

**TATA TERTIB BELAJAR DI LABORATORIUM KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

SELAMA PRAKTIKUM

1. Praktikan dan Dosen Pembimbing WAJIB memenuhi protokol kesehatan yang telah ditetapkan.
2. Praktikan wajib datang 30 menit sebelum pembelajaran praktik laboratorium dimulai.
3. Seluruh praktikan dan dosen wajib mengenakan baju praktikum/jas laboratorium selama kegiatan praktikum.
 - Untuk mahasiswa D3 harus berseragam sesuai ketentuan yang berlaku dan skort (biru)
 - Untuk mahasiswa S1 harus menggunakan skort laboratorium (putih).
4. Seluruh praktikan dan dosen wajib melepas sepatu atau menggunakan sandal dalam sebelum masuk laboratorium dan meletakkannya di rak sepatu (bagi yang praktikum di laboratorium)
5. Praktikan hanya diperbolehkan membawa modul praktikum/resume, buku tulis dan alat tulis. Tas dan jaket dapat disimpan pada loker atau tempat yang telah disediakan dan ditata dengan rapi.
6. Praktikan wajib berlaku tertib dan jujur selama kegiatan praktik laboratorium berlangsung.
7. Praktikan wajib menjaga kebersihan dan kerapian alat yang ada di laboratorium tempat praktikum.
8. Praktikan dan dosen pembimbing harus mengisi daftar hadir kegiatan praktikum secara lengkap.
9. Praktikan yang tidak bisa mengikuti kegiatan praktikum sesuai jadwal yang telah ditentukan dengan alasan yang benar (dengan menyerahkan surat ijin), dapat menggantinya dengan cara mengikuti praktikum yang sama pada kelompok yang lain atas ijin pembimbing praktikum.
10. Praktikan tidak diijinkan membuat coretan pada alat laboratorium dan fasilitas laboratorium lainnya.
11. Apabila ada sarana dan prasarana praktikum yang rusak atau hilang, praktikan diwajibkan segera melaporkan kepada pembimbing praktikum atau laboran dan mencatat pada format peminjaman dan pengembalian alat.
12. Selama proses praktikum, praktikan dilarang melakukan perekaman maupun syuting proses praktikum tanpa seijin dari pembimbing.

SESUDAH PRAKTIKUM

1. Praktikan wajib merapikan kembali ruang laboratorium sebelum meninggalkan ruangan (merapikan panthom, tempat tidur, kursi dan meja).
2. Ruang akan didesinfeksi setelah digunakan untuk praktikum.
3. Praktikan melakukan pengecekan kelengkapan pengisian daftar hadir dan uraian materi sebelum dikembalikan ke ruang laboratorium central.
4. Praktikan mengembalikan presensi pada rak presensi.
5. Praktikan mengecek dan merapikan kembali peralatan praktikum yang telah selesai digunakan, membersihkan peralatan, membuang bahan habis pakai yang selesai digunakan dan mengganti dengan bahan habis pakai yang baru sesuai dengan jumlah yang telah digunakan.
6. Peminjam wajib mengembalikan alat-alat yang telah dipakai kepada laboran dalam keadaan rapi, bersih, kering, utuh, lengkap, kecuali bahan habis pakai.
7. Segera meninggalkan Laboratorium jika kegiatan praktikum sudah selesai.

SANKSI

1. Bagi praktikan yang menghilangkan atau merusakkan alat diharuskan mengganti sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan.
2. Bagi praktikan yang tidak mematuhi dan melaksanakan tata tertib pembelajaran praktikum, dosen pembimbing berhak untuk mengeluarkan praktikan dari ruang praktikum dan atau tidak mengeluarkan nilai praktikum mahasiswa yang bersangkutan.

**PROTOKOL KESEHATAN PRAKTIKUM LABORATORIUM
LABORATORIUM KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

BAGI MAHASISWA

1. Mahasiswa diharapkan datang ke kampus hanya membawa keperluan praktik (skort, hand sanitizer, modul dan alat tulis, masker, *face shield* dan nursing kit jika diperlukan). Tidak dianjurkan untuk membawa laptop dan barang berharga lainnya.
2. Gunakan seragam sesuai ketentuan yang telah ditetapkan (sesuai hari).
3. Jumlah mahasiswa dalam 1 kelompok maksimal 10 orang.
4. Mahasiswa datang ke kampus 30 menit sebelum kegiatan praktikum dimulai.
5. Mahasiswa yang mengikuti praktikum dipastikan dalam kondisi sehat. tidak mengalami demam, batuk, dan sesak nafas serta tidak dalam masa pengawasan atau karantina. Jika mahasiswa mengalami kondisi seperti tersebut di atas, maka segera menuju ke fasilitas kesehatan terdekat atau lapor kepada petugas laboratorium.
6. Pada saat memasuki area kampus dan laboratorium keperawatan, mahasiswa WAJIB menggunakan APD berupa *Face shield* dan *double* masker (minimal masker medis 3 lapis dan masker kain).
7. Mahasiswa WAJIB menjaga jarak 1 – 2 meter pada saat berada di area kampus dan laboratorium keperawatan.
8. Mahasiswa WAJIB mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir/*hand sanitizer* pada saat:
 - Baru tiba di laboratorium keperawatan
 - Sebelum dan sesudah menggunakan APD
 - Sebelum dan sesudah memegang/menggunakan instrument/phantom
 - Setelah batuk atau bersin
 - Setelah memegang sampah atau tempat sampah
 - Akan meninggalkan laboratorium keperawatan
9. Mahasiswa membersihkan phantom dengan menggunakan alcohol 70% setelah selesai digunakan.
10. Mahasiswa WAJIB membuang sampah sesuai dengan tempat yang disediakan berdasarkan jenisnya.
11. Setelah selesai kegiatan praktikum, mahasiswa segera merapikan alat dan mengembalikan ke laboratorium sentral, kemudian segera meninggalkan laboratorium keperawatan.

BAGI DOSEN PEMBIMBING

1. Pada saat memasuki area kampus dan laboratorium keperawatan, WAJIB menggunakan APD berupa *Face shield* dan *double* masker (minimal masker medis 3 lapis dan masker kain).
2. WAJIB menjaga jarak 1 – 2 meter pada saat berada di area kampus dan laboratorium keperawatan.
3. WAJIB mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir/*hand sanitizer* pada saat:
 - Baru tiba di laboratorium keperawatan
 - Sebelum dan sesudah menggunakan APD
 - Sebelum dan sesudah memegang/menggunakan instrument/phantom
 - Setelah batuk atau bersin
 - Setelah memegang sampah atau tempat sampah
 - Akan meninggalkan laboratorium keperawatan
4. Setelah selesai kegiatan praktikum, dihimbau segera meninggalkan laboratorium keperawatan.

BAGI LABORATORIUM KEPERAWATAN

1. Melakukan kegiatan disinfeksi terhadap ruang laboratorium secara berkala.
2. Melakukan kegiatan pencegahan penyebaran Covid-19 selama dan setelah praktikum berlangsung.
3. Melakukan kegiatan pengelolaan limbah.

