sarung tangan (bila perlu)
- Atur posisi klien nyaman mungkin (sesuai kondisi klien)
- Letakkan tiga jari tengah pada arteri tempat perhitungan nadi
Dengan lokasi berikut (pilih salah satu yang paling memungkinkan):



- Hitung jumlah denyut nadi selama satu menit menggunakan arloji analog yang tersedia, sambil perhatikan atau amati :
 - Volume atau keras lemahnya denyutan
 - Irama atau teratur tidaknya denyutan
 - Catat hasil pada buku catatan yang tersedia
 - Bereskan alat
 - Lepaskan sarung tangan
 - Perawat cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
- Evaluasi respon klien
 - Simpulkan hasil kegiatan
 - Pemberian pesan
 - Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
- Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien, jumlah nadi dalam satu menit beserta intensitasnya

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Mubarak. W. I, Indrawati, L., Susanto, J. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.

Rosdahl., Kowalski. (2015). Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Volume 3. Jakarta: EGC.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Mengukur Suhu Tubuh

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: *Keperawatan Dasar*

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang di hasilkan tubuh dengan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Panas yang dihasilkan – panas yang hilang = suhu tubuh. (Potter-Perry, 2009). Mengukur suhu tubuh adalah tindakan pengukuran panas di dalam tubuh klien atau suhu inti (Rosdahl, Kowalski, 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Hipotalamus merupakan pusat pengaturan suhu tubuh di otak. Panas tubuh merupakan hasil dari metabolisme dan aktivitas otot serta kelenjar (Rosdahl, Kowalski, 2015). Tubuh melakukan pengaturan keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas yang dikenal dengan proses termoregulasi. Termoregulasi dalam tubuh, berkaitan dengan vasodilatasi dan vasokonstriksi pembuluh darah dengan efek kombinasi mempertahankan suhu tubuh (Vaughans, 2013). Lokasi pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan di area: oral, aksila, membran tympani, permukaan kulit, dan rektal.

Rentang normal pada orang dewasa:

Rentang suhu : 36 ° – 38 ° C (96,8° F – 100,4° F)

Rerata suhu oral / timpani : 37 ° C (96,8 ° F)

Rerata suhu rektal : 37,5° C (99,5° F)

Rerata suhu axila : 36,5° C (97,7° C)

(Potter-Perry, 2009)

C. TUJUAN

Mengetahui rentang suhu tubuh

D. INDIKASI TINDAKAN

Semua kondisi klien

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Kontra indikasi pengkuran lebih berdasarkan pada tempat pengukuran, misalnya pengukuran suhu tubuh rektal dikontraindikasikan pada bayi baru lahir (Mubarak, dkk, 2015).

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Ketepatan lokasi pengukuran suhu tubuh

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:

- a. Persiapan diri perawat
- b. Verifikasi program
- c. Persiapan alat
Baki berisi:
 - 1) Termometer (sesuai kebutuhan, ditentukan sesuai lokasi pengukuran)
 - 2) Alkohol swap
 - 3) Bungkus thermometer → untuk thermometer digital
 - 4) Tissue secukupnya
 - 5) Bengkok
 - 6) Alat tulis
 - 7) Sarung tangan (bila perlu)
- d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu/jendela
Mengatur suhu ruangan sesuai kondisi klien

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
- c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat cuci tangan
- b. Gunakan sarung tangan bila perlu
- c. Siapkan area tempat pengukuran suhu (sesuai kondisi klien), bersihkan dan keringkan dengan tissue (bila perlu)
- d. Siapkan termometer dengan cara: mengusapkan alkohol swap dari arah atas menuju reservoir termometer dengan gerakan memutar, tunggu hingga kering.
 - Untuk termometer dengan air raksa, turunkan reservoir sampai dengan angka 35°
 - Untuk termometer digital, tekan tombol on pada termometer
- e. Pasang termometer sesuai lokasi pengukuran dengan cara:
 - 1) Axila air raksa : letakkan reservoir termometer tepat ditengah axila, kemudian anjurkan klien untuk menyilangkan tangan diatas dada, tunggu hingga 10 menit.
 - 2) Axila digital : letakkan reservoir termometer tepat ditengah axila, dan tunggu sampai alarm berbunyi
 - 3) Oral : cuci termometer dengan air biasa bila termometer mengandung cairan desinfektan kemudian keringkan dengan tissue, anjurkan klien membuka mulut, dan letakkan termometer pada area sublingual. Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir tertutup, tunggu hingga 5 menit.
 - 4) Rektal : oleskan vaselin (pelumas) pada ujung termometer, kemudian masukkan melalui anus sampai batas reservoir, pertahankan posisi termometer dengan tetap memengannya, tunggu hingga 3 menit
 - 5) Membran tympani: masukan ujung termometer kedalam membran tympany, tunggu hingga alarm berbunyi, dan lihat suhu tubuh melalui monitor termometer.

- 6) Termometer digital: arahkan ujung termometer pada area frontalis, tunggu hingga alarm berbunyi, dan lihat suhu tubuh melalui monitor termometer
- f. Pengukuran suhu oral dengan thermometer elektronik.
 - 1) Lepaskan bungkus thermometer dari unit pengisian baterai. Masukkan tangkai probe oral ke unit thermometer. Jangan menekan tombol ejection.
 - 2) Sarungkan plastic penutup probe ke tangkai probe sampai terpasang baik
 - 3) Minta klien untuk membuka mulut, letakkan probe sampai terpasang baik (lihat gambar).
 - 4) Minta klien untuk menahan probe thermometer dengan bibir tertutup.
 - 5) Biarkan thermometer sampai terdengar sinyal yang menandakan pengukuran telah selesai; lepaskan thermometer di bawah lidah
 - 6) Tekan tombol ejection untuk membuang plastic penutup.
 - 7) Tekan tombol ejection untuk membuang plastic penutup.
 - 8) Kembalikan probe thermometer ke posisi penyimpanan pada unit perekam.



Gbr. Pengukuran suhu oral dengan thermometer elektronik.

- g. Pengukuran suhu axila dengan thermometer elektronik
 - 1) Lepaskan thermometer dari pengisian baterai. Pastikan bahwa tangkai probe oral (ujung biru) berada di unit thermometer. Pegang puncak tangkai probe. jangan menekan tombol ejection.
 - 2) Sarungkan plastic penutup probe ke tangkai probe sampai terpasang baik
 - 3) Angkat lengan klien menjauhi tubuhnya; periksa lesi kulit dan keringat yang berlebihan. Letakkan thermometer ke tengah aksila. Lengan bawah di atas probe, dan letakkan lengan di dada klien
*Jangan melakukan pengukuran suhu dan menimbulkan nyeri jika di sentuh
 - 4) Tahan posisi thermometer sampai terdengar sinyal dan tampak hasil pengukuran. Lepaskan probe dari axila.
 - 5) Tekan tombol ejection pada tangkai thermometer untuk membuang plastic penutup probe
 - 6) Kembalikan thermometer ke unit penyimpanan
 - 7) Bantu klien mengambil posisi yang nyaman



Gbr. Pengukuran suhu axilla dengan thermometer elektronik

h. Pengukuran suhu rektal dengan termometer elektronik

- 1) Bantu klien mengambil posisi Sims dengan menekuk kaki bagian atas. Buka pakaian pada area anus saja
- 2) Gunakan sarung tangan
- 3) Lepaskan bungkus thermometer dari unit pengisian baterai. Masukkan tangkai probe oral ke unit thermometer. Jangan menekan tombol *ejection*
- 4) Sarungkan plastic penutup probe ke tangkai probe sampai terpasang baik
- 5) Berikan lubrikan pada tisu. Benamkan penutup probe ke dalam lubrikan mencapai 2,5 – 3,5 cm (1 – 1,5 inci) untuk dewasa.
- 6) Dengan tangan lainnya, buka bokong klien untuk melihat anus. Minta klien bernafas lambat dan rileks
- 7) Masukkan probe thermometer perlahan ke dalam anus ke arah umbilicus 2,5 – 3,5 cm, (1-1,5 inci) untuk dewasa. Jangan di paksa
*Jika anda tidak dapat memasukkan pertimbangkan metode pengukuran suhu yang lain.
- 8) Setelah posisi pengukuran tercapai, tahan probe thermometer (lihat gambar) sampai terdengar sinyal tanda selesai, lepaskan thermometer dari anus
- 9) Tekan tombol *ejection* untuk membuang plastic penutup. Lap tangkai probe dengan kapas alcohol, terutama pada daerah penutup yang berhubungan dengan probe.
- 10) Kembalikan probe thermometer ke posisi penyimpanan pada unit perekam
- 11) Lap area anus klien dengan tisu lembut untuk membersihkan lubrikan dan feses, lalu buang tissue. Bantu klien untuk mengambil posisi yang nyaman
- 12) Lepaskan sarung tangan, bersihkan tangan.
- 13) Lepaskan sarung tangan
- 14) Kembalikan thermometer ke pengisi baterai. Pastikan bahwa pengisi serta probe dibersihkan setiap hari dengan alcohol.



Gbr. Pengukuran suhu rektal elektronik

i. Pengukuran suhu membrane timpani dengan thermometer elektronik

- 1) Bantu klien mengambil posisi yang nyaman dengan kepala menyamping menjahui perawat, jika klien menyamping, gunakan telinga yang di atas.
- 2) Periksa da tidaknya serumen telinga
- 3) Lepaskan unit thermometer dari unit pengisian ateri, jangan menekan tombol *ejection*.
- 4) Tutup ujung lensa dengan penutup speculum sekali pakai, jangan menyentuh penutup lensa
- 5) Jika anda memegang alat dengan tangan kanan, periksa suhu pada telinga kanan klien, sebaliknya juga berlaku bagi yang kidal
- 6) Masukkan speculum ke dalam saluran telinga dengan mengikuti instruksi pabrik untuk posisi *probe* timpanik:
 - a) Tarik pinna auricular ke belakang, atas, dan luar untuk dewasa. Untuk usia < 3 tahun, Tarik pinna ke bawah dan belakang. Untuk usia > 3 tahun, Tarik pinna ke atas dan belakang
 - b) Gerakkan thermometer seperti membentuk angka delapan.
 - c) Masukkan ujung speculum dengan perlahan ke dalam saluran telinga, jangan melakukan pergerakan (lihat ilustrasi0, atah ujung speculum menuju hidung.
- 7) Setelah mencapai posisi tekan tombol pindai pada unit pegangan. Biarkan speculum sampai terdegar sinyal selesai.
- 8) Lepaskan speculum dengan hati-hati
- 9) Tekan tombol *ejection* pada unit pegangan untuk membuang penutup speculum.



Gbr. Pengukuran suhu membrane tympani

- j. Pengukuran suhu arteri temporalis
 - 1) Pastikan dahi kering, lap handuk jika perlu
 - 2) Letakkan probe pada dahi klien untuk menghindari pengukuran suhu sekitar
 - 3) Tekan tombol pindai merah dengan ibu jari. Pemindaian continue untuk suhu tertinggi akan terjadi sampai anda melepas tombol pindai.
 - 4) Geser thermometer perlahan sepanjang dahi dengan tetap meletakkan probe di atas kulit
 - 5) Dengan tetap menekan tombol indai, angkat probe dari dahi dan sentuhkan probe ke leher di belakang daun telinga
 - 6) Saat pemindaian akan terdengar "klik" dan berhenti saat suhu puncak telah tercapai.
 - 7) Lepaskan tombol pindai; baca dan catat suhu. Hasil akan tersaji dalam 15 detik
 - 8) Bersihkan *probe* dengan lap alcohol atau lepaskan dan buang penutup

probe.



- k. Baca hasil pengukuran suhu tubuh pada termometer dan catat hasilnya
- l. Bantu klien kembali pada posisi nyaman (sesuai kondisi klien)
- m. Simpan termometer pada tempatnya dengan cara:
 - Cuci termometer menggunakan sabun dibawah air mengalir (untuk termometer air raksa) dan keringkan termometer menggunakan kasa kering. Turunkan air raksa dengan gerakan mengibaskan, sampai angka 35°
 - Untuk termometer digital, usap ujung termometer dengan alkohol swap, kemudian tunggu hingga kering.
- n. Lepaskan sarung tangan, yas dan masker
- o. Cuci tangan

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Mubarak, dkk. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
Rosdahl., Kowalski. (2015). Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Volume 3. Jakarta: EGC.

Vaughans. (2013). Keperawatan Dasar. Yogyakarta: Rapha Publishing.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

MENGHITUNG PERNAFASAN

TANGGAL DIKELUARKAN :

AREA: Keperawatan Dasar II

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DEFINISI

Pernafasan adalah mekanisme tubuh menggunakan pertukaran udara antara atmosfer dengan darah serta darah dengan sel. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

Menghitung pernafasan adalah menghitung jumlah nafas dalam satu menit, ketika klien sekali inspirasi dan ekspirasi dihitung 1 kali pernafasan.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kelangsungan hidup manusia bergantung pada kemampuan oksigen (O_2) untuk mencapai sel-sel tubuh dan karbon dioksida (CO_2) dikeluarkan dari sel. Pernapasan termasuk ventilasi (pergerakan udara masuk dan keluar dari paru), difusi (pergerakan oksigen dan karbondioksida antara alveoli dan sel darah merah) dan perfusi (distribusi sel darah merah ke dan dari kapiler paru). Semua dapat dikaji secara tunggal. Frekuensi, kedalaman, dan irama gerakan ventilasi menandakan kualitas dan efisiensi ventilasi. Tes diagnostik yang mengukur kadar O_2 dan CO_2 dalam darah arteri memberikan informasi yang berguna tentang difusi maupun perfusi.

Pusat sistem pernapasan dalam batang otak mengatur kontrol involunter pernapasan. Orang dewasa normalnya bernafas dengan halus dan tidak ada interupsi, 10 sampai 20 kali permenit. Ventilasi diatur oleh kadar O_2 , CO_2 , dan konsentrasi ion hidrogen (pH) dalam pernapasan di otak meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan di otak meningkatkan frekuensi dan kedalaman bernapas. Usaha ventilasi yang meningkat mengeluarkan kelebihan CO_2 selama ekshalasi, hiperkarbia, kelebihan O_2 , kronik dalam darah arteri dapat menekan ventilasi. Kemoreseptor pada arteri karotid dan aorta sensitif terhadap hipoksemia atau kadar O_2 arteri rendah. Jika kadar oksigen arteri turun, reseptor ini memberi tanda pada otak untuk meningkatkan frekuensi dan kedalaman ventilasi. Hipoksemia membantu mengontrol ventilasi pada klien dengan penyakit paru kronik. Hiperkarbia konstan pada klien dengan penyakit paru kronik. Sekali kadar CO_2 yang naik gagal meningkatkan frekuensi dan kedalaman bernapas, hipoksemia juga ada pada klien ini, menjadi stimulus yang meningkatkan ventilasi. Oleh karena kadar O_2 arteri memberi stimulus yang memungkinkan klien untuk bernapas, pemberian oksigen kadar tinggi dapat menjadi fatal bagi klien dengan penyakit paru kronik. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

C. TUJUAN

1. Untuk mengetahui status kondisi pernapasan pasien
2. Untuk menentukan tindakan selanjutnya apabila kondisi pernapasan pasien tidak normal

D. INDIKASI TINDAKAN

Semua kondisi pasien

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Frekuensi pernapasan
2. Kedalaman pernapasan
3. Irama pernapasan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Arloji yang ada detiknya
 - 2) Buku catatan
 - 3) Alat tulis
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Atur posisi klien nyaman mungkin
 - c. Letakkan tangan perawat di dada atau perut klien
 - d. Hitung pernapasan (waktu inspirasi – ekspirasi dihitung satu kali) pada daerah dada atau perut klien selama satu menit, dapat dengan posisi duduk ataupun berbaring.
 - e. Selama dihitung pernapasannya klien jangan diajak berbicara.
 - f. Sambil menghitung pernapasan, amati :
 - Kedalaman pernapasan
 - Irama pernapasan
 - Bunyi pernapasan
 - g. Catat hasil pada buku catatan yang telah tersedia.
 - h. Alat dibereskan
 - i. Lepaskan yas dan masker
 - j. Perawat cuci tangan.
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan jumlah respirasi dalam satu menit

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

1. Mubarak Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. (2015). "Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar". Buku 1. Jakarta: Salemba Medika.
2. Potter, Perry. (2000). "Buku Saku Keterampilan Dan Prosedur Dasar". Edisi 3. Jakarta: EGC.
3. Rebeiro Geraldine, Leanne Jack, Natashia Scully, Damian Wilson. (2015). "Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis". Singapura: Elsevier.
4. Rosdahl Caroline Bunker, Mary T, Kowalski. (2014). "Buku Ajar Keperawatan Dasar". Edisi 10. Volume 2. Jakarta: EGC.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERING
PROCEDURE**

KODE

MENGUKUR TEKANAN DARAH

TANGGAL DIKELUARKAN :

AREA: Keperawatan Dasar II

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Tekanan darah merupakan kekuatan lateral pad dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015)
Mengukur Tekanan Darah adalah melakukan tindakan untuk mengetahui tekanan darah baik sistol maupun diastol dengan menggunakan spignomanometer. (Rosdahl Caroline Bunker, Mary T, Kowalski, 2014).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Tekanan sistemik atau arteri darah, tekanan darah dalam sistem arteri tubuh, adalah indikator yang baik tentang kesehatan kardiovaskuler. Aliran darah mengalir pada sirkulasi karena perubahan tekanan. Darah mengalir dari daerah yang tekanannya tinggi ke tekanan rendah. kontraksi jantung mendorong darah dengan tekanan tinggi ke aorta. Puncak dari tekanan maksimum ejeksi terjadi adalah tekanan darah sistolik. Pada saat ventrikel rileks, darah yang tetap dalam arteri menimbulkan tekanan diastolik minimum. Tekanan diastolik adalah tekanan minimal yang mendesak dinding arteri setiap waktu. Unit standar untuk pengukuran tekanan darah adalah milimeter air raksa (mmHg). (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015).
Tekanan di dalam aorta pada saat ventrikel kiri berkontraksi disebut sistole dengan tekanan normal sekitar 120 mmHg pada orang dewasa. Tekanan minimal yang ditimbulkan terhadap dinding arteri disebut tekanan diastolik dengan tekanan normal sekitar 80mmHg. (Rosdahl Caroline Bunker, Mary T, Kowalski, 2014).

C. TUJUAN

1. Untuk mengetahui status tekanan darah klien
2. Untuk mengetahui MAP
3. Untuk mengamati dan mempelajari pengaruh posisi tubuh terhadap tekanan darah.
4. Untuk menilai sistem kardiovaskuler klien.

D. INDIKASI TINDAKAN

Semua kondisi pasien

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Tempat pemasangan manset alat *spignomanometer*

2. Posisi klien saat pemeriksaan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:

- a. Persiapan diri perawat
- b. Verifikasi program
- c. Persiapan alat
 - 1) Baki berisi :
 - a) Tensi meter atau spignomanometer
 - b) Stekoskop
 - c) Buku catatan
 - d) Alat tulis
 - 2) Alat pelindung diri : yas dan masker
- d. Persiapan lingkungan

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
- c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat cuci tangan
- b. Kenakan yas dan masker
- c. Atur posisi klien nyaman mungkin bisa duduk atau berbaring telentang.
- d. Singsingkan lengan baju klien
- e. Pasang manset 2,5 cm diatas fossa cubiti, jangan terlalu erat dan terlalu longgar dan letakkan tensi meter dalam posisi datar.
- f. Tempatkan manometer dekat dengan kita dan sejajar mata, tutup sekrup balon karet, kemudian buka kunci reservoir.
- g. Raba nadi radialis atau nadi brakhialis, kemudian pompa balon sampai nadi tersebut tidak teraba lagi, langkah ini digunakan untuk mencari sistolik palpatoir.
- h. Buka sekrup balon perlahan – lahan sampai udara dimanset habis.
- i. Tunggu 30 detik, kalau perlu lengan yang dipasang manset diangkat keatas supaya darah kembali ke jantung.
- j. Kencangkan sekrup balon, kemudian letakkan stetoskop diatas nadi brakhialis, pasang bagian earpiece pada telinga, kemudian pompa balon perlahan – lahan sampai nadi tidak terdengar (atau sampai pada hasil pengukuran dengan palpasi/sistolik palpatoir)
- k. Tambahkan pompa balon 20 - 30 mm Hg diatas tekanan sistolik palpatoir untuk menghindari auskultasi gap.
- l. Kendorkan manset dengan membuka sekrup perlahan-lahan dengan kecepatan 2-3 mm Hg perdenyut, sambil melihat skala dan mendengarkan bunyi detak pertama terdengar yang dikenal sebagai systole dan detak terakhir yaitu sebagai diastole, kendorkan sampai angka nol.
- m. Bila hasilnya meragukan dan perlu diulang tunggu selama 30 detik, kemudian tangan diluruskan, tutup sekrup balon, ulangi langkah k s/d m.
- n. Lepaskan manset dan keluarkan udara yang masih tertinggal, lalu gulung dan letakkan ke dalam tensimeter.
- o. Catat hasil pada buku catatan yang telah disediakan.
- p. Rapikan klien
- q. Kembalikan alat-alat pada tempatnya.

- r. Lepaskan yas dan masker
 - s. Perawat cuci tangan.
4. Tahap Terminasi:
- a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan respon pasien dan tekanan darah yang di dapat
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

1. Mubarak Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. (2015). "Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar". Buku 1. Jakarta: Salemba Medika.
2. Potter, Perry. (2000). "Buku Saku Keterampilan Dan Prosedur Dasar". Edisi 3. Jakarta: EGC.
3. Rebeiro Geraldine, Leanne Jack, Natashia Scully, Damian Wilson. (2015). "Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis". Singapura: Elsevier.
4. Rosdahl Caroline Bunker, Mary T, Kowalski. (2014). "Buku Ajar Keperawatan Dasar". Edisi 10. Volume 2. Jakarta: EGC.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Range Of Motion

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Range of Motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2006). ROM adalah segenap gerakan sendi yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. Rom dilakukan oleh perawat, pasien, atau anggota keluarga dengan menggerakkan tiap-tiap sendi secara penuh jika memungkinkan tanpa menyebabkan rasa nyeri (Mubarak, dkk 2014).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mobilisasi diperlukan seseorang untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, khususnya penyakit degenerative, dan untuk aktualisasi diri. Lingkup mobilisasi sendiri, mencakup *exercise* atau *range of motion*, ambulansi, *body mechanic* (Kozier, 2004).