FORMAT PENULISAN RESUME PRAKTIKUM LABORATORIUM

HALAMAN 1 : COVER

<p>Judul Resume</p>  <p>Oleh: Nama Mahasiswa NIM</p> <p>Praktikum Laboratorium KDM Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo</p>

HALAMAN 2 : LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

<p>Lembar Pengesahan Pembimbing</p>	
<p>Nama : Judul : Tanggal :</p>	
<p>Disusun untuk memenuhi tugas praktikum laboratorium KDM di Laboratorium Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.</p>	
<p>Pembimbing</p>	<p>Penyusun</p>
<p>(.....)</p>	<p>(.....)</p>

HALAMAN 3 : RESUME

- a. Pengertian
- b. Tujuan
- c. Klasifikasi
- d. Indikasi
- e. Kontraindikasi
- f. Dan lain-lain
- g. SOP

KETERANGAN:

Penulisan resume DITULIS TANGAN di BUKU FOLIO dan SOP di print. Resume dibawa ketika Praktikum berlangsung dan di mintakan TTD kepada dosen pembimbing praktikum.

ALUR PELAKSANAAN PRAKTIKUM LABORATORIUM KEPERAWATAN

PERSIAPAN

JIKA TIDAK SESUAI JADWAL

Mahasiswa mengajukan peminjaman alat dengan mengisi format peminjaman alat di laboratorium sentral dan melakukan konfirmasi perubahan jadwal minimal 1 hari sebelum praktikum

JIKA SESUAI JADWAL

- Mahasiswa harus datang 30 menit sebelum praktikum dilaksanakan (**tanpa booking alat sebelumnya**)
- Mahasiswa harus melaksanakan protokol kesehatan sesuai ketentuan (**masker, Face shield dan Hand sanitizer**)
- Salah satu Mahasiswa mengambil boks alat di laboratorium sentral, dengan meninggalkan kartu identitas (KTM)

Mahasiswa harus datang 30 menit sebelum praktikum dilaksanakan (tanpa booking alat sebelumnya)

Petugas laboratorium akan menjadwalkan pada papan jadwal

PELAKSANAAN

Mahasiswa mengecek alat di boks dan BHP yang diperlukan sesuai jumlah mahasiswa), dan mengambil absen

Melaksanakan praktikum di ruang yang telah ditentukan dijadwalkan dan mematuhi tata tertib

Mahasiswa mengecek kembali dan mengembalikan boks alat yang telah digunakan untuk praktikum sesuai perasat yang dilakukan dan absen di laboratorium sentral setelah pelaksanaan praktikum selesai

AKHIR

Mahasiswa mengisi kembali BHP yang telah digunakan sesuai dengan jumlah mahasiswa/yang telah dipakai selama praktikum

Dosen memberikan penilaian di kolom penilaian pada absen mahasiswa pada saat praktikum selesai secara keseluruhan

**DAFTAR KELOMPOK PRAKTIKUM LABORATORIUM
KEBUTUHAN DASAR MANUSIA (KDM)
PRODI D3 KEPERAWATAN SEMESTER GENAP (2) TAHUN 2022/2023**

Kelompok	Nama Kelompok	Kelompok	Nama Kelompok
1	<ol style="list-style-type: none"> Andre Herdiansyah Anjaa Syahbanaa Jerry Desember Putra Cahyono Evi Rosita Diana Ira Dita Wahyu Fergyan Isna Rahmawati Eliana Ramadhani Dewi Lestari Suci Mutiara Sari Beatrik Prety Lorenzia 	7	<ol style="list-style-type: none"> Ayu Patricia Brilian Primadita Ayu Pramesti Aryasuta Rizqullah Amarendra Nova Lailatul Qodriyah Deviana Tika Ningrum Emillul Fata Amrullah Restin Selin Saputri Inas Luthfiyyah Yulia Riska Kumalasari Awang Yuda Dewantara
2	<ol style="list-style-type: none"> Amelia Mulyawati Nur Alfi Wahidatul Husna Fiona Aulya Difa Fitri Indra Lestari Irgi Yusrinda Sekarsari Denaya Al Ghisa Nuril Ferizka Happy Amanda Putri Ilham Nur Wahyudi Famara Anbar Firdavarista Natasya Yulvira Ristiawanti 	8	<ol style="list-style-type: none"> Nurul Nabila Natasha Latifah Salma Nurhaliza Wakhidatun Ahsanun Nandhiyah Ditta Octavia Arliana Nanda Kalista Ali Nurdin Jelita Bintang Styon Agrista Nanda Adelya Wira Wijaya Winarti Ken Arya Dikta Wijaya
3	<ol style="list-style-type: none"> Elvi Nur Haliza Andida Jalu Kusuma Eldynda Firdausa Prajnaurora Khoirun Nasrudin Romadhoni Mahardhika Putra Kencana Bintang Mandala Putra Avrin Vriesca Shelly Hazzyza Muhammad Anggie Dwi Prasetyo Devi Sri Puspitasari Putri Bunga Melinda 	9	<ol style="list-style-type: none"> Zahro Rodliyah Al-Istiqomah Ichsanuddin Nur Rahman Risa Maharani Bella Yusita Oktavia Putri Rahayu Agustin Ariya Shyahrul Aljanah Ayudiya Pramesty Elfa Afiani Oktavia Nurfauzyah Qonitah Husna Hibatullah
4	<ol style="list-style-type: none"> Ella Maglena Irma Ardiatul Nurhafidah Fitri Novenda Sari Novita Lailatul Hidayah Mohamad Jefin Kurniawan Ani Faturrosidah Galuh Bintang Maharani Ike Mamluatul Hikmah Rachma Mahardhika Assadillah Rizal Ari Prasetyo 	10	<ol style="list-style-type: none"> Yoga Nurwahid Nadia Putri Sistiyaningrum Retno Setyoningsih Vivid Ariyani Fantika Nanda Putri Vebrianti Mohamad Rifai Dwi Nuryanto Aning Diannika Lestari Tasya Yuliana Putri Latifah Insani Felycia Putri Anggraini
5	<ol style="list-style-type: none"> Isna Himmatul A'la Nur Rahayu Darul Muttaqin Meyra Anggita Maharani Luluk Ananda Putri Desy Oktaviany Narita Dwi Kurnia Sari Ferdy Mukif Mubarak Lailia Salsa Oktafia Ailsa Putri Calista 	11	<ol style="list-style-type: none"> Seger Ega Cahya Febrian Lusyanawati Riris Ambarwati Ardin Ayundya Pramesti Nouvendanangtyas Tito Dimas Kurniawan Era Ariska Mohammad Iqbal Gadafi Sigit Alif Wicaksana Aji Siti Maisaroh
6	<ol style="list-style-type: none"> Rania Nurhayati Wahyu Susilowati Alfia Tri Damayanti Ardian Fendi Priatmaja Alentio Qa'albinovel Darma 	12	<ol style="list-style-type: none"> Arindy Mahdalena Putri Wijaya Azizah Nur Lisdyana Ariesa Surya Dwi Ayu Oktaviani Mawarta Bela Septiyaningrum

	Rosdza 6. Saphira Nirmala Ramadhany 7. Anti Lisna Wigiarti 8. Seren Auranika 9. Intan Wahyu Budiarti 10. Destita Asa Dewanita		6. Wahyu Dwi Saputra 7. Audrey Fifi Mutia 8. Marvin Ardiansyah 9. Mery Windya Pramita
--	--	--	--