C. TUJUAN (Mubarak, dkk, 2014)

1. Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktifitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernapasan menjadi lebih kuat
4. Mempertahankan tonus otot, memelihara dan meningkatkan pergerakan dari persendian
5. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian
6. Melatih ambulansi

D. INDIKASI TINDAKAN

Indikasi pelaksanaan ROM adalah pasien dengan *bed rest* total di tempat tidur dalam jangka waktu yang lama, pasien yang setelah imobilisasi karena suatu keadaan tertentu (Mubarak, dkk 2014).

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Trombus/ emboli dan peradangan pada pembuluh darah
2. Kelainan sendi atau tulang
3. Klien fase imobilisasi karena penyakit jantung
4. Trauma baru dengan kemungkinan ada fraktur tersembunyi atau luka dalam

5. Nyeri berat

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Gerakan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
2. ROM tidak boleh dilakukan apabila respon pasien atau kondisinya membahayakan.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Alat tulis
 - 2) Alat Pelindung Diri (bila perlu)
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat mencuci tangan.
 - b. Spina servical
 - 1) Fleksi: menggerakkan dagu menempel ke dada rentang 45° .
 - 2) Ekstensi: mengembalikan kepala ke posisi tegak rentang 45° .
 - 3) Hiperekstensi: menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin rentang 10° .
 - 4) Fleksi lateral: memiringkan kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler 190° .
 - 5) Rotasi: memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler 180° .
 - c. Bahu
 - 1) Fleksi: menaikkan lengan dari posisi samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala rentang 180° .
 - 2) Ekstensi: mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh 180° .
 - 3) Hiperekstensi: menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus 45° - 60° .
 - 4) Abduksi: menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala 180° .
 - 5) Adduksi: menurunkan lengan ke samping menyilangkan tubuh sejauh mungkin rentang 320° .
 - 6) Rotasi dalam: dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang rentang 90° .
 - 7) Rotasi luar: dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan sampai kepala rentang 90° .
 - 8) Sirkumduksi: menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh (sirkumduksi adalah kombinasi semua gerakan sendi ball – and – socket) rentang 360° .
 - d. Siku
 - 1) Fleksi: menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu rentang 150° .

- 2) Ekstensi: meluruskan siku dengan meluruskan tangan rentang 150° .
- e. Lengan bawah
 - 1) Supinasi: memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas rentang $70^{\circ} - 90^{\circ}$.
 - 2) Pronasi: memutar lengan bawah sehingga lengan bawah menghadap ke bawah rentang $70^{\circ} - 90^{\circ}$.
- f. Pergelangan tangan
 - 1) Fleksi: menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah $80^{\circ} - 90^{\circ}$.
 - 2) Ekstensi: menggerakkan jari – jari sehingga jari – jari tangan dan lengan bawah berada dalam arah yang sama rentang $80^{\circ} - 90^{\circ}$.
 - 3) Hiperekstensi: membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin sama rentang $80^{\circ} - 90^{\circ}$.
 - 4) Abduksi (fleksi radial): menekuk pergelangan tangan miring (medial) ke ibu jari sampai 30° .
 - 5) Adduksi (fleksi ulnar): menekuk pergelangan tangan miring (lateral) ke arah lima jari $30^{\circ} - 50^{\circ}$.
- g. Jari – jari tangan
 - 1) Fleksi: membuat genggam 90° .
 - 2) Ekstensi: meluruskan jari – jari tangan rentang 90° .
 - 3) Hiperekstensi: menggerakkan jari – jari tangan ke belakang sejauh mungkin rentang $30^{\circ} - 60^{\circ}$.
 - 4) Abduksi: meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lain rentang 30° .
 - 5) Adduksi: merapatkan kembali jari – jari tangan 30° .
- h. Ibu jari pelana
 - 1) Fleksi: menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan rentang 90° .
 - 2) Ekstensi: menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan 90° .
 - 3) Abduksi: menjauhkan ibu jari ke samping (biasa dilakukan ketika jari – jari tangan abduksi dan adduksi) 30° .
 - 4) Adduksi: menggerakkan ibu jari kedepan tangan 30° .
 - 5) Oposisi: menyentuh ibu jari ke setiap jari – jari pada tangan yang sama rentang 30° .
- i. Pinggul
 - 1) Fleksi: menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas rentang $90^{\circ} - 120^{\circ}$.
 - 2) Ekstensi: menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain $90^{\circ} - 120^{\circ}$.
 - 3) Hiperekstensi: menggerakkan tungkai ke belakang tubuh $30^{\circ} - 50^{\circ}$.
 - 4) Abduksi: menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh $30^{\circ} - 50^{\circ}$.
 - 5) Adduksi: menggerakkan tungkai kembali ke posisi medial dan melebihi jika mungkin rentang 90° .
 - 6) Rotasi dalam: memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain.
 - 7) Rotasi luar: memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai yang lain rentang 90° .
 - 8) Sirkumduksi: menggerakkan tungkai melingkar.
- j. Lutut
 - 1) Fleksi: menggerakkan tumit ke arah belakang paha rentang $120^{\circ} - 130^{\circ}$.
 - 2) Ekstensi: mengembalikan tungkai ke lantai rentang $120^{\circ} - 130^{\circ}$.
- k. Mata kaki
 - 1) Dorsofleksi: menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke atas $20^{\circ} - 30^{\circ}$.
 - 2) Plantar fleksi: menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke bawah $45^{\circ} - 50^{\circ}$.
- l. Kaki
 - 1) Inversi: memutar telapak kaki ke samping dalam (medial) rentang 10° atau

- kurang.
- 2) Memutar telapak kaki ke samping luar rentang 10° atau kurang.
- m. Jari – jari kaki
 - 1) Fleksi: melengkungkan jari – jari kaki ke bawah rentang 30° - 60° .
 - 2) Ekstensi: meluruskan jari – jari kaki rentang 30° - 60° .
 - 3) Abduksi: meregangkan jari – jari kaki satu dengan yang lainnya 15° atau kurang.
 - 4) Adduksi: merapatkan kembali bersama – sama rentang 15° atau kurang.
- 3) Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 4) Dokumentasi:
 - a. Nama tindakan : Melakukan ROM klien
 - b. Waktu Pelaksanaan :
 - c. Respon klien :
- 5) Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Potter, Patricia A & Perry, Anne Griffin (2006). Buku ajar fundamental keperawatan. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2014. Buku ajar ilmu keperawatan dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Kozier, B.. 2004. *Fundamental of Nursing : Concepts, Process, and Practice &th Edition*. New Jersey : Prentice Hall.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Membantu posisi *semi fowler*

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Posisi semi fowler kepala dan tubuh di tinggikan 15 – 45 derajat (Kozier, dkk, 2009). Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan klien (Uliyah & Hidayat, 2008).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem sistem pernafasan di dalam tubuh. Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf dalam mempertahankan keseimbangan. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot.

Penggunaan mekanisme tubuh yang benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbul kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal dan risiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktiva manusia. Mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mendukung kesehatan dan mencegah kecatatan. Faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi adalah: sistem kesehatan, nutrisi, emosi, situasi dan kebiasaan, gaya hidup dan pengetahuan. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

C. TUJUAN

1. Meningkatkan rasa nyaman
2. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru
3. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap.

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Pada klien yang mengalami gangguan pernapasan
2. Pada klien yang mengalami imobilisasi
3. Pada klien dengan masalah jantung

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien post operasi dengan general anestesi

2. Klien dengan fraktur tulang pelvis,
3. Klien dengan post op abdomen
4. Klien dengan fraktur tulang belakang

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Pada saat menempatkan pasien di tempat tidur, pertahankan agar kasur yang digunakan dapat mendukung tubuh dengan baik
2. Yakinkan bahwa alas tidur tetap bersih dan kering, karena alas tidur yang kotor dan lembab akan meningkatkan terjadinya ulkus dekubitus.
3. Jangan meletakkan satu bagian tubuh di atas bagian tubuh yang lain, terutama dengan daerah penonjolan tulang.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Digital
 - a) Bantal 2 buah
 - b) Guling 1 buah
 - 2) Manual
 - a) Registen atau Bantal 4 buah
 - b) Guling 1 buah
 - d. Sarung tangan b/p
 - e. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan gunakan sarung tangan bila perlu
 - b. Baringkan klien pada posisi terlentang dengan kepalanya dekat pada papan
 - c. Tinggikan kepala tempat tidur 15-45°.
 - d. Letakkan bantal di bawah kepala klien
 - 1) Digital
 - a) Pastikan aliran listrik menyambung ke tempat tidur
 - b) Atur posisi pasien 15- 45 °
 - 2) Manual
 - a) Gunakan bantal untuk menyangga tangan dan lengan klien apabila klien tidak mempunyai kontrol volunter
 - e. Letakkan bantal diatas kepala dan punggung bawah klien
 - f. Letakkan guling di bawah paha klien.
 - g. Lepas sarung tangan
 - h. Cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan

- c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
- a. Nama tindakan : Membantu posisi semi fowler
 - b. Waktu Pelaksanaan :
 - c. Respon klien :
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Kozier, dkk. 2009. Buku ajar praktik keperawatan klinis. Jakarta : EGC.
- Kustanti, Yulia Suparmi. 2008. *Panduan Praktik kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta: PT Citra Parama.
- Uliyah, Musrifatul & A.Aziz Alimul Hidayat. 2008. *Praktikum keterampilan dasar praktik klinik : aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, A. dan Perry, Anne G 2010. *Fundamental Keperawatan Buku 3 edisi 7*. Singapore : Elsevier.
- Mubarak, W.I., Indrawati, L., Susanto, J. (2015) Buku 1. Buku Ajar Ilmu Keperawatan dasar. Jakarta: Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Membantu posisi *fowler*

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan, (Uliyah & Hidayat, 2008). Membantu posisi fowler adalah tindakan untuk memberikan posisi klien dimana kepala dan tubuh di tinggikan 45 – 90 derajat.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernafasan pasien, (Uliyah & Hidayat, 2008). Fowler dapat mengacu pada posisi duduk dengan fleksi lutut (Kozier dkk, 2009).

C. TUJUAN

1. Meningkatkan rasa nyaman
2. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru
3. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap.

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Pada klien yang mengalami gangguan pernapasan
2. Pada klien yang mengalami imobilisasi
3. Pada klien dengan masalah jantung

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien post operasi dengan general anestesi
2. Klien dengan fraktur tulang pelvis,
3. Klien dengan post op abdomen
4. Klien dengan fraktur tulang belakang

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Pada saat menempatkan pasien di tempat tidur, pertahankan agar kasur yang digunakan dapat mendukung tubuh dengan baik
2. Yakinkan bahwa alas tidur tetap bersih dan kering, karena alas tidur yang kotor dan lembab akan meningkatkan terjadinya ulkus dekubitus.
3. Jangan meletakkan satu bagian tubuh di atas bagian tubuh yang lain, terutama dengan daerah penonjolan tulang.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:

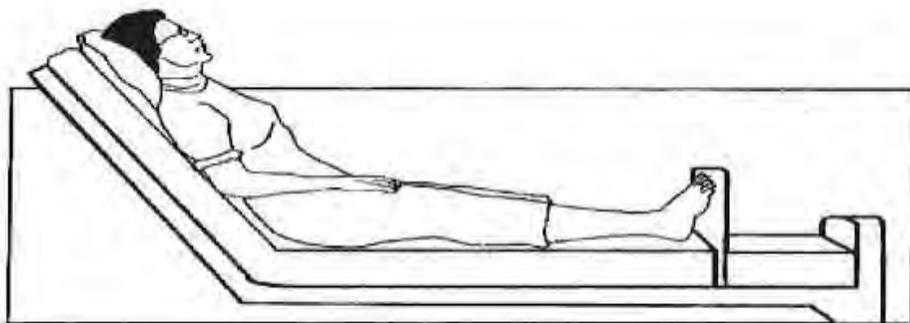
- a. Persiapan diri perawat
- b. Verifikasi program
- c. Persiapan alat
 - 1) Digital
 - a) Bantal 2 buah
 - b) Guling 1 buah/papan penahan
 - 2) Manual
 - a) Registen atau Bantal 4 buah
 - b) Guling 1 buah/papan penahan
- d. Sarung tangan b/p
- e. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat cuci tangan gunakan sarung tangan bila perlu
- b. Baringkan klien pada posisi terlentang dengan kepalanya dekat pada papan
- c. Tinggikan kepala tempat tidur 45 – 90°.
- d. Letakkan bantal di bawah kepala klien
 - 1) Digital
 - a) Pastikan aliran listrik menyambung ke tempat tidur
 - b) Atur posisi pasien 15- 45°
 - 2) Manual
 - a) Gunakan bantal untuk menyangga tangan dan lengan klien apabila klien tidak mempunyai kontrol volunter
- e. Letakkan bantal diatas kepala dan punggung bawah klien.
- f. Letakkan guling di bawah paha klien/papan penahan.



Gambar 8-1 Posisi fowler

Sumber: Belland dan Wells 1986

Dikutip dari Uliyah, Musrifatul & Hidayat, 2008

- g. Lepas sarung tangan
- h. Cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
 - a. Nama tindakan : Membantu posisi semi fowler
 - b. Waktu Pelaksanaan :
 - c. Respon klien :

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier, dkk. 2009. Buku ajar praktik keperawatan klinis. Jakarta : EGC.

Kustanti, Yulia Suparmi. 2008. *Panduan Praktik kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta: PT Citra Parama.

Uliyah, Musrifatul & Hidayat, A.A.A., 2008. *Praktikum keterampilan dasar praktik klinik : aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.

Potter, A. dan Perry, Anne G 2010. *Fundamental Keperawatan Buku 3 edisi 7*. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memberikan posisi lateral/ miring

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Posisi lateral adalah posisi miring dimana pasien bersandar ke samping dengan sebagian besar berat tubuh pada pinggul dan bahu (Kozier, dkk, 2009).
Memberikan posisi lateral / miring adalah suatu prosedur mengubah posisi pasien dari posisi sebelumnya menjadi posisi lateral / miring.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Tindakan merefleksikan pinggul dan lutut yang berada di atas serta menempatkan tungkai ini di depan tubuh membentuk dasar tumpuan berbentuk segitiga yang lebih lebar sehingga mencapai stabilitas yang lebih baik. Semakin fleksi pinggul dan lutut yang berada di atas, semakin besar stabilitas dan keseimbangan semakin baik pada posisi ini (Kozier, dkk,2009).

C. TUJUAN

1. Meningkatkan rasa nyaman
2. Mempertahankan body alignment
3. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
4. Mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap.

D. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Pada klien dengan gangguan pernafasan (pemasangan Trakeostomi / TT)

E. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Pada saat menempatkan pasien di tempat tidur, pertahankan agar kasur yang digunakan dapat mendukung tubuh dengan baik

F. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 1. Bantal 2 atau 3 buah
 2. Guling 1 buah
 3. Sarung tangan bila perlu
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu, jendela dan gordin

2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Baringkan klien pada posisi telentang di tengah tempat tidur
 - c. Miringkan klien dalam posisi lateral/ tidur di salah satu sisi tubuh
 - d. Letakkan bantal di bawah kepala klien
 - e. Tempatkan bantal sejajar punggung
 - f. Tempatkan ½ bantal di bawah kaki atas klien. Bantal harus mendukung kaki dari lipat paha ke kaki
 - g. Rapiakan klien dan lingkungan klien
 - h. Membuka tirai, jendela dan pintu
 - i. Lepas sarung tangan dan cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
 - a. Nama tindakan : Memberikan posisi lateral
 - b. Waktu Pelaksanaan :
 - c. Respon klien :

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

G. SUMBER REFERENSI

- Kozier, dkk. 2009. Buku ajar praktik keperawatan klinis. Jakarta : EGC.
- Uliyah, Musrifatul & A.Aziz Alimul Hidayat. 2008. Praktikum keterampilan dasar praktik klinik : aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, A. dan Perry, Anne G 2010. *Fundamental Keperawatan Buku 3 edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memberikan posisi *pronasi*

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Posisi pronasi adalah posisi klien tidur dalam posisi telungkup berbaring dengan wajah menghadap ke bantal. Pada posisi pronasi, klien telungkup dengan kepala dipalingkan pada satu sisi (Kozier,dkk, 2009).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Klien dengan posisi pronasi/ telungkup menyebabkan kepala dan dada menghadap ke bawah. Kepala klien sering dibalikkan ke sisi samping, tetapi jika bantal diletakkan di bawah kepala, bantal harus tipis untuk mencegah fleksi servikal atau ekstensi dan mempertahankan kesejajaran lumbal. Meletakkan bantal di bawah tungkai memungkinkan dorsofleksi pergelangan kaki dan beberapa fleksi lutut yang mendukung relaksasi.

C. TUJUAN

1. Mencegah kontraktur fleksi pada pinggul dan lutut
2. Memberikan ekstensi penuh pada persendian pinggul dan lutut
3. Membantu drainase dari mulut sehingga berguna bagi klien pascaoperasi mulut atau tenggorokan

D. INDIKASI TINDAKAN

Klien dengan post pembedahan mulut atau tenggorokan

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan gangguan daerah servikal atau tulang belakang
2. Klien dengan gangguan jantung dan pernapasan

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Posisi pronasi digunakan hanya bila punggung klien benar-benar sejajar, hanya untuk waktu yang singkat
2. Pada saat menempatkan klien di tempat tidur, pertahankan agar kasur yang digunakan dapat mendukung tubuh dengan baik
3. Yakinkan bahwa alas tidur tetap bersih dan kering, karena alas tidur yang kotor dan lembab akan meningkatkan terjadinya ulkus dekubitus.
4. Jangan meletakkan satu bagian tubuh di atas bagian tubuh yang lain, terutama dengan daerah penonjolan tulang.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Bantal 3 buah, (1 tipis dan 2 bantal biasa)
 - 2) Guling 1 buah
 - 3) Sarung tangan bila perlu
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu, jendela dan gordin
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan gunakan sarung tangan b/p
 - b. Baringkan klien pada posisi telentang di tengah tempat tidur
 - c. **Gulingkan klien dengan lengan diposisikan dekat ke tubuhnya dengan siku lurus dan tangan di atas paha.**
 - d. **Posisikan tengkurap di tengah tempat tidur yang datar**
 - e. **Palingkan kepala klien ke salah satu sisi dan sokong dengan bantal kecil. Bila banyak drainase dari mulut, maka pemanasan bantal mungkin di kontraindikasikan**
 - f. **Letakkan bantal kecil di bawah abdomen klien di bawah ketinggian diafragma.**
 - g. **Posisikan kaki pada sudut yang tepat, gunakan bantal untuk meninggikan kaki**
 - h. **Posisiskan lengan di sepanjang samping tubuh/kepala**
 - i. **Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.**
 - j. Miringkan klien dengan lengan diposisikan dekat ke tubuhnya dengan siku lurus dan tangan di atas paha. Posisikan tengkurap di tengah tempat tidur yang datar
 - k. Posisikan kepala klien ke salah satu sisi dan bokong dengan bantal (tipis) . Bila banyak drainase dari mulut, maka pemasangan bantal mungkin dikontraindikasikan
 - l. Letakkan bantal di bawah abdomen klien di bawah ketinggian diafragma.
 - m. Posisikan kaki pada sudut yang tepat, gunakan guling untuk meninggikan kaki
 - n. Buka jendela, pintu dan gordin
 - o. Lepas Sarung tangan
 - p. Cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
 - a. Nama tindakan : Memberikan posisi prone
 - b. Waktu Pelaksanaan :
 - c. Respon klien :

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier, dkk. 2009. *Buku ajar praktik keperawatan klinis*. Jakarta : EGC.

Uliyah, Musrifatul & A.Aziz Alimul Hidayat. 2008. *Praktikum keterampilan dasar praktik klinik : aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.

Potter, A. dan Perry, Anne G..2010.*Fundamental Keperawatan Buku 3 edisi 7*. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memberikan posisi SIM's

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Posisi SIM's adalah posisi miring ke kanan atau ke kiri. (Uliyah & Hidayat, 2008). Memberikan posisi SIM's adalah suatu tindakan untuk memberikan posisi miring untuk kenyamanan klien.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem sistem pernafasan di dalam tubuh. Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf dalam mempertahankan keseimbangan. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot.