JADWAL PRAKTIKUM LABORATORIUM
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN SEMESTER GENAP (2) TAHUN 2022/2023

No	Nama Dosen	Mata Kuliah	Kelompok/ Ruang	Hari/Tanggal/Jam	Kompetensi			
1	Laily Isro'in, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	9 KMB	Senin, 3 April 2023				
				08.00-10.30	Personal Hygiene			
					Bed Making			
			10 KMB	Senin, 10 April 2023				
				08.00-10.30	Personal Hygiene			
					Bed Making			
			12 KMB	Senin, 17 April 2023				
				08.00-10.30	Personal Hygiene			
			4 KMB	Jum'at, 14 April 2023				
				08.00-10.30	Personal Hygiene			
					Bed Making			
			2	Siti Munawaroh, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	10 Maternitas Anak	Senin, 3 April 2023	
08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik							
	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)							
2 Maternitas Anak	Rabu, 5 April 2023							
	08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik						
3 Maternitas Anak	Kamis, 6 April 2023							
	08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik						
11 Maternitas Anak	Senin, 10 April 2023							
	08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik						
		Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)						
3	Naylil, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia				11 GADAR	Senin, 3 April 2023	
							11.00-13.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
			Ambulasi dan Mobilisasi					
			7 GADAR	Senin, 10 April 2023				
				11.00-13.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi			
					Ambulasi dan Mobilisasi			
4	Metti Verawati, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Kebutuhan Dasar Manusia	12 KDM	Senin, 3 April 2023				
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat			
					Pengambilan Darah Vena (ADV)			
			8 KDM	Senin, 10 April 2023				
				11.00-13.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat			
					Pengambilan Darah Vena (ADV)			
			9 KDM	Senin, 10 April 2023				
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat			
					Pengambilan Darah Vena (ADV)			
			5 KDM	Selasa, 11 April 2023				
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan			

					Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
5	Nurul Sri Wahyuni, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Kebutuhan Dasar Manusia	5 KMB	Selasa, 4 April 2023	
				08.00-10.30	Personal Hygiene
					Bed Making
			11 KMB	Selasa, 4 April 2023	
				11.00-13.30	Personal Hygiene
					Bed Making
			1 KMB	Rabu, 5 April 2023	
				11.00-13.30	Personal Hygiene
					Bed Making
			2 KMB	Kamis, 6 April 2023	
				08.00-10.30	Personal Hygiene
					Bed Making
			6 KMB	Selasa, 11 April 2023	
				08.00-10.30	Personal Hygiene
Bed Making					
3 KMB	Kamis, 13 April 2023				
	11.00-13.30	Personal Hygiene			
		Bed Making			
7 KMB	Kamis, 13 April 2023				
	08.00-10.30	Personal Hygiene			
		Bed Making			
8 KMB	Jum'at, 14 April 2023				
	11.00-13.30	Personal Hygiene			
		Bed Making			
6	Filia Icha S., S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	6 Maternitas Anak	Selasa, 4 April 2023	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
			12 Maternitas Anak	Selasa, 11 April 2023	
				11.00-13.30	Pemeriksaan Fisik
					Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
			7 Maternitas Anak	Jum'at, 14 April 2023	
				11.00-13.30	Pemeriksaan Fisik
					Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
			5 Maternitas Anak	Selasa, 18 April 2023	
08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik				
	Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)				
7	Lina Ema Purwanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	4 GADAR	Kamis, 6 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			3 GADAR	Jum'at, 14 April 2023	
				11.00-13.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
8	Ririn Nasriati, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	4 KDM	Selasa, 4 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
			1 KDM	Kamis, 6 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat

					Pengambilan Darah Vena (ADV)
			2 KDM	Rabu, 12 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
			6 KDM	Kamis, 13 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
9	Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Kebutuhan Dasar Manusia	12 GADAR	Senin, 10 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			8 GADAR	Kamis, 13 April 2023	
				11.00-13.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			1 GADAR	Rabu, 12 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			5 GADAR	Kamis, 13 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			10 KDM	Selasa, 4 April 2023	
				11.00-13.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
			11 KDM	Senin, 17 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
			7 KDM	Kamis, 6 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
			3 KDM	Jum'at, 14 April 2023	
				08.00-10.30	Injeksi IC, SC, IM dan Penghitungan Dosis Obat
					Pengambilan Darah Vena (ADV)
10	Saiful Nurhidayat, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	4 Maternitas Anak	Selasa, 11 April 2023	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
			8 Maternitas Anak	Kamis, 13 April 2023	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
			9 Maternitas Anak	Senin, 17 April 2023	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
			1	Rabu, 19 April 2023	

			Maternitas Anak	08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV)
11	Dr. Sugeng Mashudi, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Kebutuhan Dasar Manusia	9 GADAR	Kamis, 6 April 2023	
				11.00-13.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			10 GADAR	Senin, 17 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			6 GADAR	Selasa, 18 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi
			2 GADAR	Rabu, 19 April 2023	
				08.00-10.30	Tindakan Aseptik, penggunaan APD dan Sterilisasi
					Ambulasi dan Mobilisasi

Mengetahui
Kepala Laboratorium Keperawatan



Lina Ema Purwanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19770130 201101 13



PENGAMBILAN DARAH VENA

Pengertian	Pengambilan darah vena adalah pengambilan melalui pembuluh darah vena untuk pemeriksaan laboratorium.
Tujuan	Untuk mengambil darah yang akan dipakai dalam analisis hematologi, biokimia, atau mikrobiologi
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Spuit atau Vacutainer sesuai ukuran3. Alkohol swab4. Tabung sampel darah, sesuai kebutuhan5. Torniquet6. Plester7. Pengalas8. Bengkok9. Safety Box
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasang sarung tangan bersih2. Pilih vena yang akan dilakukan penusukan3. Pasang pengalas di bawah area vena yang dipilih4. Lakukan pembendungan dengan memasang torniquet 5-10 cm di atas penusukan5. Anjurkan membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatasi6. Bersihkan area penusukan dengan alkohol swab7. Lakukan penusukan dengan sudut 20-30 derajat dengan bevel emnghadap ke atas8. Aspirasi sampel darah sesuai kebutuhan (jika menggunakan spuit) atau pegang adapter lalu tekan tabung vakum dan biarkan darah masuk sampai sesuai kebutuhan(jika menggunakan vacutainer)9. Lepaskan torniquet10. Keluarkan jarum dari vena secara perlahan11. Lakukan penekanan pada area penusukan12. Berikan balutan dengan kasa steril, jika perlu13. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti14. Pindahkan darah dari spuit ke dalam tabung vakum (jika

	<p>menggunakan spuit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Berikan label pada tabung sampel darah dan kirim segera ke laboratorium 16. Buang jarum pada safety box 17. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 18. Lepaskan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



SPO PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI DAN CUCI TANGAN

Pengertian	Seperangkat alat dan kegiatan yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja. APD (Alat Pelindung Diri) merupakan satu bentuk proteksi yang harus digunakan oleh perawat dalam melakukan tindakan untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Sebagai proteksi diri (Melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien)2. Mencegah infeksi nasokomial
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sepasang handscoen steril2. Wastafel/air mengalir untuk cuci tangan3. Handuk bersih dan tissue4. Sabun cair dan handrub5. Gaouwn6. Tutup Kepala7. Kacamata Google8. Sepatu boot9. Masker10. Apround
Prosedur Tindakan	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan Cuci Tangan Cuci Tangan dengan Air Mengalir<ol style="list-style-type: none">1. Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir2. Tuangkan sabun cair 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan3. Gosok kedua telapak tangan hingga merata4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan kanan5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari6. Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci7. Gosok ibu jari berputar dalam genggam tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya8. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir10. Keringkan tangan dengan handuk atau tissue sekali pakai11. Gunakan handuk atau tissue untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benarCuci Tangan dengan Handrub<ol style="list-style-type: none">1. Tuangkan 3-5 cc handrub ke telapak tangan2. Gosok kedua telapak tangan hingga merata