Penggunaan mekanisme tubuh yang benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbul kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal dan risiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktiva manusia. Mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mendukung kesehatan dan mencegah kecatatan. Faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi adalah: sistem kesehatan, nutrisi, emosi, situasi dan kebiasaan, gaya hidup dan pengetahuan. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

C. TUJUAN

1. Mengurangi penekanan pada tulang sacrum dan trokanter mayor otot pinggang
2. Meningkatkan drainage dari mulut pasie dan mencegah aspirasi
3. Mencegah dekubitus
4. Memberikan obat melalau anus

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Memasukkan obat melalui anus (supositoria)
2. Mencegah dekubitus
3. Mengurangi penekanan pada tulang sacrum

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

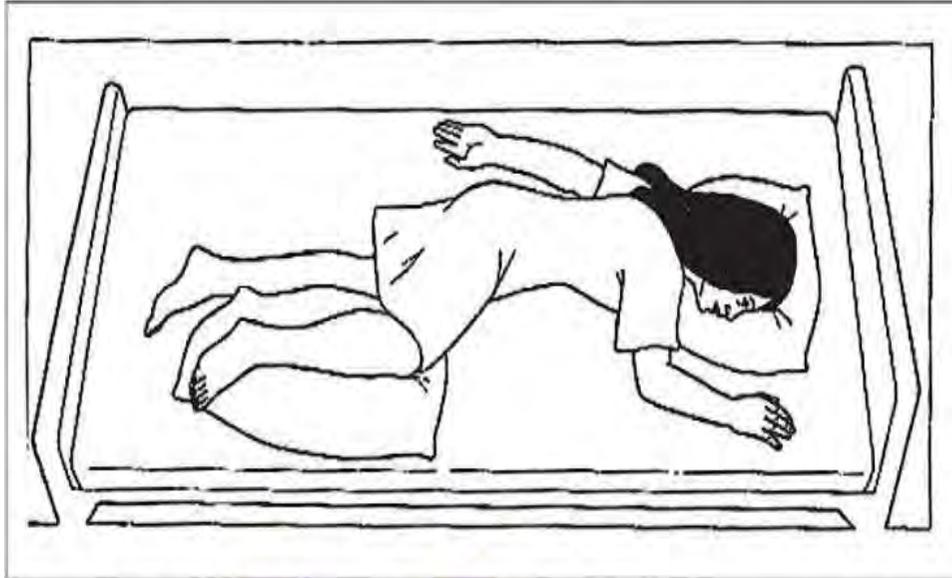
Klien dengan gangguana pernafasan,

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Kenyamanan pasien
2. Hindari terjadinya gangguan sirkulasi dan pernapasan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Bantal 3 buah, (1 tipis dan 2 bantal biasa)
 - 2) Guling 1 buah
 - 3) Sarung tangan bila perlu
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu, jendela dan gordin
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan gunakan sarung tangan b/p
 - b. **Letakkan klien berbaring dengan bagian kepala tempat tidur rata**
 - c. **Letakkan bantal kecil di bawah area belakang lumbal**
 - d. **Lekatkan bantal di bawah bahu atas, leher dan kepala**
 - e. **Letakkan trochanter rolls atau sandbags sejajar dengan permukaan lateral paha (bantal tipis)**
 - f. **Letakkan bantal tipis di bawah tumit untuk mengevaluasi tumit.**
 - g. **Tempatkan bantal lunak di bawah telapak kaki (bila perlu)**
 - h. **Letakkan bantal di bawah lengan bawah yang pronasi, mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh klien.**



Posisi sim (dengan posisi pasien miring ke kiri)

Sumber: Belland dan Wells 1986

Dikutip dari Uliyah, Musrifatul & Hidayat, 2008

- i. Cuci tangan
- j. Rendahkan tempat tidur
- k. Observasi posisi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan dan potensial adanya penekanan.

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

- a. Nama tindakan : Memberikan posisi prone
- b. Waktu Pelaksanaan :
- c. Respon klien :

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Kozier, dkk. (2009). *Buku ajar praktik keperawatan klinis*. Jakarta : EGC.
- Uliyah, Musrifatul & Hidayat. (2008). *Praktikum keterampilan dasar praktik klinik : aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, A. dan Perry, Anne G..(2010). *Fundamental Keperawatan Buku 3 edisi 7*. Singapore : Elsevier.
- Mubarak, W.I., Indrawati, L., Susanto, J. (2015) Buku 1. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan dasar*. Jakarta: Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memberikan posisi *dorsal recumbent*

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPTIF

Posisi *dorsal recumbent* adalah posisi berbaring telentang dengan kedua lutut fleksi (ditarik atau diregangkan) di atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk merawat dan memeriksa genetalia serta proses persalinan (Ardhiyanti, dkk, 2014).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem sistem pernafasan di dalam tubuh. Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf dalam mempertahankan keseimbangan. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot.

Penggunaan mekanisme tubuh yang benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbul kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal dan risiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktiva manusia. Mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mendukung kesehatan dan mencegah kecatatan. Faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi adalah: sistem kesehatan, nutrisi, emosi, situasi dan kebiasaan, gaya hidup dan pengetahuan. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

C. TUJUAN

1. Mempermudah proses perawatan dan pemeriksaan genetalia
2. Mempermudah proses persalinan
3. Pemasangan katheter pada wanita

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Pasien yang akan melakukan perawatan dan pemeriksaan genetalia
2. Pasien yang akan melakukan persalinan
3. Pasien dengan pemeriksaan pada bagian pelvic, vagina dan anus

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan keterbatasan dalam menekuk lutut
2. Klien dengan fraktur ekstremitas bawah

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Pada saat menempatkan pasien di tempat tidur, pertahankan agar kasur yang digunakan dapat mendukung tubuh dengan baik

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Bantal 1 buah
 - 2) Bantal tipis 2 buah
 - 3) Sarung tangan bila perlu
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, tutup pintu, jendela dan gordin
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan dan sarung tangan, bila perlu
 - b. Tutup pintu, jendela dan gordin
 - c. Letakkan klien berbaring dengan bagian kepala tempat tidur rata
 - d. Pasang bantal tipis di bawah kepala dan leher
 - e. Pakaian bawah klien di lepas (jika mau dilakukan pemeriksaan genitalia/pemasangan kateter)
 - f. Lutut di tekuk, regangkan kedua kaki menghadap tempat tidur dan regangkan kedua kaki.
 - g. Pasang selimut
 - h. Perawat melepaskan sarung tangan
 - i. Buka gordin, jendela dan pintu.
 - j. Baringkan klien pada posisi telentang di tengah tempat tidur
 - k. Letakkan bantal di bawah kepala
 - l. Pakaian bawah dibuka apabila akan melakukan perawatan dan pemeriksaan genitalia
 - m. Tekuk lutut, renggangkan paha klien, dan telapak kaki menghadap ke tempat tidur (rata dengan tempat tidur) dan renggangkan kedua kaki
 - n. Pasang selimut untuk tetap menjaga privasi klien
 - o. Buka jendela, pintu dan gordin
 - p. Lepas sarung tangan
 - q. Cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:

- a. Nama tindakan : Memberikan posisi *dorsal recumbent*
- b. Waktu Pelaksanaan :
- c. Respon klien :

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Ardhiyanti, Yulrina, Risa Pitriani & Ika Putri Damayanti. (2014). *Panduan Lengkap ketrampilan dasar kebidanan I*. Yogyakarta : Deepulish.
- Kozier, dkk. (2009). *Buku ajar praktik keperawatan klinis. Edisi 5* . Jakarta : EGC
- Kustanti, Yulia Suparmi. (2008). *Panduan Praktik kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta: PT Citra Parama.
- Potter, A. dan Perry, Anne G..(2010).*Fundamental Keperawatan Buku 2 edisi 7*. Singapore : Elsevier
- Mubarak, W.I., Indrawati, L., Susanto, J. (2015) Buku 1. Buku Ajar Ilmu Keperawatan dasar. Jakarta: Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Membantu Klien Duduk

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIFTIF

Membantu klien duduk adalah kegiatan guna membantu pemenuhan kebutuhan mobilisasi klien. (Kozier, 2009)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar. (Kozier,2009)

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan , minum, dan lain sebagainya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem sistem pernafasan di dalam tubuh. Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf dalam mempertahankan keseimbangan. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot.

Penggunaan mekanisme tubuh yang benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbul kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal dan risiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktiva manusia. Mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mendukung kesehatan dan mencegah kecatatan. Faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi adalah: sistem kesehatan, nutrisi, emosi, situasi dan kebiasaan, gaya hidup dan pengetahuan. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

C. TUJUAN

1. Memfasilitasi penggunaan kelompok otot yang tepat secara aman dan efisien guna menjaga keseimbangan
2. Mengurangi energy yang diperlukan
3. Menurunkan keletihan
4. Menurunkan resiko cidera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan kelemahan otot

2. Klien dengan pertimbangan usia

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan penurunan kesadaran
2. Klien dengan trauma pada kepala karena akan menyebabkan peningkatan tekanan intra cranial

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Identifikasi integritas kulit pada daerah yang mengalami tekanan
2. Cek kesejajaran tubuh yang tepat setelah perubahan posisi

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Sarung tangan bersih
 - 2) Tempat tidur
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Kenakan yas, masker, dan sarung tangan.
 - c. Jaga privasi pasien
 - d. Tempatkan klien pada posisi terlentang
 - e. Pindahkan semua bantal
 - f. Tinggikan bagian kepala tidur
 - g. perawat menghadap ketempat tidur
 - h. tempatkan kaki meregang dngan satu kaki lebih dekat ketempat tidur di banding kaki yang lain
 - i. tempatkan tangan yang lain di permukaan tempat tidur
 - j. angkat klien ke posisi duduk dengan menindahkan berat badan perawat dari kaki depan ke kaki belakang.
 - k. Dorong dengan arah berlawanan tempat tidur dengan menggunakan lengan yang di tempatkan di tempat tidru
 - l. Turunkan bagain kepala tempat tidur
 - m. Rapiakan pasien, jika pasien belum kuat kembalikan ke posisi semula
 - n. Perawat melepas APD dan cuci tangan.
 - o. tangan (sesuaikan dengan setting ruangan)
 - p. Atur tempat tidur
 - 1) atur bagian kepala tempat tidur pada posisi datar
 - 2) naikan tempat tidur setinggi pusat gravitasi anda/setinggi yang dapat ditoleransi klien
 - 3) kunci semua roda tempat tidur dan naikan pagar tempat tidur pada sisi yang jauh dari anda
 - 4) pindahkan semua bantal

- q. Baringkan klien pada posisi miring menghadap anda pada sisi tempat tidur dimana pasien akan duduk.
- r. Berdirilah pada posisi berlawanan dari pinggul klien
- s. Berputarlah ke arah diagonal sehingga anda menghadap klien dari sudut sudut tempat tidur yang terjauh
- t. Rentangkan kaki anda dengan kaki lebih dekat ke kepala tempat tidur didepan kaki yang lain
- u. Letakkan lengan yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah wahu klien, sanggalah kepala dan lehernya
- v. Letakkan lengan anda yang lain diatas paha klien
- w. Pindahkan tungkai bawah klien dan kaki diatas tempat tidur
- x. Putar ke arah tungkai belakang anda, memungkinkan tungkai atas klien terjantai ke lantai
- y. Pada saat yang bersamaan pindahkan berat badan anda ke tungkai belakang dan tinggikan klien
- z. Tetaplah berada didepan klien sampai klien mencapai keseimbangan kembali
- aa. Pastikan klien merasa nyaman dengan posisi yang anda berikan
- ab. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier, dkk. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis . ed. 5. Jakarta : EGC.

Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.

Potter, Perry. 2010. Fundamental Keperawatan. Buku 3. Ed. 7. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Membantu pasien berdiri

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: *Tuliskan divisi keperawatan*

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan Dasar

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan obyek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Berman, 2009).

Salah satu tugas perawat dalam mekanika tubuh adalah membantu pasien berdiri.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem sistem pernafasan di dalam tubuh. Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf dalam mempertahankan keseimbangan. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot.

Penggunaan mekanisme tubuh yang benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbul kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal dan risiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktiva manusia. Mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mendukung kesehatan dan mencegah kecatatan. Faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi adalah: sistem kesehatan, nutrisi, emosi, situasi dan kebiasaan, gaya hidup dan pengetahuan. (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015)

C. TUJUAN

1. Mencegah cedera punggung pada perawat
2. Mencegah pasien cedera/ jatuh

D. INDIKASI TINDAKAN

1. *Pasien dengan kelemahan fisik*
2. *Pasien tirah baring*
(Fletcher(2005) dalam Potter (2009))

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Pasien tidak sadar
2. Pasien yang diimobilisasikan

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Keadaan pasien: TTV, pucat, pusing

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat: APD (yas, masker, sarung tangan) bila perlu
 - d. Persiapan lingkungan

2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan.
 - b. Kenakan yas, masker, dan sarung tangan.
 - c. Jaga privasi pasien.
 - d. Singkirkan bantal klien dan pindahkan klien ke posisi terlentang
 - e. Tempatkan tempat tidur pada posisi datar dengan roda terkunci
 - f. Posisi menghadap kepala tempat tidur (bila perawat membantu klien, mereka berdiri pada posisi yang berlawanan
 - g. Renggangkan kaki anda dengan kaki paling dekat kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain (berdiri kuda-kuda)
 - h. Bila mungkin, minta klien untuk memfleksikan lututnya, menarik kakinya sedekat mungkin ke bokong
 - i. Instruksikan klien untuk memfleksikan leher, menekuk dagu ke depan dada
 - j. Instruksikan klien untuk membantu dalam bergerak dengan menggunakan pagar tempat tidur atau trapeze, bila ada atau dengan bergeser pada tempat tidur
 - k. Bila klien mempunyai keterbatasan pada ekstremitas atas atau imobilisasi .
Fleksikan lutut dan panggul anda, tempatkan lengan bawah anda ke tinggi tempat tidur
 - l. Tempatkan tangan anda (yang lebih dekat ke kepala tempat tidur) di bawah bahu klien dan tangan yang lain di bawah paha klien.
 - m. Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan anda dari kaki depan ke kaki belakang
 - n. Dorong dengan arah berlawanan tempat tidur dengan menggunakan lengan yang ditempatkan di tempat tidur.
 - o. Setelah pasien duduk, angkat klien sampai berdiri pada hitungan ke 3 sambil meluruskan panggul dan kaki, pertahankan lutut agak fleksi.
 - p. Pertahankan stabilitas kaki yang lemah atau sejajarkan dengan lutut anda
 - q. Rapikan pasien, jika pasien belum kuat kembalikan ke posisi semula
 - r. Perawat melepas APD dan cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan

- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5. Dokumentasi:
 - a. Waktu tindakan
 - b. Respon klien
- 6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Audrey Berman, Shirlee J. Snyder, Barbara Kozier dan Glenora Erb (2009) Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis, New Jersey: Pearson

Audrey Berman, Shirlee J. Snyder, Debra S. McKinney (2011) Nursing Basics for Clinical Practice, New Jersey: Pearson

Caroline Bunker Rosdahi, Marry T Kowalski (2012) Buku Ajar Keperawatan Dasar vol 2, Jakarta : EGC

Geraldin Rebeiro, Leanne Jack, Natashia Scully, Damian Wilson (2015), Keperawatan Dasar : Manual Ketrampilan klinis, Edisi Pertama, Singapore: Elseiver

Kozier, Berman, snider, Levett-Jones, Dwyer, Hales, Harvey, Luxford, Moxham, Park, Parker, Reid-Searl, Stanley (2010), Fundamental of Nursing first edition volume three, Australia: Pearson

Mubarak, W.I., Indrawati, L., Susanto, J. (2015) Buku 1. Buku Ajar Ilmu Keperawatan dasar. Jakarta: Salemba Medika.

Patricia A Potter, Anne G Perry (2010) Fundamentals of Nursing Edisi 7 Buku 3, Singapore:Elseiver



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Membantu Klien Berjalan

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Membantu klien berjalan adalah kegiatan guna membantu pemenuhan kebutuhan mobilisasi klien dengan melatih cara berjalan setelah keadaan kesehatan tertentu .
(Kozier, 2009)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar.
(Kozier,2009)

C. TUJUAN

1. Memfasilitasi penggunaan kelompok otot yang tepat secara aman dan efisien guna menjaga keseimbangan
2. Menurunkan resiko cedera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan keterbatasan mobilisasi
2. Klien dengan kelemahan otot
3. Klien dengan pertimbangan usia
4. Klien dengan post operasi ekstremitas bawah

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan penurunan kesadaran
2. Klien dengan trauma pada kepala karena akan menyebabkan peningkatan tekanan intra cranial

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Identifikasi integritas kulit pada daerah yang mengalami tekanan
2. Cek kesejajaran tubuh yang tepat setelah perubahan posisi

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat

- 1) Sarung tangan bersih
 - 2) Yas
 - 3) Masker
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
 3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan tangan (sesuaikan dengan setting ruangan)
 - b. Kenakan yas, masker dan sarung tangan
 - c. Minta klien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan perawat.
 - d. Berdiri disamping klien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu klien
 - e. Bantu pasien berdiri lalu berjalan
 - f. Observasi respon klien saat berdiri dari tempat tidur (tanda –tanda vital, tanda hipotensi ortostatik)
 - g. Bila sudah selesai, bantu klien untuk duduk atau tidur di tempat tidur.
 - h. Perawat cuci tangan
 4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien
 6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Kozier, dkk. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis . ed. 5. Jakarta : EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, Perry. 2010. Fundamental Keperawatan. Buku 3. Ed. 7. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Membantu Klien Berjalan dengan Kruk

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Kruk adalah alat bantu untuk berjalan berbentuk seperti tongkat dimana terdapat pegangan di tengah, cara penggunaannya dengan taruh di bawah axilla untuk menopang tubuh. Membantu klien berjalan dengan kruk adalah salah satu upaya yang digunakan untuk melatih aktivitas mandiri klien dengan latihan berjalan secara bertahap menggunakan kruk. (Kozier, 2009)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengordinasikan system muskuloskeletal san system syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur, dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari. (Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015)

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi tubuh yaitu :

1. Status kesehatan
2. Nutrisi
3. Emosi
4. Situasi dan kebiasaan
5. Gaya hidup
6. Pengetahuan

(Kozier,2009)

C. TUJUAN

1. Memfasilitasi penggunaan kelompok otot yang tepat secara aman dan efisien guna menjaga keseimbangan
2. Menurunkan keletihan
3. Menurunkan resiko cedera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan keterbatasan mobilisasi
2. Klien dengan kelemahan otot

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan penurunan kesadaran
2. Klien dengan trauma vertebrae

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Privasi klien
2. Lingkungan : lantai, penerangan, barang yang ada disekitarnya
3. Keamanan alat kesehatan yang terpasang pada klien

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Kruk
 - 2) APD : sarung tangan, yas dan masker (bila perlu)
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Kenakan yas, masker dan sarung tangan (bila perlu)
 - c. Jaga privacy klien
 - d. Kaji toleransi aktivitas, kekuatan, nyeri koordinasi, kemampuan fungsional, penyakit yang diderita serta cedera.
 - e. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga
 - f. Periksa keamanan lingkungan
 - g. Tentukan tempat istirahat setelah klien selesai latihan
 - h. Minta klien untuk berdiri
 - i. Atur kesejajaran kaki dan tubuh klien
 - j. Pastikan klien memposisikan kruk pertama kali lalu posisikan kaki klien berlawanan, missal : kruk kanan dengan kaki kiri
 - k. Minta klien mengulangi urutan cara ini dengan kruk dan kaki yang lain
 - Pada gaya berjalan tiga titik, berat badan ditopang pada kaki yang tidak sakit, kemudian kedua kruk dan urutan ini dilakukan berulang-ulang. Kaki yang sakit tidak menyentuh tanah selama berjalan ditahap awal. Secara bertahap klien mulai menyentuh dan menopang berat badan secara penuh pada kaki yang sakit
 - Gaya berjalan dua titik memerlukan sebagian penopang berat disetiap kaki, setiap kruk digerakkan secara bersamaan dengan kaki yang berlawanan sehingga gerakan kruk sama dengan lengan.
 - l. Beri waktu klien untuk beristirahat saat latihan
 - m. Bila latihan selesai, perawat cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan

- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien
- 6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier, dkk. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis . ed. 5. Jakarta : EGC.
Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.
Potter, Perry. 2010. Fundamental Keperawatan. Buku 3. Ed. 7. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

**Memindahkan Klien dari Tempat Tidur
ke Kursi Roda**

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda adalah salah satu upaya yang digunakan untuk memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda guna memenuhi kebutuhan mobilitas klien (Kozier, 2009)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengordinasikan system muskuloskeletal san system syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur, dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari. (Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015)

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi tubuh yaitu :

1. Status kesehatan
2. Nutrisi
3. Emosi
4. Situasi dan kebiasaan
5. Gaya hidup
6. Pengetahuan

(Kozier,2009)

C. TUJUAN

1. Memfasilitasi penggunaan kelompok otot yang tepat secara aman dan efisien guna menjaga keseimbangan
2. Mengurangi energy yang diperlukan
3. Menurunkan keletihan
4. Menurunkan resiko cedera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan keterbatasan mobilisasi
2. Klien dengan kelemahan otot
3. Klien dengan pertimbangan usia

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan penurunan kesadaran

2. Klien dengan trauma vertebrae

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Privacy klien
2. Keamanan alat kesehatan yang terpasang pada klien
3. Posisi pasien saat mau dipindahkan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Kursi roda
 - 2) Bed
 - 3) APD : Sarung tangan bersih, yas , masker
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan tangan
 - b. Gunakan APD bila perlu
 - c. Atur peralatan dengan tepat
 - 1) rendahkan posisi tempat tidur sampai pada posisi yang terendah sehingga klien dapat menyentuh lantai. Kunci semua roda tempat tidur
 - 2) atur posisi kursi roda pada sudut 45 derajat terhadap tempat tidur. Kunci semua roda dari kursi roda
 - d. Siapkan dan kaji klien
 - 1) bantu klien ke posisi duduk di tepi tempat tidur.
 - 2) kaji klien apakah mengalami hipotensi postural sebelum memindahkannya dari tempat tidur
 - e. Pastikan bahwa klien menggunakan sepatu yang stabil dan anti selip
 - f. Rentangkan kaki perawat
 - g. Fleksikan pinggul dan lutut anda. Sejajarkan lutut anda dengan lutut klien
 - h. Angkat klien sampai berdiri pada hitungan ketiga sambil meluruskan pinggul dan kaki anda, dengan tetap mempertahankan lutut agak fleksi
 - i. Pertahankan stabilitas tungkai yang lemah atau paralisis dengan lutut.
 - j. Tumpukan pada kaki yang terjauh dari kursi
 - k. Instruksikan klien utnuk menggunakan lengan memegang kursi untuk menyokong
 - l. Fleksikan panggul dan lutut perawat sambil menurunkan klien kekursi
 - m. Kaji klien untuk kesejajaran yang tepat pada posisi duduk
 - n. Posisikan kaki klien pada sandaran kaki
 - o. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan

- c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier, dkk. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis . ed. 5. Jakarta : EGC.
Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.
Potter, Perry. 2010. Fundamental Keperawatan. Buku 3. Ed. 7. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

**Memindahkan Klien dari Kursi Roda
ke Tempat Tidur**

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DEFINISI

Memindahkan klien dari kursi roda ke tempat tidur adalah salah satu upaya yang digunakan untuk memindahkan pasien dari kursi roda ke tempat guna memenuhi kebutuhan mobilitas klien (Kozier, 2009)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengordinasikan system muskuloskeletal san system syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur, dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari. (Mubarak, Indrawati, Joko Susanto. 2015)
Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi tubuh yaitu :

1. Status kesehatan
 2. Nutrisi
 3. Emosi
 4. Situasi dan kebiasaan
 5. Gaya hidup
 6. Pengetahuan
- (Kozier,2009)

C. TUJUAN

1. Mengurangi energi yang diperlukan
2. Menurunkan keletihan
3. Menurunkan resiko cedera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan keterbatasan mobilisasi
2. Klien dengan kelemahan otot
3. Klien dengan pertimbangan usia

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan penurunan kesadaran
2. Klien dengan trauma vertebrae
3. Klien dengan trauma kapitis

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Privasi klien
2. Keamanan alat kesehatan yang terpasang pada klien
3. Posisi pasien saat mau dipindahkan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Kursi roda
 - 2) Bed
 - 3) APD : Sarung tangan bersih, yas , masker
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan tangan
 - b. Gunakan yas bila perlu
 - c. Atur peralatan dengan tepat
 - 1) rendahkan posisi tempat tidur sampai pada posisi yang terendah sehingga klien dapat menyentuh lantai. kunci semua roda tempat tidur
 - 2) letakkan kursi roda sejajar dan sedekat mungkin dengan tempat tidur. kunci semua roda dari kursi roda
 - d. Bantu klien untuk berdiri minta klien untuk :
 - 1) berdiri membelakangi kursi roda
 - 2) meletakkan kaki yang kuat dibelakang kaki yang lemah
 - 3) menjaga kaki yang lainnya tetap berada didepan
 - 4) meletakkan kedua tangan diatas lengan kursi roda atau tetap pada bahu perawat
 - 5) perawat berdiri tepat didepan klien. letakkan satu kaki didepan dan lainnya dibelakang

Dalam 3 hitungan :

- e. Minta klien untuk menggeser berat tubuhnya dengan jalan memindahkannya ke kaki bagian belakang, perawat menggeser berat tubuhnya dengan melangkah kedepan, bergerak kedepan dan duduk ditepi tempat tidur.
 - f. Bantu klien pada posisi duduk ditepi tempat tidur
 - g. Bantu klien pada posisi berbaring di tempat tidur
 - h. Pastikan klien merasa nyaman dengan posisi yang anda berikan
 - i. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien

- b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier, dkk. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis . ed. 5. Jakarta : EGC.
Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.
Potter, Perry. 2010. Fundamental Keperawatan. Buku 3. Ed. 7. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

**Memindahkan Klien dengan Menggunakan
Easy Move**

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPTIF

Easy move adalah alat pemindah pasien antar tempat tidur. (Kozier, 2009)
Memindahkan klien dengan menggunakan *easy move* adalah salah satu upaya yang digunakan untuk memindahkan pasien dari satu tempat tidur ke tempat tidur lain menggunakan alat *easy move*.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengordinasikan system muskuloskeletal san system syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur, dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari. (Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015)

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi tubuh yaitu :

1. Status kesehatan
2. Nutrisi
3. Emosi
4. Situasi dan kebiasaan
5. Gaya hidup
6. Pengetahuan

(Kozier,2009)

C. TUJUAN

1. Memfasilitasi penggunaan kelompok otot yang tepat secara aman dan efisien guna menjaga keseimbangan
2. Mengurangi energy yang diperlukan
3. Menurunkan keletihan
4. Menurunkan resiko cedera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan penurunan kesadaran
2. Klien dengan keterbatasan mobilisasi
3. Klien dengan kelemahan otot
4. Klien dengan pertimbangan usia
5. Klien post operasi yang efek anetasi belum hilang

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada kontra indikasi

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Privacy klien
2. Keamanan alat kesehatan yang terpasang pada klien
3. Posisi pasien saat mau dipindahkan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Easy move
 - 2) Bed pertama dan bed kedua
 - 3) APD : Sarung tangan bersih, yas , masker
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan.
 - b. Kenakan yas, masker dan sarung tangan.
 - c. Jaga privacy klien.
 - d. Merapatkan *bed* pertama dan *bed* kedua, pastikan kedua *bed* rapat dan terkunci untuk mencegah pasien jatuh diantara *bed*.
 - e. Selimuti pasien guna menjaga privacy pasien selama pemindahan.
 - f. Pastikan keamanan alat dan pasien bila terdapat selang atau alat medis lainnya yang terpasang saat pasien dipindahkan (misal: NGT, Infus, syring pump, dll).
 - g. Satu atau dua perawat berada di dekat *bed* pertama dan yang satu/ dua perawat lainnya berada di dekat *bed* kedua.
 - h. Miringkan pasien ke arah berlawanan dengan *bed* kedua (menghadap pada perawat yang dekat dengan *bed* pertama) dan jaga kesegaran dari kepala hingga kaki untuk meminimalkan pergerakan area kepala hingga vertebrata dan masukkan *easy move* kemudian kembalikan posisi pasien seperti semula.
 - i. Pastikan *easy move* terpasang sebagian di bawah pasien dari kepala hingga kaki.
 - j. Perawat yang dekat dengan *bed* pertama mendorong pasien ke *bed* kedua, sebaliknya perawat yang berada dekat dengan *bed* kedua menarik pasien ke *bed* kedua secara bersama – sama.
 - k. Lakukan pemindahan pasien secara hati – hati dan perhatikan kesegaran kepala dan vertebrata, minimalkan pergerakan di area tersebut.
 - l. Setelah pasien berada pada bed kedua, miringkan pasien ke arah perawat dekat bed kedua untuk mengambil *easy move*.
 - m. Rapikan pasien, kemudian pindahkan bed pertama yang sudah tidak digunakan.
 - n. Perawat melepas APD dan cuci tangan.

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Kozier, dkk. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis . ed. 5. Jakarta : EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, Perry. 2010. Fundamental Keperawatan. Buku 3. Ed. 7. Singapore : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memindahkan Klien dengan *Scoop Stretcher*

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Scoop Stretcher adalah alat yang di gunakan untuk memindahkan klien ke tempat yang lebih aman.

Memindahkan klien dengan *Scoop Stretcher* adalah salah satu upaya memindahkan klien dengan menggunakan alat bantu (Kozier,2009).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengordinasikan system muskuloskeletal san system syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur, dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari. (Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2015)

Mekanika tubuh adalah istilah yang digunakan dalam menjelaskan penggunaan tubuh yang aman, efisien, dan terkoordinasi untuk menggerakkan objek dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Elemen dalam mobilitas tubuh yaitu postur tubuh, keseimbangan serta pergerakan tubuh yang terkoordinasi. Prinsip yang digunakan dalam mobilitas tubuh adalah mengangkat, menarik dan mendorong, memutar. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi tubuh yaitu :

1. Status kesehatan
2. Nutrisi
3. Emosi
4. Situasi dan kebiasaan
5. Gaya hidup
6. Pengetahuan

(Kozier,2009)

C. TUJUAN

1. Memfasilitasi penggunaan kelompok otot yang tepat secara aman dan efisien guna menjaga keseimbangan
2. Menurunkan resiko cedera

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan keterbatasan mobilisasi
2. Klien dengan kelemahan otot

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Kesiapan perawat
2. Kondisi klien
3. Keamanan alat kesehatan yang terpasang pada klien
4. Posisi pasien saat mau dipindahkan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Masker
 - 2) Yas
 - 3) Sarung tangan
 - 4) *Scoop Stretcher*
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Kenakan yas, masker dan sarung tangan
 - c. Sesuaikan panjang *scoop stretcher* dengan tinggi pasien
 - d. Buka kunci *scoop stretcher* dan pisah menjadi dua bagian (jangan menyerahkan belahan *scoop stretcher* melalui atas pasien)
 - e. Pasang *scoop stretcher* secara bersama-sama, apabila klien gemuk dibantu dengan diposisikan miring saat memasang *scoop stretcher*, perhatikan kesegaran kepala dan vertebrata. Bila perlu beri selimut untuk menjaga privasi saat klien dipindahkan
 - f. Kunci *scoop stretcher*, pastikan klien tidak terjepit, dan pergerakan pada area kepala dan leher minimal
 - g. Pasang sabuk pengaman, perhatikan keamanan saat nanti diangkat klien tidak terjatuh
 - h. Posisi perawat yang tinggi berada di dekat kepala pasien, dan menjadi pemberi komando
 - i. Posisi kaki perawat yang jauh dengan *scoop stretcher* ditekuk (lutut menyentuh lantai)
 - j. Dengan aba-aba, angkat *scoop stretcher* secara bersama-sama, sejajar
 - 1) Aba-aba satu: tangan siap untuk mengangkat
 - 2) Aba-aba dua: mengangkat *scoop stretcher* dan meletakkan sementara di lutut masing-masing perawat
 - 3) Aba-aba ketiga: perawat berdiri bersama-sama
 - 4) Aba-aba keempat: perawat berjalan bersama-sama sesuai aba-aba komandan
 - k. Pindahkan pasien ke tempat yang dituju, jangan membawa pasien dengan cara mundur, apabila berbalik arah harus memutar
 - l. Letakkan *scoop stretcher* secara bersama-sama sesuai aba-aba dan pastikan

- keadaan *scoop stretcher* sejajar
- m. Bila sudah sampai tempat yang dituju, buka kunci *scoop stretcher* dan buka *scoop stretcher* menjadi dua bagian
 - n. Rapikan pasien
4. Tahap Terminasi:
- a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Mubarak WI, Indrawati L, Susanto J. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1 & 2. Salemba Medika: Jakarta

Kozier & Erb (2010), Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis edisi 5, EGC, Jakarta

Potter & Perry. 2010. Ketrampilan dan Prosedur Dasar. EGC: Jakarta

	DOKUMEN LEVEL STANDART OPERATING PROCEDURE	KODE
Memindah Klien dengan Diangkat		TANGGAL DIKELUARKAN : <i>Tuliskan tanggal dokumen dikeluarkan</i>
AREA: Keperawatan Dasar		NO REVISI:
Disusun Oleh Tim Divisi Keperawatan gerontik		Disahkan Oleh Ketua STIKES Bethesda
<p>A. DESKRIPSI Memindahkan klien dengan diangkat dari tempat tidur menuju brankard / kereta dorong (Kozier dkk, 2009).</p> <p>B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN Brankard/kereta dorong digunakan untuk memindahkan klien dalam posisi supine dari satu tempat ke tempat lain. Pada klien yang tidak dapat bergerak ke brankard secara mandiri, perlu adanya bantuan minimal dua orang perawat untuk memindahkan klien. Bila klien berat atau membutuhkan bantuan penuh, jumlah perawat perlu lebih dari dua orang (Mubarak dkk, 2015; Kozier dkk, 2009)</p> <p>C. TUJUAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan tindakan keperawatan tertentu yang tidak dapat di kerjaka diatas tempat tidur 2. Memnindahkan klien pada tempat yang baru <p>D. INDIKASI TINDAKAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dengan penurunan kesadaran 2. Klien dengan cedera tulang belakang <p>E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN Klien dengan berat badan berlebih (<i>overweight</i>)</p> <p>F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesiapan perawat 2. Tinggi badan perawat hampir sama 3. Kondisi klien <p>G. PROSEDUR TINDAKAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Pra Interaksi: <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan diri perawat b. Verifikasi program c. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Masker 2) Yas 3) Sarung tangan 4) Brankard 		

- d. Persiapan lingkungan: menjaga privasi klien
- 2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
- 3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Kenakan yas, masker dan sarung tangan
 - c. Atur posisi brankard pada sudut 90⁰ terhadap tempat tidur
 - d. Tiga perawat yang hamper sama tinggi berdiri bersebelahan menghadap sisi tempat tidur klien
 - e. Setiap orang bertanggungjawab untuk satu dari tiga area: kepala dengan bahu, pinggul, dan paha dengan pergelangan kaki klien
 - f. Setiap orang membuat dasar sokongan yang lebar dengan kaki terdekat brankard di depan, dengan lutut sedikit fleksi
 - g. Lengan pengangkat diletakkan di bawah kepala dengan bahu, pinggul, dan paha dengan tungkai bawah, dengan jari-jari tangan mereka terkunci melingkari sisi bagian tubuh klien yang lain
 - h. Pengangkat memutar klien kearah dada mereka
 - i. Pada hitungan ketiga, klien diangkat dan dipegang ke arah dada perawat
 - j. Pada hitungan kedua dari tiga, perawat melangkah ke belakang dan memutar ke arah brankard, memindahkan ke depan jika diperlukan
 - k. Perawat menurunkan klien secara perlahan ke tempat tidur dengan memfleksikan lutut dan pinggul mereka sampai siku mereka berada setinggi tepi brankard
 - l. Perawat mengkaji kesejajaran tubuh klien, menempatkan restrain dan meninggikan tempat tidur
 - m. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
- 4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien
- 6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. 2009. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Edisi 5. EGC: Jakarta

Mubarak WI, Indrawati L, Susanto J. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku

1. Salemba Medika: Jakarta



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Mencuci Tangan

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Mencuci tangan adalah prosedur awal dan penutup yang dilakukan perawat dalam memberikan tindakan keperawatan (Hidayat & Uliyah, 2004). Mencuci tangan merupakan suatu kegiatan untuk membersihkan tangan dari agent penyebab penyakit dengan membersihkan jari, kuku, telapak tangan hingga pergelangan tangan dilakukan dengan sabun antiseptik atau alkohol paling tidak selama 10-15 detik.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mencuci tangan merupakan tindakan yang sangat penting dan mendasar dalam mencegah dan mengendalikan infeksi. Dengan mencuci tangan dapat menghilangkan sebagian besar mikroorganisme yang ada di kulit (Hidayat & Uliyah, 2004).

C. TUJUAN

1. Menjaga kebersihan perorangan
2. Mengurangi penularan mikroorganisme
3. Mengurangi resiko terkena infeksi

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Sebelum kontak dengan klien
2. Sebelum tindakan aseptik
3. Sebelum terkena cairan tubuh pasien
4. Setelah kontak dengan pasien
5. Bersentuhan setelah kontak dengan lingkungan di sekitar klien

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Melepas semua aksesoris/ perhiasan yang dikenakan seperti : jam tangan, gelang, dan cincin

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Wastafel yang dapat diakses dengan air yang mengalir

- 2) Cairan sabun biasa atau antiseptik
 - 3) Kertas tissue atau air dryer/ handuk/ lap
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
Tidak ada
3. Tahap Kerja:
- a. Melakukan inspeksi permukaan kedua tangan terhadap adanya robekan/ sayatan di kulit atau kutikula.
 - b. Melakukan inspeksi tangan terhadap kotoran
 - c. Inspeksi keadaan kuku. Kepala kuku harus $\frac{1}{4}$ inci dari ujung kuku tidak tajam. jangan menggunakan kuku palsu atau tambahan.
 - d. Lepas jam tangan, hindari penggunaan cincin
 - e. Pembersih tangan antiseptik /*handrub*:
 - 1) Ambil Gunakan 3-5 ml sabun antiseptic
 - 2) Lakukan 6 langkah mencuci tangan selama 20-30 detik
 - f. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun antiseptic/*handwash*
 - 1) Berdiri di depan wastafel
 - 2) Alirkan air.
 - 3) Basahi tangan dan pergelangan tangan secara menyeluruh di bawah air yang mengalir.
 - 4) Tangan di beri sabun
 - 5) Lakukan 6 langkah cuci tangan selama 40-60 detik
 - g. 6 langkah mencuci tangan → sesuaikan WHO
 - 1) Tuang cairan *handrub*/*handwash* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar
 - 2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian
 - 3) Gosok sela-sela jari hingga bersih.
 - 4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci
 - 5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian
 - 6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



Gambar 1. 6 langkah mencuci tangan. RS kasih ibu Solo

4. Tahap Terminasi:
Tidak ada
5. Dokumentasi:
- a. Nama tindakan : Mencuci tangan
 - b. Waktu pelaksanaan :
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Sabar
 - c. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Hidayat, A. A. Alimul & Uliyah. 2004. Buku saku praktikum kebutuhan dasar manusia. Jakarta : EGC.

Novieastari, Enie & Supartini, Yupi. 2013. Keperawatan Dasar : manual keterampilan klinis. Australia : Elsevier.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memakai Skort/ Celemek

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Skort / celemek adalah baju penutup tubuh yang di kenakan oleh petugas kesehatan. Menggunakan skort / celemek adalah suatu tindakan menggunakan pakaian khusus dalam merawat klien guna menghindari penyebaran penularan penyakit, (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Pelindung diri

Hal penting yang harus diketahui dan dilaksanakan oleh perawat agar tidak terjadi transmisi mikroba patogen ke penderita saat mengerjakan prosedur dan tindakan medis serta perawatan (Darmadi, 2008).

C. TUJUAN

- 1) Mencegah penularan dan penyebaran penyakit.
- 2) Sebagai proteksi bagi perawat.
- 3) Mencegah kontaminasi dengan cairan tubuh klien.

D. INDIKASI TINDAKAN

Melakukan tindakan keperawatan.

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Tidak menggunakan skort/celemek keluar dari ruangan/bangsal.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Celemek
 - 2) Kantong cucian (ember tertutup)
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:

Tidak perlu

3. Tahap Kerja:
 - a. Mencuci tangan
 - b. Cek kelengkapan tali pada skort.
 - c. Menggunakan skort/celemek:
Skort / celemek di pakai kemudian talikan.
 - d. Melepaskan skort/celemek:
Buka tali dan lepaskan skort/celemek dalam posisi terbalik kemudian masukkan ke kantong cucian.
 - e. Mencuci tangan
4. Tahap Terminasi:
Tidak ada
5. Dokumentasi:
 - a. Nama tindakan : Memakai Skort/celemek
 - b. Waktu pelaksanaan :
6. Sikap:
 - a. Sabar
 - b. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Darmadi. (2008). Infeksi Nosokomial : Problematika dan pengendaliannya. Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, W.I, Indrawati, L, Susanto, J. (2015). Buku ajar ilmu keperawatan dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter Perry. (2009). Fundamentak of Nursing. Fundamental Keperawatan Buku 2, edisi 7. Jakarta: salemba Medika



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memakai Masker

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Masker merupakan alat/ perlengkapan yang menutup wajah bagian bawah, yaitu hidung, mulut, hingga rahang bawah (Darmadi, 2008). Memakai masker adalah suatu prosedur untuk menutup hidung dan mulut sebagai upaya meminimalkan penyebaran mikroorganisme dari perawat ke pasien maupun sebaliknya.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Masker dapat menahan percikan cairan/ lendir yang keluar dari lubang hidung maupun lubang mulut saat petugas bicara, batuk, maupun bersin. Masker yang ideal akan terasa nyaman dipakai oleh petugas serta mampu menahan partikel yang disebarkan/ dikeluarkan saat batuk, bersin maupun bicara (Darmadi, 2008).

C. TUJUAN

Penggunaan masker bertujuan untuk upaya mencegah penyebaran mikroorganisme dari perawat ke klien maupun sebaliknya.

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Melakukan perawatan pasien pada penyakit menular melalui udara
2. Sebagai alat pelindung diri
3. Melakukan perawatan luka

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Masker hanya dipakai satu kali, jika masker sudah lembab berarti harus diganti karena sudah tidak efektif lagi
2. Jangan menggulung masker di leher kemudian dipakai lagi

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat: masker
 - d. Persiapan lingkungan

2. Tahap Orientasi:
Tidak ada
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat mencuci tangan
 - b. Memakai masker menutupi hidung dan mulut
 - c. Menanggalkan masker, kemudian masker dilipat.
4. Tahap Terminasi:
Tidak ada
5. Dokumentasi:
 - a. Nama tindakan : Memakai Masker
 - b. Waktu pelaksanaan :
6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Darmadi. 2008. Infeksi Nosokomial : Problematika dan pengendaliannya. Jakarta : Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memakai Sarung Tangan Steril

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Memakai sarung tangan steril adalah suatu kegiatan yang melindungi klien saat melakukan tindakan invasif atau tindakan yang perlu dijaga sterilitasnya.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Hal penting yang harus diketahui dan dilaksanakan oleh perawat agar tidak terjadi transmisi mikroba patogen ke penderita saat mengerjakan prosedur dan tindakan medis serta perawatan (Darmadi, 2008). Munculnya infeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling berkaitan dalam rantai infeksi. Adanya patogen tidak berarti bahwa infeksi akan terjadi. Mikroorganisme yang tidak menimbulkan penyakit/kerusakan disebut asimtomatis. Penyakit timbul jika patogen berkembang biak dan menyebabkan perubahan pada jaringan normal. Upaya mencegah penyebaran dan perluasan infeksi, penting sekali agar kita memutus mata rantainya.

C. TUJUAN

Mencegah transmisi kuman

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Setiap prosedur bedah
2. Persalinan pervagina
3. Melakukan tindakan invasif
4. Melakukan akses dan prosedur pada pembuluh darah
5. Mempersiapkan agen kemoterapi
6. Merawat luka

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Ukuran sarung tangan sesuai dengan tangan perawat.
2. Sarung tangan hanya digunakan satu kali pakai.
3. Tidak boleh menyentuh benda/alat yang tidak steril.
4. Sarung tangan steril harus utuh, tidak robek/ berlubang.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat

- b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat: Sarung tangan steril
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
Tidak perlu
3. Tahap Kerja:
- a. Perawat mencuci tangan
 - b. Letakan set sarung tangan steril pada tempat yang bersih, kering, dan rata setinggi diatas pinggang.
 - c. Buka pembungkus sebelah luar secara hati-hati dengan hanya menyentuh bagian luar saja. Tentukan sarung tangan kanan dan kiri.



Gbr. Memasang sarung tangan steril (Suparmi, dkk, 2008)

- d. Dengan menggunakan tangan yang tidak dominan, ambil ujung sarung tangan steril yang akan di gunakan dan angkat dengan hati-hati menggunakan ujung jari, sarung tangan mengarah ke bawah. Hindarkan sarung tangan bersentuhan dengan benda yang tidak steril.



Gbr. Memasang sarung tangan steril (Suparmi, dkk, 2008)

- e. Masukkan tangan yang dominan ke dalam sarung tangan secara hati-hati dan tarik sarung tangan ke atas. Biarkan lipatan sarung tangan sampai tangan yang lainnya memakai sarung tangan juga.



Gbr. Memasang sarung tangan steril (Suparmi, dkk, 2008)

- f. Masukkan keempat jari tangan yang telah menggunakan sarung tangan ke dalam lipatan sarung tangan yang belum terpasang dan angkat sarung tangan keatas.



Gbr. Memasang sarung tangan steril (Suparmi, dkk, 2008)

- g. Masukkan tangan yang tidak dominan ke dalam sarung tangan. Atur sarung tangan yang terpasang dengan hanya menyentuh daerah yang steril saja.



Gbr. Memasang sarung tangan steril (Suparmi, dkk, 2008)

- h. Pastikan jari-jari tangan masuk ke dalam sarung tangan sesuai dengan tempatnya



Gbr. Memasang sarung tangan steril (Suparmi, dkk, 2008)

- i. Melepas sarung tangan:
- 1) Dengan menggunakan tangan yang dominan, ambil ujung sarung tangan dan lepaskan dengan cara membalikkannya sehingga daerah yang terkontaminasi ada di sebelah dalam. Pegang sarung tangan yang sudah terlepas menggunakan tangan yang dominan.
 - 2) Masukkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan ke dalam sarung tangan yang masih terpasang. Pegang bagian dalam sarung tangan dan lepaskan dengan bagian dalam sarung tangan di sebelah luar.
 - 3) Buang sarung tangan ke tempat sampah infeksius yang sudah disediakan.
- j. Mencuci tangan

4. Tahap Terminasi:
Tidak ada

5. Dokumentasi:
Nama tindakan keperawatan : Memakai sarung tangan steril
Waktu Pelaksanaan :
Respon klien :

6. Sikap:
a. Sabar
b. Sopan

5. SUMBER REFERENSI

Darmadi. (2008). Infeksi Nosokomial : Problematika dan pengendaliannya. Jakarta : Salemba Medika.

Suparmi, Y., dkk. (2008). Panduan Praktik keperawatan kebutuhan dasar manusia. Yogyakarta: Citra Aji Parama.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memakai Sarung Tangan Non Steril

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Suatu kegiatan untuk melindungi diri saat kontak langsung dengan pasien dengan menggunakan sarung tangan bersih.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Hal penting yang harus diketahui dan dilaksanakan oleh perawat agar tidak terjadi transmisi mikroba patogen ke penderita saat mengerjakan prosedur dan tindakan medis serta perawatan (Darmadi, 2008). Munculnya infeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling berkaitan dalam rantai infeksi. Adanya patogen tidak berarti bahwa infeksi akan terjadi. Mikroorganisme yang tidak menimbulkan penyakit/kerusakan disebut asimtomatis. Penyakit timbul jika patogen berkembang biak dan menyebabkan perubahan pada jaringan normal. Upaya mencegah penyebaran dan perluasan infeksi, penting sekali agar kita memutus mata rantainya.

C. TUJUAN

1. Mencegah transmisi kuman
2. Melindungi diri dari cairan tubuh
3. Melindungi individu dari resiko penularan

D. INDIKASI TINDAKAN

Melakukan tindakan asuhan keperawatan langsung kepada pasien

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Sarung tangan sesuai dengan ukuran tangan perawat.
2. Sarung tangan hanya digunakan satu kali pakai.
3. Sarung tangan harus utuh, tidak robek/ berlubang

4. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat: Sarung tangan
 - d. Persiapan lingkungan

2. Tahap Orientasi:
Tidak perlu

3. Tahap Kerja:
- a. Mencuci tangan
 - b. Mengambil sarung tangan salah satu tangan kanan/kiri
 - c. Memasukkan jari-jari tangan sesuai dengan jari-jari sarung tangan
 - d. Lakukan langkah yang sama pada tangan yang lain sama seperti di atas
 - e. Melepas sarung tangan non steril
Tariklah dari ujung sarung tangan ke arah jari-jari
 - f. Buang sarung tangan ke tempat sampah infeksius
 - g. Mencuci tangan

4. Tahap Terminasi:
Tidak ada

5. Dokumentasi:

Nama tindakan keperawatan : Memakai sarung tangan steril
Waktu Pelaksanaan :
Respon klien :

6. Sikap:
- a. Sabar
 - b. Sopan

5. SUMBER REFERENSI

Darmadi. (2008). Infeksi Nosokomial : Problematika dan pengendaliannya. Jakarta : Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

MENGAJAI NYERI

TANGGAL DIKELUARKAN :

AREA: Keperawatan Dasar II

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Manajemen nyeri merupakan suatu upaya pengelolaan nyeri klien dalam mengatasi nyeri yang dirasakan/ dikeluhkan klien.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Definisi Nyeri:

1. Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Mubarak Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto, 2015).
2. Nyeri adalah suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan IASP (Potter dan Perry, 2006).

Proses terjadinya nyeri:

Mekanisme nyeri secara sederhana dimulai dari transduksi stimuli akibat kerusakan jaringan dalam saraf sensoris menjadi aktifitas listrik kemudian ditransmisikan melalui serabut saraf bermielin A delta dan saraf tidak bermielin C ke kornu dorsalis medula spinalis, talamus, dan korteks serebi. Impuls listrik tersebut dipersepsikan sebagai kualitas dan kuantitas nyeri setelah mengalami modulasi sepanjang saraf perifer dan disusun saraf pusat. Rangsangan yang dapat membangkitkan nyeri dapat berupa rangsangan mekanik, suhu (panas dan dingin), dan agen kimiawi yang dilepaskan karena trauma/ inflamasi. Fenomena nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimulumkanik, kimia, termal, dan elektris menjadi potensial aksi yang dijalarkan ke sistem saraf pusat (Mubarak Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto, 2015).

Jenis Nyeri:

1. Nyeri akut:

Biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respon terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang dan biasanya bersifat intermiten serta tidak konstan.

2. Nyeri alih:

Nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan di bagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat dipersepsikan di kulit meskipun juga dapat dipersepsikan di dalam area interna lain.

3. Nyeri kanker:
Nyeri dari beberapa jenis keganasan. Seringkali nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap *intractable* (tidak dapat diatasi) dan kronis. Keperawatan *hospice* seringkali dilibatkan dalam penatalaksanaan nyeri kanker.

4. Nyeri kronis:
Didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input sensori.

C. TUJUAN

1. Mengetahui tingkat nyeri yang dialami klien
2. Menentukan intervensi lanjutan untuk pengelolaan kondisi nyeri pasien yang nyeri

D. INDIKASI TINDAKAN

Pada pasien yang mengalami kondisi nyeri

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

N/A

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. *Respon Verbal klien*
2. *Respon Non Verbal klien*

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Alat pengkajian nyeri:
Skala numeric nyeri, *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*, *Numeric Pain Scale (NPS)*, *Faces Pain Scale (FPS)*, *Face Leg Activity Cry Consability Pain Scale (FLACC)*, *Critical Care Pain Observe Tool (CPOT)*
 - 2) Alat tulis
 - d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat mencuci tangan
 - b. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
 - c. Melakukan skrining awal dengan menanyakan ada tidaknya keluhan nyeri pada pasien.
 - 1) O (Onset) : tanyakan kapan nyeri itu timbul, seberapa lama nyeri timbul, seberapa sering nyeri itu timbul ?
 - 2) P (Provokasi): tanyakan penyebab nyeri itu dapat timbul, hal-hal yang membuat nyeri itu semakin bertambah atau dapat berkurang, apakah nyeri menetap?

- 3) Q (Quality) : kualitas, rasa nyeri yang dirasakan seperti apa ? tertusuk, terhantam benda keras, dipukul, terbakar, teriris, nyeri tajam nyeri tumpul?
- 4) R (Region) : daerah nyeri? Menjalar atau tidak ?
- 5) S (Severity/ Scale) :
Melakukan asesment derajat dan skala nyeri (1-10) dengan menggunakan format penilaian dan metode pengukuran skala nyeri pasien yang sesuai, mengikuti prosedur yang berlaku dengan ketentuan :
 - a) *Neonatal Infant Pain Scale – NIPS*: digunakan pada pasien baru lahir sampai umur 28 hari.
 - b) *Numeric Pain Scale – NPS*: digunakan pada pasien dewasa, sadar dan bisa bekerjasama dengan petugas kesehatan tetapi tidak menutup kemungkinan pada anak umur lebih dari 3 tahun.
 - c) *Faces Pain Scale - FPS / Wong Bake Face Pain Scale*: digunakan pada pasien dewasa dan sadar tetapi tidak menutup kemungkinan pada anak umur lebih dari 3 tahun.
 - d) *Face Leg Activity Cry Consolability Pain Scale – FLACC*: digunakan pada pasien bayi dan pada anak sampai umur 7 tahun, terutama bagi anak yang mengalami gangguan kognitif atau tidak bisa dinilai menggunakan format yang lain.
 - e) *Critical Care Pain Observe Tool – CPOT*: digunakan untuk pasien dewasa dan anak yang tidak sadar atau menggunakan alat bantu pernafasan atau ventilator atau terpasang ET. Tidak menutup kemungkinan digunakan pada pasien sadar yang dirawat di ruang perawatan kritis.
- 6) T (Treatment) : terapi atau usaha yang digunakan untuk mengurangi nyeri oleh klien
- 7) U (Understanding): bagaimana persepsi dari nyeri yang dirasakan pada dirinya, apakah pernah merasakan nyeri sebelumnya, jika iya, karena apa?
- 8) V (Values): tujuan atau harapan dari klien setelah mendapatkan treatment atau terapi pereda nyeri?

- d. Kaji respon non verbal pasien
- e. Perawat cuci tangan.

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

1. Mubarak Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. (2015). "Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar". Buku 1. Jakarta: Salemba Medika.

2. Perry, Potter. (2010). "Fundamental Keperawatan". Edisi 7. Buku 3. Jakarta: Salemba Medika.
3. Rebeiro Geraldine, Leanne Jack, Natashia Scully, Damian Wilson. (2015). "Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis". Singapura: Elsevier.
4. Rosdahl Caroline Bunker, Mary T, Kowalski. (2014). "Buku Ajar Keperawatan Dasar". Edisi 10. Volume 3. Jakarta: EGC.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Tindakan Keperawatan: Managemen Nyeri : Relaksasi Nafas Dalam

TANGGAL DIKELUARKAN :
Tuliskan tanggal dokumen dikeluarkan

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh :	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Suatu tehnik merilekskan ketegangan otot yang dapat mengurangi nyeri, Latihan napas dalam adalah bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh, supaya dapat menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru (Smeltzer & Bare, 2010).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Latihan Nafas Dalam merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis, tehnik relaksasi akan menurunkan konsumsi oksigen, frekwensi pernapasan, frekwensi jantung dan ketegangan otot yang menghentikan siklus nyeri, ketegangan otot (Wahid dkk, 2015).

C. TUJUAN

1. Mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional
2. Mengurangi ketegangan otot
3. Menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

D. INDIKASI TINDAKAN :

1. Nyeri post-op dan nyeri kronis
2. Gangguan pada pernafasan untuk dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease atau Penyakit Paru Obstruksi Menahun: PPOM), dan meningkatkan efesiensi batuk
3. Emfisema yaitu kantong udara di paru-paru secara bertahap rusak sehingga nafas lebih pendek
4. Pada Klien dengan Asma: adanya obstruksi aliran udara nafas
5. Pada Klien yang merasa stress, banyak pikiran, kepala pusing, atau merasa nyeri segeralah melakukan teknik relaksasi pernafasan dalam ini guna mendapatkan rasa nyaman pada sistem pernafasan

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Posisi klien nyaman mungkin

3. Observasi kemampuan klien dalam melakukan nafas dalam
4. Anjurkan klien untuk rileks dalam melakukan nafas dalam

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan lingkungan: Privacy klien dan penerangan

2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Atur posisi yang nyaman sesuai kondisi klien
 - c. Klien dalam posisi satu atau dua tangan menggenggam kendor, dan biarkan tangan berada di bawah tulang iga
 - d. Tarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. hitung sampai 5
 - e. Tahan nafas dalam hitungan kelima
 - f. Kemudian klien menghembuskan dan mengeluarkan semua udara melalui bibir seperti meniup
 - g. Ekspirasi secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan pipi
 - h. Klien mengulangi minimal 10 kali, dengan istirahat singkat setiap lima kali
 - i. Klien dapat mengulang kembali sehingga mencapai hasil yang maksimal
 - j. Mengatur posisi klien kembali
 - k. Perawat cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
 - a. Hasil tindakan dari nafas dalam
 - b. Observasi respon klien
 - c. Waktu pelaksanaan tindakan
 - d. Lakukan Paraf dan tulis nama terang perawat

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Susanne G. Smeltzer, Brenda G. Bare, (2010). *Textbook of Medical-Surgical Nursing (Brunner & Suddarth's)*, Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, New York.

Wahit Igbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, (2015). *Buku Ajar I Ilmu Keperawatan Dasar*, Penerbit Salemba Medika: Jakarta.

Kusyati Eni, (2006). *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium*, EGC: Jakarta



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Massage/Pemijatan

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: *Keperawatan Dasar*

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Massage atau pemijatan adalah teknik menstimulasi sirkulasi darah serta metabolisme jaringan dengan cara pengurutan dan penekanan pada area tubuh tertentu (Mubarak, dkk, 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Menurut Rodahl dan Kowalski (2015), nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Klien yang merasa nyeri akan mencari terapi untuk meredakan ketidaknyamanannya. Manajemen nyeri merupakan salah satu fokus dari asuhan keperawatan. Seperti halnya tanda vital, pengkajian nyeri harus selalu dilakukan (Noviastari & Supartini, 2015). Terapi nonfarmakologis yang saat ini dikembangkan adalah dengan relaksasi. Relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada klien yang mengalami nyeri kronis. Teknik *massage* atau pemijatan merupakan salah satu cara relaksasi yang dapat menurunkan stimulasi serabut-serabut saraf yang menstranmisikan impuls nyeri sehingga membuat klien lebih nyaman karena relaksasi otot (Mubarak, dkk, 2015). Potter & Perry (2010) menambahkan bahwa *masase/pijatan*, efektif dalam memberikan relaksasi fisik dan mental serta meningkatkan keefektifan pengobatan nyeri.

C. TUJUAN

Tujuan *massage* antara lain: (Mubarak, dkk, 2015).

1. Mengurangi ketegangan otot
2. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis
3. Mengkaji kondisi kulit
4. Meningkatkan sirkulasi/ peredaran darah pada area yang dimasage/pijat

D. INDIKASI TINDAKAN

Massage dilakukan pada klien:

1. Mengalami nyeri
2. Mengalami kekakuan otot

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Kontra indikasi tindakan *massage* antara lain:

1. Fraktur pada area yang akan dipijat
2. Luka pada area pemijatan

1)		<p>Selang seling: masase atau pemijatan menggunakan telapak tangan dan jari dengan tekanan pendek, cepat, bergantian tangan.</p>
----	---	--

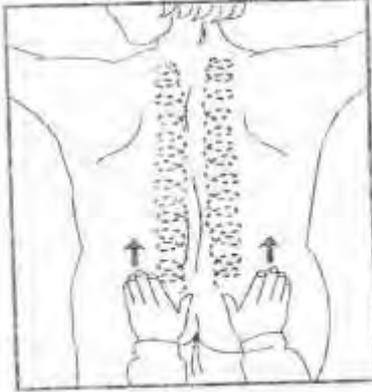
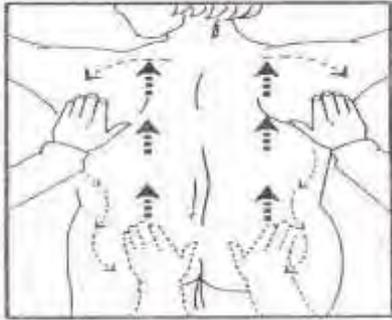
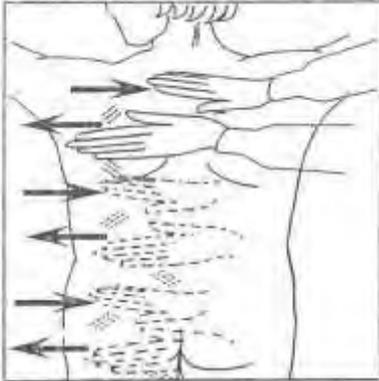
3. Edema pada area pemijatan

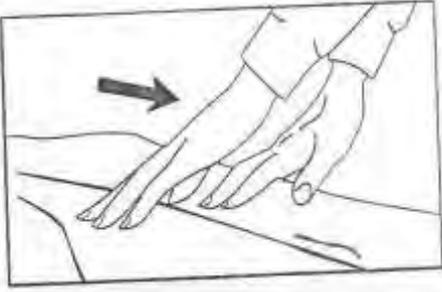
F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Alergi lotion/ minyak yang digunakan untuk massage
2. Area massage disesuaikan dengan kebutuhan klien

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 1. Lotion/ minyak
 2. Handuk
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu/jendela
Mengatur suhu ruangan sesuai kondisi klien
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Lakukan pengkajian nyeri meliputi OPQRSTUV
 - c. Atur posisi sesuai dengan kondisi klien
 - d. Tuangkan sedikit lotion ke tangan perawat, usap kedua tangan sehingga lotion akan rata pada permukaan tangan (perhatikan kemungkinan klien alergi terhadap lotion/minyak yang digunakan)
 - e. Lakukan masase atau pemijatan pada area yang telah ditentukan.
 - f. Masase atau pemijatan dilakukan dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan dengan memberikan tekanan yang halus. Gunakan lotion sesuai kebutuhan.
 - g. Mulai melakukan massage atau pemijatan dengan metode sebagai berikut: (dapat digunakan salah satu metode)

2)	 <p>The diagram shows a person's upper back and shoulders. Two hands are positioned on the shoulders, with arrows pointing towards each other, indicating a friction or rubbing motion.</p>	<p>Remasan: usap otot bahu dengan setiap tangan yang dikerjakan bersama – sama.</p>
3)	 <p>The diagram shows a person's back with a vertical line of dots representing the spine. Two hands are at the bottom, with arrows pointing upwards and inwards, indicating a circular friction motion along the spine.</p>	<p>Gesekan: masase punggung dengan ibu jari, dengan gerakan memutar sepanjang tulang punggung.</p>
4)	 <p>The diagram shows a person's back with multiple hands. Arrows indicate a light, gliding motion from the sides towards the center of the back, used to improve venous return.</p>	<p>Eflurasi: masase punggung dengan kedua tangan, dengan menggunakan tekanan yang lebih halus dengan gerakan keatas untuk membantu aliran balik vena.</p>
5)	 <p>The diagram shows a person's back with hands performing a kneading motion. Arrows indicate horizontal pressure being applied across the back, which is the opposite of the friction motion.</p>	<p>Petrasi: tekanan punggung secara horisontal, pindah tangan anda dengan arah berlawanan dengan gerakan meremas.</p>

6)		Tekanan menyikat: secara halus tekan punggung dengan ujung – ujung jari.
----	---	--

- h. Bersihkan area massage dengan handuk
 - i. Bereskan alat
 - j. Lakukan pengkajian nyeri meliputi OPQRSTUV
 - k. Perawat cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
- a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon klien

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Mubarak, dkk. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
- Novietasari., Supartini. (2015). Keperawatan Dasar Manual Ketrampilan Klinis. Singapore: Elsevier.
- Potter, Patricia A. & Perry Anne G. (2010). Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Rosdahl., Kowalski. (2015). Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Volume 3. Jakarta: EGC

	DOKUMEN LEVEL STANDART OPERATING PROCEDURE	KODE
JUDUL Tindakan Keperawatan : <i>Guided Imagery</i> (Imajinasi terbimbing)		TANGGAL DIKELUARKAN : <i>Tuliskan tanggal dokumen dikeluarkan</i>
AREA: Keperawatan Dasar		NO REVISI:
Disusun Oleh :		
Disahkan Oleh		
Tim Divisi Keperawatan		Ketua STIKES Bethesda
<p>A. DESKRIPSI <i>Guided Imagery</i> adalah sebuah teknik yang menggunakan imajinasi, kekuatan pikiran dengan menggerakkan tubuh atau (membayangkan sesuatu yang baik) dan visualisasi untuk membantu mengurangi stress dan mendorong relaksasi (Smeltzer & Bare, 2010).</p> <p>B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN Imajinasi terbimbing (<i>Guided Imagery</i>) merupakan suatu teknik yang menuntut seseorang untuk membentuk sebuah bayangan/imajinasi tentang hal-hal yang disukai. Imajinasi yang terbentuk tersebut akan diterima sebagai rangsang oleh berbagai indra, kemudian rangsangan tersebut akan dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus. Ditalamus rangsang diformat sesuai dengan bahasa otak, Hal-hal yang disukai dianggap sebagai sinyal penting oleh hipokampus sehingga diproses menjadi memori. Ketika terdapat rangsangan berupa bayangan tentang hal-hal yang disukai tersebut, memori yang telah tersimpan akan muncul kembali dan menimbulkan suatu persepsi dari pengalaman sensasi yang sebenarnya, walaupun pengaruh / akibat yang timbul hanyalah suatu memori dari suatu sensasi (Guyton and Hall, 2007).</p> <p>C. TUJUAN Teknik <i>Guided Imagery</i> bertujuan untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri 2. Menurunkan kecemasan 3. Mengelola stres dan koping dengan cara berkhayal membayangkan sesuatu. 4. Meningkatkan tidur 5. Menurunkan tekanan darah tinggi. 6. Mengurangi sakit kepala 7. Membawa klien pada ketenangan dan keheningan <p>D. INDIKASI TINDAKAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada klien nyeri dengan post – operasi, dan nyeri yang lain 2. Pada klien dengan kecemasan 3. Pada klien dengan stres 4. Pada klien sulit tidur 		