	<ol style="list-style-type: none">3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan kanan4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari5. Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci6. Gosok ibu jari berputar dalam genggam tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya7. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya <p>2. Gunakan sepatu boot</p> <p>3. Gunakan Gown</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ambil gaun yang terlipat dari bungkusnya dengan satu tangan anda2. Hanya boleh memegang lapisan dalam gaun bagian atas, atau bagian yang diperbolehkan untuk di pegang3. Pegang gaun dekat dengan lehernya dan buka perlahan-lahan, hati-hati4. Gaun tidak boleh menyentuh tubuh atau benda tidak steril lainnya5. Pegang lapisan dalam bahu dan buka gaun dengan lengan baju menghadap anda6. Masukkanlah lengan anda kedalam lengan gaun secara bersamaan7. Jagalah agar lengan dan tangan lebih tinggi dari bahu serta jauh dari sumbu badan8. Pegang lapisan dalam pada persambungan lengan baju dan maset dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk9. Hindarkan tangan anda keluar dari manset lengan <p>4. Gunakan Masker</p> <p>Pasang masker dengan cara letakkan masker didepan hidung dan mulut dengan memegang ke dua sisi tali kemudian tali diikat ke belakang</p> <p>5. Gunakan Pelindung Mata (Goggles) rapat menutupi mata</p> <p>6. Pasang pelindung kepala yang menutupi seluruh bagian kepala dan telinga dengan baik</p> <p>7. Gunakan Sarung Tangan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Buka kemasan luar non-steril tanpa menyentuh kemasan steril di dalamnya2. Letakkan kemasan dalam yang steril pada permukaan rata yang steril pada permukaan rata yang bersih dan kering, tanpa menyentuh permukaan kemasan steril3. Bukalah kemasan dengan menyentuh ujung kemasan lalu lipat hingga menghadap ke bawah, dan biarkan kemasan terbuka4. Gunakan ibu jari dan jari telunjuk salah satu tangan, pegang sarung tangan pada bagian ujung yang terlipat5. Masukkan tangan lain ke dalam sarung tangan dengan satu gerakan tunggal, biarkan lipatan sarung tangan pada daerah pergelangan tangan6. Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari
--	---

	<p>tangan yang telah menggunakan sarung tangan ke dalam lipatan manset sarung tangan kedua</p> <ol style="list-style-type: none">7. Dengan satu gerakan tunggal, masukkan tangan yang belum memakai sarung tangan ke sarung tangan kedua dengan menghindari kontak atau sentuhan antara tangan yang telah memakai sarung tangan dengan area selain sarung tangan yang akan dipakai (adanya kontak menyebabkan kurangnya aseptis dan membutuhkan penggantian sarung tangan)8. Setelah sarung tangan terpasang, perbaiki letak sarung tangan pada jari-jari hingga sarung tangan terpasang dengan nyaman9. Bukalah lipatan pada manset dengan menyelipkan jari-jari tangan lain di bawah lipatan, hindari kontak atau sentuhan dengan permukaan selain permukaan luar sarung tangan (adanya kontak menyebabkan kurangnya aseptis dan membutuhkan penggantian sarung tangan). Lakukan pada kedua sarung tangan10. Tangan yang telah memakai sarung tangan hanya boleh menyentuh area dan alat-alat yang telah disterilkan serta area tubuh klien yang telah didesinfeksi
--	--



SPO STERILISASI ALAT

Pengertian Prosedur Tindakan

1. DESINFEKSI

Desinfeksi adalah tindakan membunuh mikroorganisme patogen atau apatogen, tetapi tidak membunuh spora yang terdapat dalam alat-alat perawatan atau permukaan jaringan. Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi pada tindakan invasi serta mengondisikan alat dalam keadaan siap pakai

Cara desinfeksi:

- a. Desinfeksi dengan cara mencuci
 - 1) Cuci peralatan yang kotor dengan sabun, kemudian bersihkan dan basahi dengan alkohol 70%
 - 2) Bersihkan luka kotor dengan menyiram luka dengan perhidol atau H₂O₂ 3%, betadine atau larutan antiseptik lainnya
 - 3) Bersihkan kulit atau jaringan tubuh yang akan dioperasi dengan yodium tinctura 3%, kemudian dengan alkohol 70%
 - 4) Bersihkan vulva dengan larutan sublimat 1/1.000, PK (Permanaganas Kalikus) 1/1.000, atau larutan sejenisnya
- b. Desinfeksi dengan cara mengoleskan
Oleskan luka dengan merkurokrom atau bekas luka jahitan menggunakan alkohol 70% atau betadine
- c. Desinfeksi dengan cara merendam
 - 1) Rendam tangan dengan larutan lysol 0,5%
 - 2) Rendam peralatan dengan Lysol 3-5% selama 2 jam
 - 3) Rendam alat tenun dengan Lysol 3-5% selama sekitar 24
- d. Desinfeksi dengan cara menjamur
Jemur kasur, alat tenun, bantal, tempat tidur dan peralatan (misalnya urinal dan pispot) di bawah sinar matahari selama dua jam untuk setiap permukaan

Cara Membuat Larutan Desinfektan:

- a. Larutan sabun
 - 1) Sabun padat/krim/cair
 - 2) Gelas ukur
 - 3) Timbangan
 - 4) Alat pengocok
 - 5) Air panas/hangat
 - 6) Baskom

Prosedur Kerja:

- 1) Membuat larutan sabun dari abu padat atau krim
Masukkan 4 gram sabun padat atau kirim ke dalam 1 liter air panas/hangat. Aduk sampai larut
- 2) Membuat larutan sabun dari sabun cair

Masukkan 3 ml sabun cair Ke dalam 1 lite air panas/hangat. Aduk sampai larut

Larutan sabun dapat digunakan untuk mencuci tangan dan peralatan medis, misalnya peralatan dari logam, kaca dan plastik

b. Lysol dan Creolin

Alat dan Bahan:

- 1) Larutan lysol atau creolin
- 2) Gelas ukur
- 3) Baskom
- 4) Air

Posedur Kerja:

- 1) Membuat larutan Lysol atau creolin 0,5%

Campurkan 5 ml Lysol atau creolin ke dalam 1 liter air. Larutan lysol 0,5% dapat digunakan untuk mencuci tangan, sedangkan larutan Creolin 0,5% dapat digunakan untuk mendesinfeksi lantai

- 2) Membuat larutan lysol atau creoli 1%-3%

Campurkan lysol atau creolin sebanyak 10 ml (untuk larutan 1%), 20 ml (untuk larutan 2%) atau 30 ml (untuk larutan 3%) ke dalam 1 liter air. Larutan lysol 1% dapat digunakan untuk mendesinfeksi peralatan medis. Larutan lysol 2%-3% dapat digunakan untuk merendam peralatan yang digunakan oleh pasien berpenyakit menular selama 24 jam

c. Savlon

Alat dan Bahan:

- 1) Savlon
- 2) Gelas ukur
- 3) Baskom
- 4) Air

Prosedur kerja:

- 1) Membuat larutan savlon 0,5%

Larutan savlon sebanyak 5 ml ke dalam 1 liter air. Larutan ini dapat digunakan untuk mencuci tangan

- 2) Membuat larutan savlon 1%

Larutan savlon sebanyak 10 ml ke dalam 1 liter air. Larutan ini dapat digunakan untuk merendam peralatan medis

2. STERILISASI

a. Jenis peralatan yang disterilkan antara lain sebagai berikut

- 1) Peralatan logam, contohnya pinset, gunting dan speculum
- 2) Peralatan kaca, contohnya sepit (suit) dan tabung kimia
- 3) Peralatan karet, contohnya cateter, sarung tangan, pipa lambung dan drain
- 4) Peralatan ebonit, contohnya kanule rektum dan kanul trakea
- 5) Peralatan email, contohnya bengkok (nierbeken) dan

	<p>baskom</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Peralatan porselen, contohnya magkok, cangkir dan piring 7) Peralatan plastik, contohnya slang infus 8) Peralatan tenun, contohnya kain kassa, tampon, dek operasi, baju dan sarung tangan <p>b. Prosedur kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bersihkan peralatan yang distrerilkan 2) Beri label pada peralatan yang dibungkus 3) Lakukan sterilisasi dengan salah satu cara berikut ini <ol style="list-style-type: none"> a) Sterilisasi dengan cara rebus Rebus peralatan daklam air mendidih (100°C) selama 15-20 menit. Peralatan yang disterilkan dengan cara ini antara lain adalah peralatan dari logam, kaca dan karet b) Sterilisasi dengan cara stoom Sterilisasikan peralatan dengan uap panas di dalam autoklaf dengan waktu, suhu, dan tekanan tertentu. Contohnya peralatan yang dapat disterilkan dengan cara ini adalah alat tenun c) Sterilisasi dengan cara panas kering Sterilisasikan peralatan dengan panas kering menggunakan oven panas tinggi. Peralatan yang dapat disterilkan dengan cara ini antara lain peralatan logam tajam dan peralatan dari kaca d) Sterilisasi dengan menggunakan bahan kimia Sterilkan peralatan dengan menggunakan bahan kimia, misalnya alkohol, sublimat dan uap formalin. Peralatan yang dapat disterilkan dengan cara ini antara lain peralatan yang cepat rusak jika terkena panas, misalnya sarung tangan dan kateter <p>3. PRINSIP ASEPTIK DAN ANTISEPTIK PADA ALAT KESEHATAN</p> <p>a. Aseptik</p> <p>Aseptik adalah mencegah terjadinya kontaminasi oleh mikroorganisme pada jaringan bahan dan alat streil</p> <p>Prinsip-prinsip tindakan aseptik yang umum: Semua benda yang menyentuh kulit yang luka atau dimasukkan ke dalam kulit untuk menyuntikkan sesuatu ke dalam tubuh, atau yang dimasukkan ke dalam rongga badan yang dianggap steril haruslah steril</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jangan sekali-kali menjauhi atau membelakangi tempat yang steril 2) Peganglah objek-objek yang steril, setinggi atas pinggang dengan demikian objek-objek itu selalu akan terlihat jelas dan ini mencegah terjadinya kontaminasi diluar pengawasan 3) Hindari berbicara, batuk, bersin atau menjangkau suatu objek yang steril
--	--

- 4) Jangan sampai menumpahkan larutan apapun pada kain atau kertas yang sudah steril
- 5) Bukalah bungkusannya yang steril sedemikian rupa, sehingga ujung pembungkusnya tidak mengarah pada si petugas
- 6) Objek yang steril menjadi tercemar, jika bersentuhan dengan objek yang tidak steril
- 7) Cairan mengalir menurut arah daya tarik bumi, jika forcep dipegang sehingga cairan desinfektan menyentuh bagian yang steril, maka forcep dipegang sehingga cairan desinfektan menyentuh bagian yang steril, maka forceps itu sudah tercemar

b. Antiseptik

Antiseptik adalah mencegah terjadinya infeksi dengan menghambat atau menghancurkan tumbuhnya organisme pathogen dalam luka

Penggunaan desinfektan/antiseptic:

- 1) Desinfeksi kulit secara umum (Pre Operasi) dengan larutan savlon 1:30 dalam alkohol 70%. Hibiscrup 0,5% dalam alkohol 70%
- 2) Desinfeksi tangan dan kulit dengan Chlorrhexidine 4% (hibiscrup) minimal 2 menit
- 3) Untuk kasus Obgin (persiapan partus, vulva hygiene, neonatal hygiene). Hibiscrup 0,5% dalam aquabidest savlon 1:300 dalam aqua hibiscrup

4. PEMELIHARAAN ALAT KESEHATAN

Melaksanakan pemeliharaan alat-alat keperawatan dan alat-alat kedokteran dengan cara membersihkan, mendesinfektan, menyeterilkan dan menyimpannya

Tujuan

Sebagai acuan untuk pemeliharaan alat medis dan keperawatan

- a. Menyiapkan peralatan perawatan dan kedokteran dalam keadaan siap pakai
- b. Mencegah peralatan cepat rusak
- c. Mencegah terjadinya infeksi silang

Prosedur Kerja

Pemeliharaan Peralatan dari Logam

- a. Membersihkan dan desinfektan:

- 1) Peralatan:
 - a) Alat kotor
 - b) Larutan desinfektan, gelas pengukur
 - c) Bak/ember tempat merendam
 - d) Air mengalir

- 2) Prosedur:

- a) Memakai sarung tangan
- b) Membersihkan alat dari kotoran yang melekat dibawah air kran mengalir
- c) Dikeringkan (setelah kering dimasukkan

kesterilisator)

b. Menyeterilkan dan Penyimpanan Alat Logam

1) Peralatan:

- a) Alat-alat logam
- b) Sterilisator
- c) Panas kering
- d) Kain pembungkus bila perlu

2) Prosedur:

- a) Memakai panas kering (sterilisator)
- b) Menyusun alat-alat le dalam bak instrumen dalam keadaan bersih/kering
- c) Membungkus bak instrumen berisi alat dengan kain
- d) Memasukkan alat ke dalam autoclave (sentral) selama 30 menit untuk yang dibungkus, 20 menit untuk yang tidak dibungkus
- e) Mengangkat alat dari sterilisator dan menyimpan dalam tempatnya

Pemeliharaan Tensi Meter

- a. Mengunci air raksa setelah pemakaian alat
- b. Menggulung kain beserta manset dan disusun/dimasukkan ke dalam bak tensimeter
- c. Menutup tensimeter dan menyimpan pada tempatnya
- d. Kain manset dicuci bila kotor atau satu kali seminggu
- e. Perhatikan kaca pengukur harus tetap dalam keadaan bersih dan mudah dibaca

Membersihkan dan Mendesinfeksi Serta Menyimpan Pispot

a. Peralatan

- 1) Pispot dan urinal kotor
- 2) Sarung tangan
- 3) Larutan desinfektan (bayclin)
- 4) Bak septik tank
- 5) Keranjang sampah
- 6) Bak/ember tempat merendam
- 7) Lap bersih dan kering
- 8) Sikat bertangkai

b. Prosedur

- 1) Membawa pispot yang kotor ke dalam spoel hoek
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Membuang tissue bekas pakai keranjang ke keranjang sampah, dengan memakai korentang spoel hoek
- 4) Membuang kotoran ke bak septik tank, kemudian mengalirkan air kran supaya kotoran masuk tangki septik tank. Membilas alat dari kotoran yang masuk, melekat dengan mempergunakan sikat bertangkai
- 5) Larutan desinfektan sampai semua permukaan pispot terendam
- 6) Membersihkan pispot dengan cara menyikat memakai air sabun/detergen

- 7) Membilas pispot di bawah air mengalir
- 8) Merendam pispot di ak/ember tempat perendam yang berisi (bayclin)
- 9) Mengeringkan pot dengan kain lap
- 10) Menyimpan pot pada tempatnya