5. Pada klien dengan tekanan darah tinggi

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Pada Klien yang sulit diajak berkomunikasi
2. Pada Klien sakit berat

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Ruangan yang tenang
2. Posisi nyaman

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat: b/p siapkan musik
 - d. Persiapan lingkungan: privasi klien dan penerangan
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien tanyakan nama
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Setting ruangan sesuai kebutuhan
 - c. Lakukan pengkajian nyeri meliputi OPQRSTUV
 - d. Anjurkan Klien mencari posisi yang nyaman dan menutup matanya/
memejamkan mata.
 - e. Kaji hal yang disukai klien.
 - f. Melakukan pembimbingan dengan baik terhadap Klien :
 - 1) Gunakan nama panggilan yang disukai klien.
 - 2) Bicara dengan nada suara yang tenang dan netral.
 - 3) Meminta Klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembut (anjurkan klien untuk menutup mata dan bimbing Klien menemukan hal-hal yang menyenangkan)
 - 4) Ketika Klien sudah rilek, berfokus pada bayangannya dan saat itu Perawat tidak perlu bicara lagi.
 - 5) Jika klien menunjukkan tanda-tanda gelisah atau tidak nyaman Perawat harus menghentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien sudah siap
 - 6) Relaksasi akan dirasakan seluruh tubuh, setelah 15 menit klien harus memperhatikan tubuhnya, catat daerah yang tegang, daerah ini akan digantikan relaksasi. Biasanya Klien rileks setelah mampu menemukan hal-hal yang menyenangkan.
 - g. Mengatur kembali posisi Klien senyaman mungkin
 - h. Cuci tangan.
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan agar bisa melakukan sendiri

d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

- a. Hasil tindakan dari *Guided Imagery*
- b. Observasi respon klien
- c. Waktu pelaksanaan tindakan
- d. Lakukan Paraf dan tulis nama terang pemeriksa

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Kozier Barbara, (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses & Praktik)* Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Potter & Perry, (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses & Praktik), Edisi :4,* Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Susanne G.Smeltzer, Brenda G. Bare, (2010). *Textbook of Medical-Surgical Nursing (Brunner & Suddarth's),* Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimorr, New York.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Terapi Musik

TANGGAL DIKELUARKAN :

AREA: KDM

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Terapi musik adalah terapi yang menggunakan musik untuk membantu mencapai perubahan yang spesifik dalam perilaku atau perasaan, pengertian lain dari terapi musik adalah proses interpersonal yang menggunakan musik untuk terapi aspek-fisik, untuk membantu klien dalam meningkatkan atau mempertahankan kesehatan mereka (Akambo, D, O. 2006, Bulechek, Bucher, Dochterman, 2013).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Terapi musik merupakan terapi yang menggunakan musik secara sistematis dan terkontrol dan terarah, rangsangan musik dapat meningkatkan pelepasan endorfin dan ini akan menurunkan kebutuhan akan obat-obatan, pelepasan tersebut memberikan pengalihan perhatian dan rasa sakit dan dapat mengurangi kecemasan (Fortier, A. N., Anderson, C. T., & Kain, Z. T, 2009).

C. TUJUAN

1. Relaksasi, mengistirahatkan tubuh dan pikiran
2. Meningkatkan kecerdasan
3. Meningkatkan motivasi
4. Pengembangan diri
5. Meningkatkan kemampuan mengingat
6. Mengurangi kecemasan
7. Mengurangi rasa nyeri
8. Mengembangkan ekspresi emosional
9. Meningkatkan kualitas fisik dan mental

D. INDIKASI

- a. Klien yang mengalami insomnia
- b. Klien yang mengalami depresi, stress dan trauma
- c. Klien yang mengalami kecemasan
- d. Klien yang mengalami nyeri

E. Kontraindikasi:

Klien yang mengalami gangguan pendengaran dan klien yang mengalami injuri kepala akut

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Menurut Anjali & Ulric (2007) hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum melakukan terapi untuk menentukan musik yang disenangi klien adalah :

1. Pengalaman sebelumnya

2. Musik yang biasa didengar
3. Kemampuan dan ketertarikan terhadap musik
4. Latar belakang budaya
5. Agama
6. Mengkaji data-data sesuai Indikasi Terapi musik diberikan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:

a. Persiapan diri perawat :

- 1) Menetapkan perubahan spesifik perilaku yang diinginkan (contoh : relaksasi, stimulan, konsentrasi dan pengurangan nyeri)
- 2) Menetapkan musik yang disukai atau diminati klien
- 3) Mengidentifikasi musik yang paling disukai klien
- 4) Memilih musik kusus yang mewakili pilihan yang disukai kliendengan menggunakan kuesioner, mengingat perubahan perilaku yang diinginkan

b. Verifikasi program

c. Persiapan alat : tape musik, *disk* , *earphones*

d. Persiapan lingkungan

- 1) Pastikan tape musik dan disk dapat berfungsi dengan baik
- 2) Sediakan *earphones*
- 3) Pastikan volume adekuat tidak terlalu keras
- 4) menghindari memutar musik dan meninggalkannya untuk waktu yang lama
- 5) Memfasilitasi partisipasi aktif dari klien (Ex. Bermain alat musik atau bernyanyi), jika hal ini diinginkan dan kemungkinan alat tersedia

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- c. Jelaskan tujuan tujuan terapi musik
- d. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:

- 1) Menganjurkan klien duduk atau berbaring dan mengatur posisi senyaman mungkin, sambil memejamkan **mata**
- 2) Menganjurkan klien menggunakan earphone
- 3) Memutar musik yang dipilih dengan volume pelan dan nyaman bagi klien
- 4) Perawat memastikan volume music adekuat dan tidak terlalu keras
- 5) Saat musik diputarkan, anjurkan klien mendengarkan dengan seksama
- 6) Perawat duduk lurus di depan *speaker*, mengamati klien saat mendengarkan musik
- 7) Menganjurkan klien untuk membayangkan gelombang suara datang dari *earphone/speaker* dan mengalir keseluruh tubuh klien, bukan hanya dirasakan secara fisik tetapi fokuskan pada jiwa
- 8) Apabila saat mendengarkan musik klien ikut bernyanyi atau bersenandung, anjurkan klien untuk fokus hanya mendengarkan musik saja bila ingin bernyanyi atau bersenandung diperbolehkan setelah musik selesai diputarkan.
- 9) Musik didengarkan selama minimal 15 menit untuk mendapatka efek terapeutik
- 10) Setelah selesai musik diputarkan, perawat merapikan alat

4. Tahap Terminasi:

a. Evaluasi respon klien

Menanyakan kepada klien bagaimana perasaannya setelah mendengarkan musik

- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon klien

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan
- f. komunikatif

H. SUMBER REFERENSI

- Arsian, S., Ozier, N., Ozyury, F. (2007). Effect of Music on preoperative anxiety in me during undergoing urogenital surgery. Australian Journal of Advanced nursing, 26 (2), 46-54
- Andrized, W, J. (2009). Stimulation methods in music therapy : Short discussion towardthe bio-cybernetic aspect. Journal of medical informatics and thecnologies, 13, 255-258.
- Akambo, D, O. (2006)Effectsof listening to music as an intervention for pain and anxiety in bone narrow tranplantpatients, 62 (2), 91-94
- Arsian, S., Ozier, N., Ozyury, F. (2007). Effect of Music on preoperative anxiety in me during undergoing urogenital surgery. Australian Journal of Advanced nursing, 26 (2), 46-54.
- Bulechek, Bucher, Dochterman. (2013). Nursing intervention classification: Music theraphy (NIC) 6th ed. St. Louise Missouri : Mosby Elsevier.

KUESIONER

Dibawah ini adalah beberapa tipe musik, silahkan pilih 3 jenis musik yang paling disukai 1). Paling disukai 2). Kedua 3) pilihan ketiga.

- 1. Dalam negeri
- 2. Klasik
- 3. Religius
- 4. Rock
- 5. Blues
- 6. Kebangsaan
- 7. Jazz
- 8. Disko
- 9. Lainnya

Silahkan ceklist disamping pilihanmu pada pertanyaan dibawah ini
Bagaimana bentuk musik yang kamu sukai

- 1. Vokal
- 2. Nonvokal
- 3. Keduanya

Apa jenis musik yang membuat anda menjadi lebih bahagia

- 1. Dalam negeri
- 2. Klasik
- 3. Religius
- 4. Rock
- 5. Blues
- 6. Kebangsaan
- 7. Jazz
- 8. Disko
- 9. Lainnya

Adakah lagu khusus yang membuat anda bahagia ?

Kapan waktu mendengarkan musik yang membuat anda bahagia? apakah ada artis tertentu yang membuat anda lebih menikmati musik ?

Jenis musik apa yang membuat anda merasa sangat sedih

- 1. Dalam negeri
- 2. Klasik
- 3. Religius
- 4. Rock
- 5. Blues
- 6. Kebangsaan
- 7. Jazz
- 8. Disko
- 9. Lainnya

Sebelum anda masuk kerumah sakit, seberapa pentingkah peran bermain/mendengarkan musik dalam hidup anda?

- 1. Sangat Penting
- 2. Penting
- 3. Sedikit Penting
- 4. Tidak Penting

Sebelum anda masuk kerumah sakit, seberapa sering anda mendengarkan musik dalam 24 jam?

___ 1. Kurang dari satu jam

___ 2. 1 – 3 jam

___ 3. 4 – 6 jam

___ 4. 7 – 9 jam

___ 5. Lebih dari 10 jam

Selama kamu dirumah sakit, seberapa sering kamu mendengarkan musik selama 24 jam?

___ 1. Kurang dari 1 jam

___ 2. 1 – 3 Jam

___ 3. 4 – 6 jam

___ 4. 7 – 9 jam

___ 5. Lebih dari 10 jam



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Teknik Meditasi

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Meditasi adalah kegiatan memfokuskan pikiran seseorang dan membatasi masukan rangsangan dengan perhatian langsung pada suatu rangsangan yang berulang atau tetap serta melibatkan relaksasi tubuh dan tenangan pikiran (Potter, Perry, 2010).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Meditasi merupakan aplikasi dari teori relaksasi untuk mengatasi nyeri. Menurut Benson dalam Potter, Perry (2010), komponen relaksasi antara lain : (1) ruang yang tenang, (2) posisi yang nyaman, (3) sikap mau menerima, dan (4) fokus perhatian. Meditasi menimbulkan keadaan santai, menurunkan konsumsi oksigen, mengurangi frekuensi pernafasan dan denyut jantung, serta menghasilkan laporan penurunan kecemasan dan rasa nyeri. Kozier, *et.al* (2010) berpendapat bahwa melalui meditasi mendalam, seseorang dapat mempengaruhi atau mengontrol fungsi fisik dan psikologis serta perjalanan penyakit.

C. TUJUAN

1. Memfokuskan pikiran
2. Mengurangi kecemasan
3. Mengurangi nyeri
4. Memperbaiki pola pernapasan pada klien asma
5. Menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Kecemasan atau suasana menegangkan
2. Rasa kehilangan yang kronis
3. Rasa nyeri
4. Depresi ringan
5. Gangguan tidur

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan ketakutan hebat
2. Klien dengan kehilangan kontrol fisik dan psikologis

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Klien yang hipersensitif terhadap meditasi

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu/jendela

2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Atur posisi sesuai kondisi klien
 - c. Bantu klien mengidentifikasi ruangan dalam rumah yang tenang dan mempunyai gangguan minimal
 - d. Ajarkan langkah-langkah meditasi:
 - 1) atur posisi yang nyaman dengan punggung lurus
 - 2) bernafas perlahan
 - 3) fokus pada suara, doa atau gambar
 - e. Anjurkan klien untuk melakukan meditasi selama 10-20 menit dua kali sehari
 - f. Perawat cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon klien

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Kozier, *et.al.* (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Potter, Perry. (2010). Fundamental Keperawatan Edisi 7, Buku 2. Jakarta: Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Kompres Hangat (Memasang Buli-buli Panas)

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DEFINISI

Terapi panas dan dingin atau dengan kata lain kompres hangat dan es, merupakan salah satu teknik nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri. Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya (Mubarak, dkk, 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Menurut Rodahl dan Kowalski (2015), kompres hangat bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nonisceptor) dalam reseptor yang sama seperti pada cedera. Penggunaan suhu hangat dapat memfasilitasi vasodilatasi pembuluh darah yang menyebabkan peningkatan aliran darah ke suatu area sehingga dapat menurunkan rasa nyeri dan menurunkan suhu tubuh. Kompres hangat menyebabkan hipotalamus menerima informasi bahwa suhu tubuh dalam keadaan hangat, maka suhu tubuh harus segera diturunkan. Ketika suhu tubuh klien naik atau terjadi demam, respon tubuh akan merasakan kedinginan meskipun tubuh sebenarnya panas. Kompres hangat membantu mengurangi rasa dingin dan menjadikan tubuh terasa lebih nyaman (Mubarak, dkk, 2015).

C. TUJUAN

1. Memperlancar sirkulasi darah
2. Mengurangi nyeri
3. Merangsang peristaltik usus
4. Memperlancar pengeluaran eksudat
5. Memberi rasa nyaman, hangat dan tenang

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan perut kembung
2. Klien dengan kedinginan
3. Pasien yang mengalami radang
4. Kekejangan otot

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Luka terbuka
2. Luka bakar
3. Klien Diabetes Militus

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Kondisi area yang akan dikompres
2. Suhu air yang digunakan untuk kompres hangat
3. Wadah/tempat yang digunakan untuk air hangat (periksa adanya kebocoran)

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Warm Water Zack (WWZack)
 - 2) Sarung WWZack
 - 3) Lap kering
 - 4) Air panas pada tempatnya
 - 5) Alat pelindung diri: yas dan masker
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu/jendela
Mengatur suhu ruangan sesuai kondisi klien
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan.
 - b. Kenakan yas dan masker.
 - c. Periksa apakah WWZak bocor atau tidak.
 - d. Isi WWZak dengan air panas sebanyak 2/3 bagian, menggunakan gelas ukur.
 - e. Keluarkan udara dalam WWZak dengan cara : WWZak diletakkan di tempat yang rata, bagian atas ditekuk sampai air kelihatan kemudian ditutup.
 - f. Periksa apakah WWZak ada yang bocor atau tidak.
 - g. Keringkan WWZak bagian luar dengan lap kering.
 - h. Pasang sarung WWZak.
 - i. Letakkan WWZak pada tempat sesuai keperluan :
 - 1) Kedinginan dapat dipasang di telapak kaki, atau bagian lain yang sesuai dengan keadaan.
 - 2) Distensi udara di daerah perut dapat dipasang di daerah perut.
 - j. Setelah terpasang, rapikan klien, atur posisi senyaman mungkin.
 - k. Bila Air sudah dingin bisa diganti dengan panas lagi.
 - l. Bereskan alat.
 - m. Lepaskan yas dan masker.
 - n. Perawat cuci tangan.
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon klien

6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Mubarak, dkk. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
Rosdahl., Kowalski. (2015). Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Volume 3. Jakarta:
EGC



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Kompres Dingin (Memasang Kirbat Es)

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DEFINISI

Terapi panas dan dingin atau dengan kata lain kompres hangat dan es, merupakan salah satu teknik nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri.

Kompres dingin adalah memberikan rasa dingin pada klien dengan menggunakan zat dengan suhu rendah (es) dan alat pada tubuh untuk tujuan terapeutik (Mubarak, dkk, 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Menurut Rodahl dan Kowalski (2015), kompres dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nonisceptor) dalam reseptor yang sama seperti pada cedera. Terapi dingin/es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subcutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi dingin dapat mengurangi aliran darah ke suatu bagian sehingga mengurangi perdarahan serta edema. Efek analgetik ditimbulkan dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga implus nyeri yang sampai ke otak lebih sedikit. Es harus diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi supaya lebih efektif. Terapi es harus digunakan dengan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit (Mubarak, dkk, 2015).

C. TUJUAN

1. Mencegah meluasnya peradangan
2. Mengurangi perdarahan
3. Mengurangi nyeri

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan nyeri
2. Perdarahan pada luka
3. Peradangan

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Luka bakar
2. Klien Diabetes Militus

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Kondisi area yang akan dikompres
2. Es yang digunakan untuk kompres hangat

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:

- a. Persiapan diri perawat
- b. Verifikasi program
- c. Persiapan alat
 - 1) Kirbat es :
 - a) Escap : bentuk bundar/lonjong digunakan untuk bagian kepala, dada, dan perut
 - b) Escrag : berbentuk memanjang digunakan unntuk bagian leher
 - 2) Sarung kirbat es
 - 3) Lap kering
 - 4) Garam dapur pada tempatnya dan sendok
 - 5) Alat pelindung diri: yas dan masker
- d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu/jendela
Mengatur suhu ruangan sesuai kondisi klien

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Identifikasi klien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat cuci tangan.
- b. Kenakan yas dan masker.
- c. Periksalah apakah ada kebocoran pada kirbat es.
- d. Isi kirbat es dengan potongan es sebanyak 2/3 bagian dan tambahkan 1 sendok kecil garam dapur
- e. Tutup kirbat es.
- f. Periksa apakah terjadi kebocoran atau tidak.
- g. Keringkan kirbat es bagian luar dengan lap kering
- h. Pasang sarung kirbat es.
- i. Letakkan kirbat es pada tempat sesuai keperluan.
Dengan memperhatikan :
 - 1) Jangan sampai terjadi adanya tanda-tanda kematian jaringan : kemerahan pada kulit, ataupun mati rasa.
 - 2) Apabila es mencair, buang air dan isi kembali
- j. Setelah terpasang, rapikan klien, atur posisi senyaman mungkin.
- k. Observasi reaksi klien.
- l. Bereskan alat.
- m. Lepaskan yas dan masker.
- n. Perawat cuci tangan.

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- e. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon klien

5. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

e. SUMBER REFERENSI

Mubarak, dkk. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
Rosdahl., Kowalski. (2015). Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Volume 3. Jakarta:
EGC



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memandikan di tempat tidur

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSTIF

Memandikan adalah kemampuan perawat dalam membantu memandikan klien diatas tempat tidur karena ketidakmampuan atau kelemahan fisik klien akibat penyakit yang dialami klien (Hidayati, 2014).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kulit merupakan pertahanan primer tubuh terhadap penyakit dan infeksi, serta merupakan organ terbesar dalam tubuh. Agar pertahanan tubuh ini efektif, kulit tidak boleh rusak (harus utuh) dan teriritasi. Kulit juga membantu mengatur panas tubuh. Kerusakan kulit dapat mengganggu keseimbangan panas tubuh. Oleh karena itu diperlukan perawatan yang adekuat untuk mempertahankan fungsi kulit. Cara perawatan kulit yang paling utama dan mendasar adalah mandi dengan air bersih. Memandikan klien merupakan cara perawatan hiegenis total. Mandi dapat dikategorikan sebagai pembersihan atau terapeutik. Mandi ditempat tidur yang lengkap diperlukan bagi klien dengan ketergantungan total dan memerlukan personal hyegine total. Metode yang digunakan untuk mandi berdasarkan pada kemampuan fisik klien dan kebutuhan tingkat hygiene yang dibutuhkan (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015).

C. TUJUAN

1. Membersihkan kulit dan kotoran
2. Menstimulasi sirkulasi pada kulit
3. Mengurangi bau badan
4. Meningkatkan citra diri
5. Membuat klien merasa rilek dan segar

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan total care: klien koma, fraktur, IMA, gagal jantung)
2. Klien tidak mampu melakukan tindakan mandi sendiri

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien sedang mengalami serangan jantung, kejang
2. Klien dengan luka bakar (klien dengan luka bakar akan menggunakan tehnik khusus)

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Berikan perhatian khusus pada klien yang terpasang alat kesehatan dan post op.
2. Perhatikan tanda-tanda adanya hipotermi.
3. Selama memandikan, kaji area kulit dengan teliti terutama lipatan di bawah payudara dan lipatan-lipatan kulit yang lain.

4. Lakukan pemantauan terutama jika klien mengeluhkan rasa gatal.
5. Jika ada area kemerahan atau iritasi yang terlihat, laporkan dengan segera.
6. Peka dengan privasi klien.
7. Untuk klien tidak sadar atau mengalami fraktur tulang belakang, memandikan harus dilakukan lebih dari satu orang perawat pada saat membantu mengubah posisi klien.
8. Perhatikan penggunaan waslap dan air di baskom.
Jangan sampai memasukkan waslap sabun ke dalam baskom.
Baskom I untuk bilasan pertama
Baskom II untuk bilasan kedua
9. Perhatikan kondisi kulit klien untuk melengkapi data pengkajian.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Dua buah handuk mandi
 - 2) Tiga buah waslap
 - 3) Sabun pada tempatnya
 - 4) Selimut mandi
 - 5) Dua buah baskom berisi air hangat 2/3 bagian.
 - 6) Satu baskom sedang untuk merendam tangan dan kaki
 - 7) Pakaian bersih (pakaian rumah sakit/milik pasien)
 - 8) Perlengkapan mandi (deodoran, bedak, lotion), peralatan gosok gigi, sisir.
 - 9) Tempat pakaian/linen kotor
 - 10) Pispot/urinal
 - 11) Tissue
 - 12) Bengkok
 - 13) Botol berisi air untuk membilas sesudah BAB/BAK
 - 14) Yas dan sarung tangan sekali pakai.
 - d. Persiapan lingkungan dan pasien
Tarik gordin di sekeliling tempat tidur atau menutup jendela dan pintu masuk ke ruangan pasien
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
 - c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Atur suhu ruangan
 - b. Tutup pintu, jendela dan gordin.
 - c. Tanyakan apakah pasien akan BAB/BAK lebih dahulu.
 - d. Cuci tangan dan gunakan yas serta sarung tangan.
 - e. Pastikan tempat tidur dalam keadaan terkunci. Atur posisi tempat tidur pada ketinggian yang nyaman untuk bekerja (bila memungkinkan). Turunkan pagar tempat tidur di dekat perawat bila ada. Bantu klien mengambil posisi yang nyaman. Dekatkan klien ke sisi terdekat perawat.
 - f. Pasang selimut mandi, lepaskan/tarik selimut tidur dari bawah selimut mandi. Jika memungkinkan minta klien memegang selimut mandi ketika selimut tidur

ditarik. Gunakan selimut tidur jika tidak tersedia selimut mandi untuk menutupi pasien.