Membersihkan dan Mendesinfeksi Serta Menyimpan Urinal

a. Peralatan

- 1) Urinal yang kotor
- 2) Sarung tangan
- 3) Larutan desinfektan
- 4) Bak septik tank
- 5) Bak/ember perendam
- 6) Lab bersih dan kering
- 7) Sikat

b. Prosedur

- 1) Membawa urinal ke kamar spoel hoek
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Membuang urinal ke bak septik tank
- 4) Membilas urinal dengan air
- 5) Merendam urinal dalam bak/ember yang berisi larutan desinfektan sampai semua permukaan urinal terendam (konsentrasi sama dengan perendaman pispot)
- 6) Memberikan dengan cara menyikat memakai sabun/detergen
- 7) Membilas urinal dibawah air mengalir
- 8) Mengeringkan urinal dan menggantungkannya ditempatnya



BED MAKING

Pengertian	Bed making adalah merapikan tempat tidur adalah mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur klien.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Untuk memberikan lingkungan yang bersih2. Untuk mencegah/menghindari iritasi kulit dengan menciptakan alas tempat tidur dan selimut yang bebas dari kotoran/lipatan3. Untuk meningkatkan gambaran diri dan harga diri klien dengan menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi dan nyaman4. Untuk mengontrol penyebaran mikroorganisme
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Handscoon2. Laken3. Stiklaken4. Alas/perlak5. Selimut6. Sarung Bantal
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi Identitas klien2. Menyiapkan peralatan3. Mencuci tangan <p>Komunikasi terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memperkenalkan diri2. Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Mendapatkan persetujuan klien4. Mengatur lingkungan sekitar klien5. Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman <p>Tahap Kerja</p> <p>Merapikan tempat tidur yang di pakai</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memakai sarung tangan dan mendekatkan alat-alat pada klien2. Turunkan penghalang tempat tidur. Atur tinggi tempat tidur pada posisi yang memudahkan perawat bekerja. Atur posisi klien, bila perlu angkat bantal3. Miringkan klien ke arah yang berlawanan dengan posisi perawat.4. Lepaskan lipatan alat tenun yang terdapat di bawah kasur dari kepala ke kaki tempat tidur. Lipat alat tenun tersebut ke arah klien, pertama-tama stik, perlak kemudian laken besar. Lipat sampai ke bawah bokong klien, punggung dan bahunya. Bila perlak akan dipakai kembali, jangan melipatnya.5. Letakkan alat tenun bersih ditengah kasur, arah memanjang<ol style="list-style-type: none">a. Laken besar dibawah perlak, stik laken diatas perlakb. Buka lipatan laken besar ke arah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian lipat/masukan laken pada ujung, kepala dan kaki tempat tidur ke bawah kasurc. Tarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada

	<p>bagian tengahnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Bentuk sudut pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur <ol style="list-style-type: none"> a. Angkat ujung laken sebelah atas dan bentuk segi tiga dengan satu sisi tempat tidur dari ujung laken paralel dengan ujung tempat tidur. b. Lipat bagian laken yang terdapat di sebelah bawah kasur c. Menurunkan ujung yang lainnya, masukan ke bawah kasur d. Lakukan hal yang sama pada kaki tempat tidur 7. Buka lipatan perlak dan stik laken ke arah perawat berdiri kemudian lipat bagian yang menjuntai ke lantai ke bawah kasur. Lakukan dengan rapi 8. Pasang penghalang tepat tidur dan pindah ke sisi lain kemudian turunkan penghalang tempat tidur tersebut 9. Bantu klien bergeser ke posisi lain 10. Lepas alat tenun yang kotor di bawah kasur dengan cara menggulung dengan permukaan kotor di dalam. Masukan ke dalam bak alat tenun kotor 11. Buka lipatan alat tenun yang bersih dari kepala ke kaki 12. Bentuk sudut laken seperti nomor 6 13. Buka lipatan perlak seperti nomor 7 14. Pasang selimut pada dada klien, beritahu klien untuk memegang ujung selimut yang kotor. Kemudian perawat menarik lipatan selimut ke arah kaki tempat tidur dan klien menahan pegangan di ujung selimut. 15. Masukan sisi selimut di kaki tempat tidur ke bawah kasur 16. Ganti sarung bantal 17. Angkat kepala klien dan letakkan bantal di bawahnya 18. Kembalikan klien pada posisi semula dan pasang side rail kembali 19. Buka tirai 20. Membantu klien pada posisi yang nyaman <p>Merapikan tempat tidur yang tidak di pakai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan dan pakai sarung tangan, selanjutnya lakukan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai. 2. Atur ketinggian tempat tidur pada tingkat tertentu yang dirasa nyaman oleh perawat. Rendahkan rel samping tempat tidur di sisi perawat. 3. Buka linen tempat tidur. 4. Periksa bagian atas linen, apakah masih ada barang milik klien dan sisngkirkan bel pengambil dan selang dari tempat tidur. 5. Lepaskan alas tempat tidur secara sistematis, mulai dari sisi terjauh dan bergerak mengelilingi tempat tidur ke arah kepala tempat tidur pada sisi terdekat. 6. Lepaskan sarung bantal jika kotor dan letakkan bantal pada kursi. 7. Lipat linen yang masih dapat digunakan seperti alas penutup tempat tidur dan alas bagian tempat tidur ke dalam 4 bagian. 8. Lepaskan perlak yang kotor. 9. Gulung semua linen yang kotor ke arah bagian dalam, pegang menjauh dari seragam perawat dan langsung letakkan ke dalam keranjang lien kotor.
--	---

10. Pasang linen besar, linen kecil dan perlak.
11. Letakkan lipatan linen besar di atas tempat tidur. Pastikan bahwa sisi jahitan kain ke dalam untuk mendapatkan dasar yang halus. Lebar kain di atas matras dan atur sehingga kain cukup untuk dilipat ke bawah kasur dengan garis tengah lipatan tepat di bawah kasur/tempat tidur. Biarkan linen yang tersisa menggantung di sepanjang tepi tempat tidur dan jangan dilipat. Lipat ujung linen pada sisi yang terdekat dengan perawat membentuk sudut 90° dan masukkan linen ke bawah matras, lakukan dari bagian kepala tempat tidur menuju bagian kaki tempat tidur.
12. Jika perlak digunakan. Letakkan di atas linen alas matras yaitu pada bagian-bagian tempat tidur dan bagian atas serta bawah linen pelapis terbentangkan melapisi area punggung. Buka setelah lipatan perlak atau bagian pinggir yang terjauh dari tempat tidur dan selipkan.
13. Letakkan linen kecil di atas perlak dengan cara yang sama.
14. Naikkan rel samping pada sisi perawat.
15. Bergerak ke sisi lain dan fiksasi bagian dasar linen.
16. Selesaikan menata selimut tempat tidur.
17. Lipatkan selimut menjadi 4 secara terbalik dan pasang bagian bawah (atur sekitar 15cm dari kepala tempat tidur), ujung selimut masukkan ke dalam bawah kasur.
18. Pasang bantal bersih pada bantal sesuai dengan kebutuhan.
19. Pegang bagian tengah sarung bantal yang tertutup dengan 1 tangan.
20. Kumpulkan sisi sarung bantal dan letakkan di sekitar tangan yang memegang bagian tengah sarung bantal.
21. Dengan tangan lain yang tidak memegang bantal tarik sarung bantal menutupi bantal.
22. Atur sarung bantal dan tempatkan bantal secara tepat di bagian kepala tempat tidur.
23. Berikan klien rasa nyaman dan aman.

Tahap Terminasi

1. Membersihkan dan menyimpan kembali peralatan pada tempatnya
2. Mencuci tangan
3. Melakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan
4. Dokumentasi



SPO INJEKSI INTRACUTAN (IC)

Pengertian	Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui jalur intramuskuler
Tujuan	Untuk tes alergi, tes mantoux dan uji sensitivitas obat (misalnya antibiotik)
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Obat intracutan sesuai order3. Alcohol swab4. Spuit sesuai dengan kebutuhan5. Cairan pelarut, jika perlu6. Pengalas7. Bengkok8. Safety Box9. Bak injeksi10. Bulpoin
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan peralatan2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)3. Gunakan sarung tangan bersih4. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial5. Pilih area injeksi yang sesuai (dibawah kulit atau dapat dibawah dermis atau epidermis yang tidak berambut, warna kulit terang dan jauh dari pembuluh darah)6. Hindari area yang mengalami memar, radang, edema, lesi, atau perubahan warna)7. Pasang pengalas di bawah area yang dipilih8. Desinfeksi area injeksi dengan alcohol swab

	<p>9. Beritahu pasien ketika akan diinjeksi</p> <p>10. Regangkan permukaan kulit dengan sudut 10-15 derajat jarum ditusukkan dan masukkan obat pelan-pelan sampai kulit kelihatan menggelembung</p> <p>11. Cabut disposable spuit dan jika keluar darah di bekas tusukan, usap dengan kapas alcohol tetapi jangan ditekan.</p> <p>12. Beri tanda lingkaran dengan diameter 1-1,5 cm melingkari gelembungan kulit.</p> <p>13. Beri tahu pasien untuk tidak menggaruk dan menekan bekas suntikan.</p> <p>14. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan</p> <p>15. Lepaskan sarung tangan</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>1. Lakukan cuci tangan</p> <p>2. Lakukan evaluasi terhadap bekas suntikan dan nilai reaksi obat setelah 15 menit dari waktu penyuntikan, hasil positif bila terdapat tanda-tanda merah pada daerah yang diberi lingkaran (tanda radang dibekas insersi) hasil negative bila tidak ada tanda-tanda merah di sekitar lingkaran.</p> <p>Dokumentasi</p> <p>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</p> <p>2. Catat respon klien</p> <p>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>4. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien</p>
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN OBAT INTRAMUSKULER (IM)

Pengertian	Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui jalur intramuskuler
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Pertukaran gas meningkat2. Ventilasi spontan meningkat3. Tingkat nyeri menurun4. Status neurologis membaik5. Kontrol diri meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. S spuit, sesuai kebutuhan3. Obat intramuskuler4. Alkohol swab5. Plester6. Safety box
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan peralatan2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)3. Gunakan sarung tangan4. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial5. Pilih area injeksi yang sesuai (seperti vastus lateralis, ventrogluteal, deltoid)6. Hindari area yang mengalami memar, radang edema, lesi, atau perubahan warna7. Desinfeksi area injeksi dengan alkohol swab

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Gunakan Teknik z-track untuk mencegah obat keluar ke jaringan subkutan dan kulit 9. Tusukkan jarum dengan sudut 90° 10. Lakukan aspirasi dan pastikan tidak ada darah 11. Injeksikan obat secara perlahan 12. Cabut jarum 13. Hindari melakukan masase pada area penusukan 14. Tutup area penusukan dengan plester 15. Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan 16. Lepaskan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
INJEKSI IV

Pengertian	Mmepersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprograman melalui pembuluh darah vena
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Tingkat nausea menurun2. tingkat nyeri menurun3. tingkat alergi menurun4. tingkat infeksi menurun
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Obat IV sesuai order3. Alcohol swab4. S spuit sesuai kebutuhan5. Cairan pelarut jika perlu6. Torniket7. Pengalas8. Bengkok9. Safety box
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin

Tahap Kerja

1. Campurkan obat dengan pelarut, sesuai dengan kebutuhan
2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)
3. Gunakan sarung tangan bersih
4. Pilih area vena yang akan dilakukan penusukan
5. Pasang area vena yang akan dilakukan penusukan
6. Pasang pengalas di bawah vena yang dipilih
7. Lakukan pembendungan dengan memasang torniket 5-10 cm di atas area penusukan
8. Anjurkan membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatasi
9. Bersihkan area penusukan dengan alcohol swab
10. Lakukan penusukan dengan sudut 20°-30° dengan bevel menghadap ke atas
11. Tarik sedikit plunger spuit sampai terlihat darah pada plunger spuit
12. Lepaskan torniket
13. Injeksikan obat intravena
14. Keluarkan jarum dari vena secara perlahan
15. Buang jarum dan spuit ke dalam *safety box* tanpa *recapping* (menutup kembali jarum)
16. Lakukan penekanan pada area penusukan
17. Berikan balutan dengan kassa steril, jika perlu
18. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti
19. Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan
20. Lepaskan sarung tangan

Tahap Terminasi

1. Lakukan cuci tangan
2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan

	Dokumentasi <ol style="list-style-type: none">1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan2. Catat respon klien3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN OBAT INSULIN DENGAN SPUIT

Pengertian	Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis melalui subkutan untuk mendapatkan efek local maupun sistemik
Tujuan	Kestabilan kadar gula darah meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Obat sesuai program3. Sduit dan jarum sesuai kebutuhan4. Pen insulin5. Alcohol swab6. Bak injeksi7. Bengkok
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan peralatan2. Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat (klien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)3. Gunakan sarung tangan bersih4. Pilih lokasi penyuntikan yang bebas dari luka, nyeri, bengkak, dan inflamasi5. Bersihkan area penyuntikan dengan alcohol swab

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Genggam dan cubit area yang mengelilingi lokasi penyuntikan (pada klien kurus) atau meregangkan kulit (pada klien gemuk) 7. Pegang spuit dengan tangan yang dominan di antara ibu jari dan jari telunjuk 8. Tusukkan jarum secara cepat dengan sudut 45-90° 9. Lakukan aspirasi dan injeksikan obat secara perlahan, jika tidak tampak darah 10. Tarik jarum dan jangan memijat area penyuntikan 11. Usap dengan alcohol swab 12. Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan 13. Lepas sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN LATIHAN RENTANG GERAK

Pengertian	Memberikan latihan berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi dan meningkatkan sirkulasi
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Mobilitas fisik meningkat2. Integritas kulit/jaringan meningkat3. Neurovaskuler perifer meningkat4. Pemulihan pascabedah meningkat,5. Rasa nyaman meningkat
Persiapan Alat/Bahan	-
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan peralatan2. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman3. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih4. Lakukan latihan dengan:5. Melakukan gerakan perlahan dan lembut6. Menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi7. Mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi8. Menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan

- | |
|--|
| <p>9. Latihan pada leher:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Fleksi-ekstensi: tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali ke posisi tegakb. Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiric. Rotasi lateral: palingkan wajah ke kiri dan kanan <p>10. Latihan pada bahu:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Elevasi-depresi: angkat dan turunkan bahub. Fleksi-ekstensi: angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semulac. Abduksi-adduksi: angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semulad. Sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bahu <p>11. Latihan pada siku:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Fleksi-ekstensi: gerakan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semulab. Supinasi-pronasi: putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah <p>12. Latihan pada pergelangan tangan:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan, lalu tekuk ke atasb. Fleksi radial-fleksi ulnar: tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingkingc. Sirkumduksi: putar tangan pada poros pergelangan tangan <p>13. Latihan pada jari-jari tangan:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Fleksi-ekstensi: Kepalkan jari dan luruskan seperti semulab. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari dan rapat kembali <p>14. Latihan pada pelvis dan lutut:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Fleksi-ekstensi: Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semulab. Abduksi-adduksi: Gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnyac. Rotasi internal-rotasi eksternal: Putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh <p>15. Latihan pada pergelangan kaki:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Dorso fleksi-plantar fleksi: Dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atasb. Eversi-inversi: Putar telapak kaki keluar, lalu ke dalamc. Sirkumduksi: Putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki |
|--|