- g. Jika selimut tidur masih digunakan kembali, lipat dan letakkan pada trolley/kursi. Jika tidak digunakan lagi masukkan dalam tempat pakaian kotor.
- h. Bantu pasien menggosok gigi sesuai dengan SOP.
- i. Lepaskan pakaian atas klien. Jika salah satu lengan cedera atau kurang mobilitas, terpasang infus, buka dari sisi yang sehat lebih dahulu.
- j. Klien tetap tertutup menggunakan selimut mandi.
- k. Pakaian klien yang sudah dilepas dilipat rapih, diletakkan di atas kursi. Jika pakaian tidak akan di pakai lagi, tempatkan di tempat pakaian kotor.

l. Mencuci muka:

- 1) Letakkan handuk mandi di bawah kepala klien, dan handuk kedua di atas dada klien.
- 2) Basahi kelopak mata dengan waslap lembab selama 2-3 menit. Basuhlah mata menggunakan ujung waslap yang berbeda untuk setiap mata. Lap dari bagian dalam (dekat hidung) ke bagian luar kantung mata. Keringkan mata dengan hati-hati.
- 3) Tanyakan apakah klien ingin menggunakan sabun untuk wajah. Bersihkan muka (dahi, pipi, hidung), telinga dan leher. Bilas beberapa kali (minimal 3x) kemudian keringkan dengan handuk.

m. Mencuci lengan:

- 1) Buka selimut mandi dari lengan yang paling jauh dari perawat. Letakkan handuk secara memanjang di bawah lengan.
- 2) Bersihkan lengan dengan sabun dan air dengan gerakan tegas dan memanjang dari jari-jari ke arah bahu/aksila. Angkat dan sangga pergelangan tangan serta siku pasien sesuai kebutuhan ketika membersihkan aksila dengan seksama.
- 3) Bilas minimal 3x dan keringkan lengan dan aksila dengan seksama, gunakan deodoran jika diinginkan.
- 4) Angkat handuk dan lipat menjadi dua, letakkan baskom di atasnya dan rendam satu tangan pasien dalam air 3-5 menit. Pindahkan baskom dan keringkan tangan.
- 5) Lakukan demikian juga untuk lengan yang satunya.

n. Mencuci dada dan perut

- 1) Letakkan handuk mandi di atas dada pasien secara memanjang. Lipat selimut mandi ke bawah sampai pubis.
- 2) Anjurkan pasien mengangkat kedua tangan di atas kepala.
- 3) Angkat handuk mandi, letakkan handuk disamping klien dekat perawat. Basuh dada dengan gerakan yang tegas dan memanjang. Perhatikan kulit di bawah payudara dan setiap lipatan kulit, terutama jika klien terlalu gemuk. Pada saat menyabun, berikan gerakan memutar. Bilas minimal 3x dan keringkan dengan baik.
- 4) Tutupi dada dan abdomen dengan bagian atas selimut mandi.

o. Mencuci punggung

- 1) Ganti air mandi.
- 2) Lepas pakaian bawah.
- 3) Bantu klien miring membelakangi perawat.
- 4) Letakkan handuk mandi memanjang di sepanjang punggung dan bokong.
- 5) Basuh punggung klien dari tengkuk, bahu sampai ke bokong dan koksigis, gunakan gerakan memutar pada saat menyabun. Bilas minimal 3x dengan gerakan memanjang. Perhatikan lipatan bokong dan anus, keringkan.
- 6) Gunakan lotion / bedak sesuai dengan kebiasaan klien.
- 7) Bantu klien memakaikan pakaian atas, dari salah satu lengan yang cedera atau kurang mobilitas, terpasang infus terlebih dahulu.

p. Mencuci kaki

- 1) Buka kaki yang jauh dari perawat dengan melipat selimut mandi di sepanjang garis tengah. Pastikan perineum tetap tertutup.
- 2) Tekuk lutut klien dengan meletakkan tangan perawat di bawah tungkai; pasang handuk memanjang di bawah tungkai.
- 3) Bersihkan kaki dari tungkai ke paha dengan gerakan memanjang, bilas minimal 3x dan keringkan.
- 4) Lakukan demikian juga pada kaki yang lain.
- 5) Lipat handuk menjadi dua dan letakkan baskom di atasnya, rendam kedua kaki dalam air 3-5 menit, keringkan.

j. **Membersihkan genitalia.**

- 1) Ganti air dan waslap
- 2) Bantu klien untuk membersihkan genitalia.
- 3) Buka area genitalia. Letakkan handuk di bawah bokong. Bersihkan genitalia dan perineum.
- 4) Apabila klien dapat membersihkan genitalia sendiri, bantu memakaikan waslap, dan minta klien membersihkan genitaliannya. Bila tidak bisa, dibantu oleh perawat.

k. Setelah selesai, lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya.

l. Bantu pasien mengenakan pakaian bawah

m. Bantu klien menyisir rambut sesuai dengan SOP

n. Rapiakan lingkungan atau ganti linen tempat tidur, bila perlu.

o. Bereskan alat-alat.

p. Buka gordin, jendela, dan pintu.

q. Mencuci tangan.

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

- a. Nama tindakan keperawatan: Memandikan di tempat tidur,
- b. Waktu pelaksanaan
- c. Respon pasien :

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

1. Berman A., Koziar, Erb. (2009). Buku ajar praktik keperawatan klinis. Ed.5. Jakarta: EGC.
2. Enie N., Supartini Y. (2015). Keperawatan dasar: Manual keterampilan klinis. Singapura: Elsevier.
3. Potter & Perry (2009). Fundamental keperawatan. Ed. 7. Buku 2. Singapura: Elsevier.
4. Rosdahl, CB., Kowalski, MT. (2014). Buku ajar keperawatan dasar. Ed. 10. Vol.2. Jakarta: EGC.
5. Mubarak, W. I., Indrawati, L., Susanto, J. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta; Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Menggosok Gigi

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Menggosok gigi adalah membersihkan gigi dan mulut dari partikel sisa makanan, plak dan bakteri. Selain itu juga dapat memijat gusi dan menghilangkan rasa tidak nyaman akibat bau (Potter & Perry, 2010).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Mulut merupakan bagian pertama dari sistem pencernaan dan merupakan bagian tambahan dari sistem pernafasan. Dalam rongga mulut terdapat gigi dan lidah yang berperan penting dalam proses pencernaan awal. Selain gigi dan lidah yang berperan penting dalam proses pencernaan awal. Kerusakan gigi dapat disebabkan oleh kebiasaan mengkonsumsi makanan manis, menggigit benda keras, dan kebersihan mulut dan kurang, **Mubarak, Indrawati, Susanto, (2015)**.

Higiene mulut yang buruk, bersama kondisi fisik dan pengobatan seperti anti hipertensi, anti depresan, dan diuretik akan menurunkan produk saliva sehingga mengurangi kemampuan melawan patoge. Higiene oral yang lengkap akan meningkatkan rasa nyaman dan menstimulasi selera makan (Potter & Perry, 2010).

C. TUJUAN

Tujuan dari menggosok gigi antara lain (Potter & Perry, 2010) :

1. Menjaga kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir.
2. Membersihkan gigi dari partikel makanan, plak, dan bakteri.
3. Memijat gusi dan menghilangkan rasa tidak nyaman akibat bau.

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Pada klien dengan lumpuh ektrimitas atas
2. Pada klien yang lama tidak menggunakan mulut
3. Pada klien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

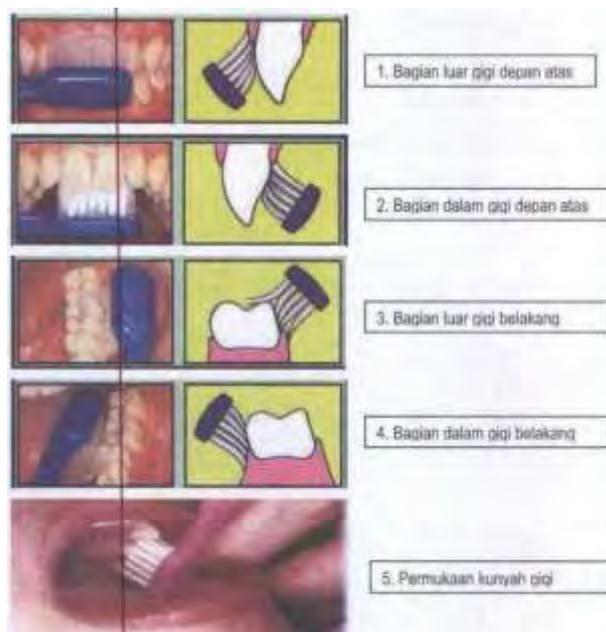
1. Pada klien dengan sakit berat
2. Pada klien apatis

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Arah menyikat gigi
2. Kondisi gigi klien dan gusi

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Sikat gigi dengan bulu sikat lembut (bulu yang keras akan merusak enamel dan gusi)
 - 2) Pasta gigi
 - 3) Segelas air
 - 4) Obat kumur antiseptik dengan minyak esensial (sesuaikan dengan pilihan klien)
 - 5) Kom kumur
 - 6) Handuk kecil
 - 7) Tissue
 - 8) Sarung tangan bersih.
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
3. Tahap Kerja:
 - a. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan bersih.
 - b. Atur posisi klien sesuai indikasi dan kenyamanan klien
 - c. Pasang pengalas, kom kumur diletakkan diatas pengalas
 - d. Periksa kemampuan klien untuk menggenggam sikat gigi dan memanipulasi sikat gigi (untuk lansia terapkan pemeriksaan selama 30 detik)
 - e. Siapkan pasta gigi diatas sikat gigi
 - f. Anjurkan klien untuk kumur
 - g. Lakukan menggosok gigi



Sumber: Depkes RI, 2012

- h. Kumur mulut sampai bersih
- i. Bantu klien membersihkan mulut dengan tissue/handuk
- j. Bereskan alat-alat
- k. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
 - a. Respon klien
 - b. Kondisi mulut dan gigi
6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- Mubarak, W.I., Indrawati, L., Susanto, J. (2015). Buku 1 Buku AJara Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta : Salemba Medika.
- Novietasari. Enie & Yupi Supartini. (2015). *Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis*. Singapore : Elsevier.
- Potter, Patricia A & Perry, Anne G. (2010). Fundamental keperawatan. Buku 2 Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERING
PROCEDURE**

KODE

Tindakan Keperawatan: Mencuci Rambut

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan gerontik

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Mencuci rambut adalah menghilangkan kotoran pada rambut dan kulit kepala dengan menggunakan shampoo sebagai upaya individu dalam memelihara kebersihan rambut (Wahid dkk, 2015).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Rambut merupakan struktur kulit. Rambut terdiri atas tangkai rambut yang tumbuh melalui dermis dan menembus permukaan kulit, serta kantong rambut yang terletak di dalam dermis. Bersampo adalah cara-cara dasar higienes perawatan rambut, distribusi pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, menua, infeksi, dan penyakit tertentu atau obat-obatan yang mempengaruhi karakteristik rambut. Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Rambut dan kulit kepala harus selalu sehat dan bersih, sehingga perlu perawatan yang baik. Rambut yang sehat yaitu rambut yang tidak rontok dan tidak patah, tidak terlalu berminyak dan terlalu kering, serta tidak berketombe dan berketu, **Mubarak, Indrawati, Susanto (2015)**.

C. TUJUAN

1. Membersihkan kulit kepala dan rambut dari kotoran
2. Menghilangkan bau
3. Menstimulasi sirkulasi/peredaran darah
4. Membasmi kutu/ketombe.
5. Memberikan rasa nyaman.

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Pada klien yang tidak mampu membersihkan rambut secara mandiri
2. Pada klien yang akan menjalani operasi besar.

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

1. Klien dengan Trauma Kapitis dan servikal
2. Klien yang mengalami peningkatan suhu tubuh (hipertermia)

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Kondisi klien
2. Posisi klien saat melakukan tindakan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Verifikasi Order
 - b. Persiapan diri Perawat
 - c. Siapkan alat:
 - 1) APD : yas, sarung tangan, masker
 - 2) Bola kapas 2 buah
 - 3) Kasa 2 buah
 - 4) Handuk 2 buah
 - 5) Sisir
 - 6) Perlak (pengalas untuk talang)
 - 7) Perlak kecil alas kepala
 - 8) Sprei kecil
 - 9) Bengkok
 - 10) Shampoo
 - 11) Ember penampung air kotor
 - 12) Baskom mandi berisi air bersih hangat
 - 13) Kain pel
 - 14) Gayung.
 - d. Siapkan lingkungan: jaga privasi klien: tutup pintu/ korden, dan jendela
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
 - c. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - d. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat Cuci tangan
 - b. Tutup pintu, jendela dan gordin
 - c. Kenakan yas, masker, sarung tangan
 - d. Atur posisi klien dengan kepala di ujung tempat tidur
 - e. Pasang handuk di pundak klien
 - f. Pasang talang dari perlak dan arahkan ke ember kosong
 - g. Tutup mata dengan kassa lembab dan tutup telinga dengan bola kapas
 - h. Tutup dada sampai leher dengan handuk
 - i. Sisir rambut agar mudah dicuci dari ujung bawah ke atas
 - j. Basahi rambut dengan air hangat
 - k. Cuci rambut dengan shampoo, bilas dengan air hangat beberapa kali sampai bersih.
 - l. Keringkan rambut dengan handuk
 - m. Angkat perlak talang, masukan dalam ember penampung
 - n. Angkat penutup mata dan bola kapas yang terpasang ditelinga
 - o. Geser bantal yang sudah ada pengalas perlak dan handuk
 - p. Keringkan rambut dengan menggunakan handuk
 - q. Sisir rambut agar rapi
 - r. Rapikan tempat tidur dan bereskan alat-alat
 - s. Melepas yas, masker dan sarung tangan
 - t. Buka gordin, jendela dan pintu
 - u. Perawat cuci tangan
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien

- b. Simpulkan hasil kegiatan
 - c. Pemberian pesan
 - d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
5. Dokumentasi:
- a. Waktu pelaksanaan
 - b. Respon klien
 - c. Kelainan yang ditemukan
6. Sikap:
- a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

1. Caroline Bunker, Mary T, (2014), Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10, Jakarta: ECG
2. Kozier & Erb, (2014), Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Edisi 5, EGC Jakarta
3. Mubarak, L. I., Indrawati, L., Susanto, J. (2015). Buku I Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika
4. Wahid dkk (2015), Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, Jakarta: ECG



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Tindakan Keperawatan: Penil *Hygiene*

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Kebutuhan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

- A. DEFINISI
Upaya individu dalam memelihara kebersihan alat kelamin (Wahid dkk, 2015).
- B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN
Upaya individu dalam memelihara kebersihan alat kelamin dalam meningkatkan kesehatan yang optimal (Wahid dkk, 2015).
- C. TUJUAN
1. Memelihara kebersihan alat kelamin
 2. Menghilangkan keringat dan kelembaban pada alat kelamin
 3. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
- D. INDIKASI TINDAKAN
1. Klien yang tidak mampu melakukan sendiri
 2. Klien yang tidak boleh beraktivitas karena harus istirahat total (kondisi yang tidak mampu)
- E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN
Tidak ada
- F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN
1. Privasi
 2. Keadaan sekitar alat kelamin
 3. Adanya kelainan
- G. PROSEDUR TINDAKAN
1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat:
 - 1) Baki berisi:
 - a) Set penil hygiene, berisi:
 - (1) Bengkok.
 - (2) Kapas gulung kecil 7 buah dalam galipot.
 - (3) Sarung tangan 1 pasang.
 - (4) Kasa 2 buah.
 - b) Nacl 0,9 %

- c) Pengalas.
 - d) Bila ada luka penil : siapkan bak steril berisi lidi kapas dan kasa.
 - e) Bethadine solutio 10%.
 - f) Tissue.
 - g) Bengkok.
 - h) Kantong plastik tempat sampah.
- 2) Alat pelindung diri: yas dan masker

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Identifikasi pasien
- c. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- d. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- e. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
- f. Persiapan alat didekatkan klien.

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat cuci tangan.
- b. Kenakan yas atau skort.
- c. Pakaian bawah klien dibuka.
- d. Pasang pengalas.
- e. Buka set penil hygiene, tuangkan NaCl 0,9% ke dalam galipot yang berisi kapas.
- f. Gunakan sarung tangan steril.
- g. Bersihkan daerah penis dengan kapas NaCl 0,9% menggunakan tangan yang dominan sekali usap dengan urutan sebagai berikut:
 - 1) Satu kapas untuk membersihkan gland penis melingkar dari dalam keluar, tangan non dominan memegang batang penis, bila belum disunat tarik preputium ke arah gland penis dan kembalikan seperti semula setelah dibersihkan.
 - 2) Satu kapas untuk membersihkan bagian dorsal dari arah ujung ke bagian pangkal.
 - 3) Satu kapas untuk membersihkan bagian lateral kanan dari ujung ke bagian pangkal.
 - 4) Satu kapas untuk membersihkan bagian ventral dari arah ujung ke bagian pangkal.
 - 5) Satu kapas untuk membersihkan skrotum dari atas ke bawah.
 - 6) Satu kapas untuk membersihkan area perineal ke arah rectum.
 - 7) Keringkan dengan kasa yang telah disediakan.
- h. Bila ada luka: olesi bethadine menggunakan lidi kapas, kemudian tutup dengan kasa steril.
- i. Pengalas diangkat.
- j. Lepas sarung tangan.
- k. Klien dirapikan dan atur posisi senyaman mungkin.
- l. Alat dibersihkan dan dikembalikan ke tempat semula.
- m. Lepas yas dan masker.
- n. Perawat cuci tangan.

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:
 1. Keadaan genitalia
 2. Waktu pelaksanaan
 3. Respon Klien
 4. Pemberian pesan

6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

1. Rosdahl Caroline, Kowalski, Keperawatan Dasar vol 1. EGC 2014, Jakarta
2. Koziar, Erb, Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses & Keperawatan, EGC 2011, Jakarta
3. Supartini Yupi, Enie Novieastari, Keperawatan Dasar Manual Ketrampilan Klinis, Elsever Jakarta
4. Anne Griffin, Ketrampilan & Prosedur Dasar, EGC, Jakarta
5. Igbal Wahit, Indrawati Lilis, Susanto Joko, Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar (2015), Salemba Medika, Jakarta
6. Potter & Perry, 2010, Ketrampilan dan Prosedur Dasar, EGC, Jakarta



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Vulva Hygiene

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DEFINISI

Upaya individu dalam memelihara kebersihan alat kelamin dalam meningkatkan kesehatan yang optimal (Mubarak dkk, 2015)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Tingkat pengetahuan individu dan kedewasaan seseorang akan memberi pengaruh terhadap kualitas kebersihan individu. Alat kelamin merupakan organ sensitive yang rawan terjadi infeksi jika tidak dilakukan perawatan dengan benar. Oleh karena itu seorang perawat perlu membantu melakukan vulva hygiene pada klien untuk meningkatkan kebersihan alat kelamin klien (Mubarak dkk, 2015; Potter & Perry, 2010).

C. TUJUAN

1. Memelihara kebersihan alat kemaluan
2. Menghilangkan keringat dan kelembaban pada alat kelamin
3. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Klien yang tidak mampu melakukan sendiri
2. Klien yang tidak boleh beraktivitas karena harus istirahat total (kondisi yang tidak mampu)

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Privasi
2. Kondisi area perineum
3. Adanya kelainan

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat:
 - 1) Baki berisi:
Set vulva hygiene, berisi:
 - a) Bengkok.

- b) Kapas gulung kecil 7 buah dalam galipot.
 - c) Sarung tangan 1pasang.
 - d) Kasa 2 buah
- 2) NaCl 0,9%
 - 3) Pengalas.
 - 4) Bila ada luka perineum: siapkan bak steril berisi: lidi kapas dan kasa.
 - 5) Bethadine solutio 10%
 - 6) Tissue.
 - 7) Bengkok.
 - 8) Kantong plastik.
 - 9) Alat pelindung diri: yas dan masker
- d. Persiapan lingkungan
2. Tahap Orientasi:
- a. Berikan salam terapeutik
 - b. Identifikasi pasien
 - c. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - d. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
 - e. Persiapan alat didekatkan klien.
3. Tahap Kerja:
- a. Perawat cuci tangan.
 - b. Kenakan yas/ skort.
 - c. Pakaian bawah klien dibuka.
 - d. Pasang pengalas.
 - e. Buka set vulva hygiene, tuangkan NaCl 0,9% ke dalam galipot yang berisi kapas.
 - f. Gunakan sarung tangan steril.
 - g. Membuka pempers atau pembalut wanita, masukkan ke dalam kantong plastik.
 - h. Bersihkan daerah vulva dengan kapas NaCl 0,9% menggunakan tangan yang dominan dan setiap kapas hanya dipergunakan satu kali, dengan urutan sebagai berikut:
 - 1) Satu kapas untuk membersihkan bagian fundus.
 - 2) Satu kapas untuk membersihkan labia mayora kanan.
 - 3) Satu kapas untuk membersihkan labia mayora kiri.
 - 4) Dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri labia mayora dibuka kemudian dengan satu kapas membersihkan labia minora kanan,satu kapas labia minora kiri.
 - 5) Dengan jari yang sama, dibuka labia minora, maka dengan satu kapas dibersihkan miatus mulai dari urivisium vagina ke arah bawah
 - 6) Dengan satu kapas membersihkan bagian perineum dari arah depan kebelakang.
 - 7) Keringkan dengan kasa yang telah disediakan.
 - i. Bila ada luka: olesi bethadine menggunakan lidi kapas
 - j. Pasang pempers/ pembalut
 - k. Pengalas diangkat
 - l. Lepas sarung tangan
 - m. Klien dirapikan dan atur posisi senyaman mungkin.
 - n. Alat dibersihkan dan kembalikan ketempat semula
 - o. Lepas yas/ skort
 - p. Perawat cuci tangan.
4. Tahap Terminasi:
- a. Evaluasi respon klien
 - b. Simpulkan hasil kegiatan

- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

- 1. Respon klien
- 2. Keadaan genetalia
- 3. Waktu pelaksanaan

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. REFERENSI

- 1. Rosdahl Caroline, Kowalski, Keperawatan Dasar Vol 1. EGC 2014, Jakarta
- 2. Kozier, Erb, Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses & Keperawatan, EGC 2011, Jakarta
- 3. Supartini Yupi, Enie Novieastari, Keperawatan Dasar Manual Ketrampilan Klinis, Elsevier Jakarta.
- 4. Anne Griffin, Ketrampilan & Prosedur Dasar, EGC, Jakarta
- 5. Igbal Wahit, Indrawati Lilis, Susanto Joko, Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar (2015), Salemba Medika, Jakarta
- 6. Potter & Perry. 2010. Ketrampilan dan Prosedur Dasar. EGC: Jakarta
- 7. Mubarak WI, Indrawati L, Susanto J. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1. Salemba Medika: Jakarta



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Menyisir Rambut

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Menyisir rambut adalah suatu tindakan mengatur rambut agar rapi dengan menggunakan sisir pada pasien yang tidak dapat menyisir.

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Pertumbuhan, distribusi dan pola rambut menunjukkan status kesehatan umum seseorang. Rambut dipengaruhi oleh perubahan hormone, stress emosional dan fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu. Batang rambut bukan merupakan jaringan hidup dan tidak dipengaruhi faktor fisiologis, namun defisiensi hormone dan gizi pada folikel rambut menyebabkan perubahan warna atau kondisinya (Mubarak, dkk, 2014).

C. TUJUAN

1. Rambut tetap bersih, rapi, dan terpelihara
2. Membantu memberikan stimulasi sirkulasi pada kulit kepala
3. Mengkaji atau memonitor masalah-masalah pada rambut dan kulit kepala
4. Memberikan perasaan nyaman pada klien
5. Mencegah terjadinya sarang kutu/ kotoran lain
6. Menambah rasa percaya diri.

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Dilakukan pada klien yang tidak dapat menyisir sendiri
2. Setiap selesai mandi dan bilamana perlu.

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Jika rambut klien kusut, olesi terlebih dulu dengan air atau minyak dan uraikan dengan tangan. Jika tidak bisa dirapikan sama sekali, dengan persetujuan klien potong rambut.
2. Jika ada kutu, ketombe, atau rambut yang rontok berlebihan, laporkan kepada kepala ruangan atau dokter.
3. Sisir rambut dengan hati-hati agar tidak menyakiti/ melelahkan klien. Caranya dengan memegang rambut di atas bagian yang akan disisir.
4. Sebaiknya setiap klien memiliki sisir sendiri
5. Sikap sopan terhadap klien dan bekerja dengan hati-hati agar tidak melelahkan dan menyakiti klien.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Handuk
 - 2) Sisir
 - 3) Karet pengikat, minyak rambut, kertas
 - 4) Sarung tangan
 - d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.
2. Tahap Orientasi:
 - a. Berikan salam terapeutik
 - b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
3. Tahap Kerja:
 - a. Perawat cuci tangan
 - b. Pakai sarung tangan
 - c. Minta klien untuk duduk, jika memungkinkan
 - d. Letakkan handuk di atas bahu (bila pasien bisa duduk) atau di bawah kepala
 - e. Oleskan minyak rambut
 - f. Bagi dua rambut dan sisir sedikit demi sedikit dari ujung hingga ke pangkal
 - g. Setelah rapi, ikat rambut klien (bila rambut panjang)
 - h. Kumpulkan rambut yang rontok dan bungkus dengan kertas
 - i. Bereskan alat-alat dan cuci tangan.
4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien
 - b. Pemberian pesan
5. Dokumentasi:
 - a. Respon klien
 - b. Kondisi kepala dan rambut klien
6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati, Joko Susanto. 2014. Buku ajar ilmu keperawatan dasar. Jakarta : Salemba Medika.

Potter, Patricia A & Perry, Anne G. 2010. Fundamental keperawatan. Buku 2 Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

Memotong Kuku

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: KEPERAWATAN DASAR

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan	Ketua STIKES Bethesda

A. DEFINISI

Memotong kuku merupakan bagian dari higiene rutin yang mencakup perendaman kuku dan pemotongan bagian kuku yang panjang dan tidak rapi (Potter & Perry, 2010).

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kuku merupakan jaringan epitel yang tumbuh dari akal bantalan kuku, berlokasi di dalam kulit pada cekungan kuku, tersembunyi oleh lipatan kulit yang disebut kutikula. Bagian kulit yang terlihat disebut badan kuku. Terdapat area putih seperti bulan sabit yang disebut lunula. Di bawah kulit terdapat lapisan epitelium. Kuku yang normal tampak tranparan, mulus dan cembung dengan bantalan kuku berwarna merah muda dan ujung putih transparan. Penyakit dapat mengubah bentuk, ketebalan dan kelengkungan kuku. Infeksi jamur dapat terjadi di bantalan kuku apabila kuku tidak sering di potong atau dibersihkan. Infeksi di bantalan kuku menimbulkan garis kuning kotor atau perubahan perubahan warna total. Kuku menjadi opak, bersisik dan mengalami hipertrofi (Potter & Perry, 2010).

C. TUJUAN

1. Menjaga kebersihan kuku
2. Mencegah timbulnya luka atau infeksi akibat kuku yang panjang
3. Menjaga kebersihan tangan dan jari
4. Menjaga kerapian
5. Menambah kenyamanan klien yang terganggu karena kuku yang panjang.

D. INDIKASI TINDAKAN

Pada klien yang tidak dapat melakukannya sendiri.

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Klien dengan diabetes melitus tidak boleh memendam kakinya karena resiko infeksi (Potter & Perry, 2010).

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Jangan memotong kuku terlalu dalam karena dapat menimbulkan luka
2. Pada klien yang dapat melakukannya sendiri, tetapi tidak sempurna, harus dibantu oleh perawat.
3. Bila perlu cat kuku dibersihkan dengan aseton
4. Sikap berhati-hati agar tidak melukai kulit klien.

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:

- a. Persiapan diri perawat
- b. Verifikasi program
- c. Persiapan alat
 - 1) Pengalas atau perlak
 - 2) Gunting kuku
 - 3) Handuk
 - 4) Bengkok
 - 5) Baskom berisi air hangat (37-40 derajat)
 - 6) Sabun
 - 7) Sikat kuku
 - 8) Aseton (bila perlu)
 - 9) Lotion
- d. Persiapan lingkungan
Jaga privacy klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan salam terapeutik
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat cuci tangan
- b. Inspeksi seluruh permukaan jari tangan dan kaki
- c. Kaji kemampuan klien untuk merawat kuku : perubahan penglihatan, kelelahan, kelemahan muskuloskeletal.
- d. Pasang pengalas
- e. Memotong kuku jari tangan**
 - 1) Rendam jari tangan ke dalam kom air hangat selama 5 menit
 - 2) Angkat dan keringkan jari tangan dengan handuk
 - 3) Potong kuku jari tangan klien, bersihkan dan beri lotion



f. Memotong kuku jari kaki

- 1) Tekuk kaki klien dan rendam jari kaki ke dalam kom air hangat selama 5 menit
- 2) Angkat dan keringkan jari kaki dengan handuk
- 3) Potong kuku jari kaki klien, bersihkan dan beri lotion



Benar ✓



Salah ✗

- g. Bereskan alat-alat
- h. Cuci tangan

4. Tahap Terminasi:
 - a. Evaluasi respon klien, kondisi jari kuku.
 - b. Pemberian pesan
5. Dokumentasi:
 - a. Reaksi klien
 - b. Keadaan kuku
6. Sikap:
 - a. Teliti
 - b. Empati
 - c. Peduli
 - d. Sabar
 - e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

- H., A.Aziz Alimul.2006.*Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Buku 2*.Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, A. dan Perry, Anne G..2010.*Fundamental Keperawatan Buku 2 edisi 7*. Singapore : Elsevier
- Ribek, Nyoman, dkk. 2011.Buku Pintar Bimbingan Laboratorium dan Klinik Keperawatan Anak. Denpasar: Departemen Keperawatan Anak Poltekkes Denpasar



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Mengatur tempat tidur dengan pasien di atasnya

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh

Disahkan Oleh

Tim Divisi Keperawatan gerontik

Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Mengatur tempat tidur dengan pasien di atasnya merupakan tindakan merapikan dan membersihkan tempat tidur dengan klien tetap tidur diatas tempat tidur untuk memberikan kenyamanan klien sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur klien (Potter & Perry, 2010)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis. Rasa nyaman merupakan salah satu unsur yang harus dipenuhi dalam keseimbangan tersebut. Rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar yang mencakup ketenteraman dan kelegaan (Mubarak dkk, 2015)

Kebersihan tempat tidur merupakan salah satu unsur kenyamanan klien dalam keperawatan, sehingga penting untuk dilakukan tindakan keperawatan membersihkan tempat tidur klien.

C. TUJUAN

1. Membersihkan tempat tidur klien
2. Merapikan tempat tidur klien
3. Mencegah terjadinya gangguan integritas kulit

D. INDIKASI TINDAKAN

1. Tempat tidur tidak rapi
2. Tempat tidur kotor

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Tingkat kesadaran Klien
2. Kondisi Klien

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi :
 - a. Persiapan Diri Perawat
 - b. Verifikasi Program
 - c. Siapkan Alat :

Troly berisi :

- 1) Sprei Besar
- 2) Sprei Kecil
- 3) Perlak
- 4) Sarung Bantal dan Sarung Guling
- 5) Selimut
- 6) Alat Pelindung Diri : yas, dan masker

- d. Lap
- e. Ember berisi desinfektan
- f. Persiapan lingkungan

2. Tahap Orientasi:

- a. Berikan Salam Terapeutik
- b. Jelaskan Tujuan Prosedur Penggantian Alat tenun
- c. Berikan Kesempatan Klien untuk bertanya
- d. Persiapan Alat Didekatkan Klien

3. Tahap Kerja:

- a. Perawat Cuci Tangan
- b. Kenakan Yas dan masker
- c. Miringkan klien ke salah satu sisi
- d. Gulung sprej kecil ketengah tempat tidur atau sejauh mungkin
- e. Bersihkan perlak menggunakan lap tua dan obat dsinfektan yang tersedia, keringkan, dan gulung ke tengah tempat tidur atau sejauh mungkin
- f. Lepaskan sisi-sisi sprej I dari bawah tempat tidur kemudian gulung ke tengah tempat tidur.
- g. Pasang sprej besar:
 - 1) Buka sprej, taruh tengah-tengah lipatan sprej di tengah=tengah kasur, gulung bagian sisi yang lain.
 - 2) Masukkan sprej pada sisi perawat ke bawah kasur dimulai dari bagian kepala dengan mempertahankan bagian tengah luipatan tetap berada di bagian tengah kasur, tegangkan sprej bagian kaki lalu masukkan ke bawah kasur
 - 3) Buat sudut 90 derajat pada ujung sisi kasur, diikuti dengan memasukkan tepi sprej ke bawah kasur dengan memperhatikan kerapian
- h. Pasang perlak ± 40 cm dari sisi tempat tidur bagian kepala dengan cara buka gulungan perlak yang berada di tengah-tengah tempat tidur.
- i. pasang sprej II diatas perlak dengan memperhatikan tengah-tengah lipatan sprej II berada di tengah-tengah tempat tidur, kemudian masukkan sisinya bersma dengan perlak ke bawah kasur
- j. Miringkan klien ke arah yang berlawanan
- k. Gulung dan angkat sprej kecil atau sprej II masukkan ke dalam tempat pakaian kotor.
- l. Bersihkan perlak menggunakan lap dan cairan desinfektea yang tersedia, lalu keringkan dan gulung ke tengah tempat tidur atau sejauh mungkin.
- m. Gulung dan angkat sprej besar / sprej I lama, masukkan ke dalam tempat pakaian kotor yang telah disediakan.
- n. Tarik sprej besar atau sprej I yang berada di bawah klien, tegangkan sehingga tidak ada yang terlipat.
- o. Buat sudut 90⁰ pada setiap ujung sisi dan masukkan sisi sprej ke bawah kasur seperti pada sisi lain, dengan mem[perhatikan kerapian dan kenyamanan klien.
- p. Tarik gulungan perlak yang berada di tengah tempat tidur, rapikan
- q. Tarik sprej kecil atau sprej II dari tengah tempat tidur atau di bawah klien.
- r. Tegangkan sisi sprej kecil dan perlak, kemudian masukkan bersama ke

bawah kasur

- s. Ganti sarung bantal dan sarung guling:
 - Angkat bantal, lepaskan sarungnya, lalu masukkan sarung kotor ke dalam tempat yang telah disediakan
 - Pasang sarung bantal dengan sudut bantal betul-betul berada pada sudut sarungnya
 - Lakukan dengan cara yang sama untuk guling bila ada
- t. Ganti selimut klien:
 - Lipat selimut menjadi 4 dan 8
 - Anjurkan klien memegang ujung selimut bagian atas
 - Pegang ujung selimut bagian kaki, sambil menarik ujung selimut bagian kepala pada selimut lama, kemudian tarik ke bawah sampai pada kaki, gulung dan angkat selimut lama dan taruh pada tempat pakaian kotor yang telah tersedia
 - Pasang ujung selimut bagian kaki di bawah kasur, buat sudut dan rapikan.
- u. Rapikan klien dan atur posisi senyaman mungkin
- v. Alat-alat dibereskan dan dikembalikan pada tempatnya
- w. Lepaskan yas dan masker
- x. Perawat cuci tangan.
- y. Merapikan tempat tidur sebelah kanan :
 - 1) Miringkan Klien kesebelah kiri
 - 2) Gulung sprej kecil ketengah hingga batas punggung klien
 - 3) Bersihkan dan rapikan pernak setelah itu gulung pernak ke tengah hingga batas punggung klien bersama dengan sprej kecil
 - 4) Lepaskan Sprej besar dari bawah tempat tidur kemudian gulung ke tengah tempat tidur.
 - 5) Pasang Sprej Besar letakkan tengah tengah lipatan sprej di tengah-tengah kasur, gulung bagian sisi yang lain.
 - 6) Masukkan sprej pada sisi perawat ke bawah kasur dimulai dari bagian kepala, tarik/ kencangkan sprej bagian kaki lalu masukkan ke bawah kasur.
 - 7) Buat sudut 90 derajat pada ujung sisi kasur, diikuti dengan memasukkan tepi sprej ke bawah kasur dengan memperhatikan kerapian.
 - 8) Pasang pernak 30 Cm dari sisi tempat tidur bagian kepala dengan cara buka gulungan pernak yang berada di tengah tengah tempat tidur. Pasang sprej kecil diatas pernak dengan memperhatikan tengah-tengah lipatan sprej kecil berada di tengah tempat tidur. Kemudian masukkan sisinya bersama dengan pernak ke bawah kasur.
 - 9) Miringkan Klien kearah Kanan.
 - 10) Gulung dan angkat sprej kecil yang lama, masukan ke dalam tempat pakaian kotor.
 - 11) Bersihkan Pernak menggunakan lap dan cairan desinfektan yang sudah disiapkan lalu keringkan dan gulung ke tengah tempat tidur atau sampai di bawah klien.
 - 12) Gulung dan angkat sprej besar lama,masukkan ke dalam tempat pakaian kotor.
 - 13) Tarik sprej besar yang berada di bawah klien, tegangkan sehingga tidak ada yang terlipat.
 - 14) Buat sudut 90 derajat pada setiap sisi dan masukkan sisi sprej ke bawah kasur dengan memperhatikan kerapian dan kenyamanan klien.
 - 15) Tarik gulungan pernak yang berada ditengah tempat tidur,rapikan.
 - 16) Tarik sprej kecil dari tengah tempat tidur atau dibawah klien.
 - 17) Tegangkan sisi sprej kecil dan pernak, kemudian masukkan bersama ke

bawah kasur.

- 18) Ganti sarung bantal dan sarung guling :
 - a. Angkat bantal, lepaskan sarungnya, lalu masukkan sarung kotor kedalam tempat yang telah disediakan.
 - b. Pasang sarung bantal dengan sudut bantal betul-betul berada pada sudut sarungnya
 - c. Lakukan dengan cara yang sama untuk guling bila ada.
- 19) Ganti selimut klien:
 - a. Lipat selimut menjadi 4 atau 8.
 - b. Anjurkan klien memegang ujung selimut bagian atas.
 - c. Pegang ujung selimut bagian kaki, sambil menarik ujung selimut bagian kepala pada selimut lama, kemudian tarik ke bawah sampai pada kaki, gulung dan angkat selimut lama dan latakkan pada tempat pakaian kotor yang telah tersedia.
 - d. Pasang ujung selimut bagian kaki di bawah kasur, buat sudut dan rapikan.
- 20) Rapikan klien dan atur posisi senyaman mungkin
- 21) Alat – alat dibereskan dan dikembalikan pada tempatnya
- 22) Lepaskan yas dan masker
- 23) Perawat cuci tangan

4. Tahap Terminasi:

- a. Evaluasi respon klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Pemberian pesan
- d. Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

5. Dokumentasi:

Tuliskan nama tindakan keperawatan, waktu pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon pasien

6. Sikap:

- a. Teliti
- b. Empati
- c. Peduli
- d. Sabar
- e. Sopan

H. SUMBER REFERENSI

Mubarak WI, Indrawati L, Susanto J. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 2. Salemba Medika: Jakarta.
Potter & Perry. 2010. Ketrampilan dan Prosedur Dasar. EGC: Jakarta.



**DOKUMEN LEVEL
STANDART OPERATING
PROCEDURE**

KODE

JUDUL
Mengatur Tempat Tidur Terbuka

TANGGAL DIKELUARKAN :
*Tuliskan tanggal dokumen
dikeluarkan*

AREA: Keperawatan Dasar

NO REVISI:

Disusun Oleh	Disahkan Oleh
Tim Divisi Keperawatan gerontik	Ketua STIKES Bethesda

A. DESKRIPSI

Mengatur Tempat Tidur Terbuka adalah menyiapkan tempat tidur untuk menerima klien baru dengan harapan memberikan kenyamanan klien sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur klien dan menjaga kebersihan lingkungan (Potter & Perry, 2010)

B. TEORI YANG MENDASARI TINDAKAN

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis. Rasa nyaman merupakan salah satu unsur yang harus dipenuhi dalam keseimbangan tersebut. Rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar yang mencakup ketenteraman dan kelegaan (Mubarak dkk, 2015)
Kebersihan tempat tidur merupakan salah satu unsur kenyamanan klien dalam keperawatan, sehingga penting untuk dilakukan tindakan keperawatan membersihkan tempat tidur klien.

C. TUJUAN

Menyiapkan tempat tidur untuk klien baru

D. INDIKASI TINDAKAN

Tempat tidur terbuka

E. KONTRA INDIKASI TINDAKAN

Tidak ada

F. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Tidak ada

G. PROSEDUR TINDAKAN

1. Tahap Pra Interaksi:
 - a. Persiapan diri perawat
 - b. Verifikasi program
 - c. Persiapan alat
 - 1) Sprei Besar
 - 2) Sprei Kecil
 - 3) Perlak
 - 4) Sarung Bantal

- 5) Sarung guling
- 6) Selimut
- 7) Alat Pelindung Diri: yas,masker

2. Tahap Orientasi:
Tidak ada

3. Tahap Kerja:

- a. Kaji keadaan tempat tidur dan lingkungannya
- b. Perawat Cuci Tangan
- c. Kenakan yas dan Masker
- d. Dekatkan alat alat didekat tempat tidur
- e. Pasang Sprei besar dengan garis tengah lipatan sprei tepat di tengah kasur
- f. Buat sudut 90° pada kedua sisi hingga membentuk segitiga
- g. Pasang perlak lebih kurang 30 Cm dari tepi atas tempat tidur
- h. Pasang sprei kecil diatas perlak dengan memperhatikan tengah – tengah lipatan sprei kecil berada di tengah tengah tempat tidur, kemudian setiap sisi masukkan kebawah kasur bersama sama dengan perlak.
- i. Pasang selimut di bagian kaki klien,dengan cara melipat secara terbalik bisa dilipat menjadi 4 atau menjadi 8, masukkan sisi kaki selimut di bawah kasur dan buat sudut pada ujung sisinya.
- j. Pasang Sarung Bantal, usahakan bantal betul betul masuk ke sudut sarung, letakkan pada bagian kepala dan bagian tertutup menghadap ke pintu
- k. Bila ada pasang sarung guling dan letakkan di tengah kasur
- l. Alat alat dibereskan dan dikembalikan pada tempatnya
- m. Lepas Yas dan masker
- n. Perawat Cuci tangan.

4. Tahap Terminasi:
Evaluasi keadaan tempat tidur

5. Dokumentasi:
1. Waktu pelaksanaan
2. Kondisi tempat tidur

6. Sikap:
a. Teliti
b. Sabar

H. REFERENSI

Mubarak WI, Indrawati L, Susanto J. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1 & 2. Salemba Medika: Jakarta

Kozier & Erb (2010), Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis edisi 5, EGC, Jakarta

Potter & Perry. 2010. Ketrampilan dan Prosedur Dasar. EGC: Jakarta