	<p>16. Latihan pada jari-jari kaki:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Fleksi-ekstensi: Dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI TRENDELENBURG

Pengertian	Mengatur posisi berbaring dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki
Tujuan	Status cairan membaik, perfusi perifer meningkat, tingkat syok menurun, tingkat alergi menurun
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Selimut dan bantal2. Sarung tangan bersih
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)5. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan6. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">5. Perkenalkan diri6. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan7. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien8. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>2. Atur posisi berbaring3. Turunkan posisi tempat tidur bagian kepala4. Atur hingga posisi kepala terletak lebih rendah dari kaki5. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan6. Lepaskan sarung tangan7. Lakukan cuci tangan 6 langkah <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">3. Lakukan cuci tangan4. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">5. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan6. Catat respon klien

	<ol style="list-style-type: none">7. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien8. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI FOWLER

Pengertian	Memberikan posisi duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan jalan napas meningkat2. Pertukaran gas meningkat3. Pola napas membaik4. Tingkat aspirasi menurun5. Status cairan membaik6. Status menelan meningkat7. Mobilitas fisik meningkat8. Rasa nyaman meningkat9. Pemulihan pascabedah meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>2. Bantal
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan3. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi4. Elevasi bagian kepala tempat tidur dengan sudut 60°-90°5. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher6. Pastikan klien dalam posisi nyaman7. Rapihkan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan8. Lepaskan sarung tangan

	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lakukan cuci tangan2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan2. Catat respon klien3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
POSISI SUPINE

Pengertian	Memberikan posisi telentang dengan merebahkan punggung pada tempat tidur
Tujuan	Mobilitas fisik meningkat, integritas kulit dan jaringan meningkat, pola tidur membaik, status kenyamanan meningkat, toleransi aktivitas meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">3. Sarung tangan bersih4. Bantal
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)5. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan6. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">5. Perkenalkan diri6. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan7. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien8. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">9. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>10. Posisikan klien tidur telentang11. Letakkan bantal di bahu dan kepala klien12. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan13. Lepaskan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p>

	<ol style="list-style-type: none">3. Lakukan cuci tangan4. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">5. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan6. Catat respon klien7. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien8. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI SEMI FOWLER

Pengertian	Memberikan posisi setengah duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan jalan napas meningkat2. Pertukaran gas meningkat3. Pola napas membaik ventilasi spontan meningkat4. Penyapihan ventilator meningkat5. Tingkat aspirasi menurun6. Status cairan membaik7. Status menelan meningkat8. Mobilitas fisik meningkat9. Kapasitas adaptif intracranial meningkat10. Rasa nyaman meningkat, pemulih pascabedah meningkat, toleransi aktivitas meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">5. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>6. Bantal
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">7. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)8. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan9. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">9. Perkenalkan diri10. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan11. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien12. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">14. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>15. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan16. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi17. Elevasi bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30°-45°18. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher19. Pastikan klien dalam posisi nyaman20. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan

	<p>21. Lepaskan sarung tangan</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>5. Lakukan cuci tangan</p> <p>6. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p>Dokumentasi</p> <p>9. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</p> <p>10. Catat respon klien</p> <p>11. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>12. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
Referensi	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



MEMBANTU MOBILISASI PASIEN

Pengertian	Kadar gula darah adalah sejumlah glukosa (gula) dalam darah yang juga dikenal dengan kadar gula plasma.
Tujuan	Untuk mengetahui kadar gula darah dalam tubuh
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Kursi roda2. Brankard3. Strecher atau tandu4. Bad5. Walker6. Kruk
Prosedur Tindakan	<p>Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lakukan tindakan dengan 5 S (Senyum, salam, sapa, sopan, santun)2. Lakukan perkenalan diri dan mengidentifikasi pasien3. Jelaskan tujuan yang akan dilakukan4. Menjelaskan prosedur pelaksanaan5. Membuat Inform Consent dengan keluarga <p>Persiapan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jaga privasi pasien dengan memasang sketsel/sampiran2. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan aman <p>Tahap Kerja</p> <p>MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bantu pasien di tempat duduk di tepi tempat tidur2. Kaji postural hipotensi3. Instruksikan pasien untuk bergerak ke depan dan duduk di tepi

bed

4. Intruksikan mencondongkan tubuh ke depan mulai dari pinggul
5. Intruksikan meletakkan kaki yang kuat di bawah tepi bed, sedangkan kaki yang lemah berada di depannya
6. Meletakkan tangan pasien di atas permukaan bed atau diatas kedua bahu perawat
7. Berdiri tepat di depan pasien, condogkan tubuh ke depan, fleksikan pinggul, lutut, dan pergelangan kaki. Lebarkan kaki dengan salah satu di depan dan yang lainnya di belakang
8. Lingkari punggung pasien dengan kedua tangan perawat
9. Tangan otot gluteal, abdominal, kaki dan otot lengan anda. Siap untuk melakukan gerakan
10. Bantu pasien untuk berdiri, kemudian bergerak-gerak bersama menuju kursi roda
11. Bantu pasien untuk duduk, minta pasien untuk membelakangi kursi roda, meletakkan kedua tangan di atas lengan kursi roda atau tetap pada bahu perawat
12. minta pasien untuk menggeser duduknya sampai pada posisi yang paling aman
13. turunkan tatakan kaki, dan letakkan kedua kaki pasien di atasnya

MEMINDAHKAN PASIEN DARI KURSI RODA KE BAD

1. jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Minta pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan perawat
4. Berdiri disamping pasien berpegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
5. Bantu pasien untuk jalan ketempat tidur'
6. Observasi respon pasien saat berdiri dari kursi roda
7. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

8. Catat tindakan dan respon pasien

MEMINDAKAN PASIEN DARI BAD KE BRANKART

1. Ikuti protokol standar
2. Atur brankar dalam posisi terkunci dengan sudut 90 derajat terhadap tempat tidur
3. Dua atau tiga orang perawat menghadap ke tempat tidur/pasien
4. Silangkan tangan pasien ke depan dad
5. Tekuk lutut anda , kemudian masukkan tangan anda ke bawah tubuh pasien
6. Perawat pertama meletakkan tangan dibawah leher/bahu dan bawah
7. pinggang, perawat kedua meletakkan tangan di bawah pinggang danpanggulpasien, sedangkan perawat ketiga meletakkan tangan dibawah pinggul dan kaki.
8. Pada hitungan ketiga, angkat pasien bersama-sama dan pindahkan ke brankar
9. Atur posisi pasien, dan pasang pengaman.

MEMINDAHKAN PASIEN DARI BRANKART KE TEMPAT TIDUR

1. Ikuti protokol standar
2. Atur brankar dalam posisi terkunci dengan sudut 90 derajat terhadap tempat tidur
3. Dua atau tiga orang perawat menghadap ke tempat tidur/pasien
4. Silangkan tangan pasien ke depan dada
5. Tekuk lutut anda , kemudian masukkan tangan anda ke bawah tubuh pasien
6. Perawat pertama meletakkan tangan dibawah leher/bahu dan bawah
7. pinggang, perawat kedua meletakkan tangan di bawah pinggang

	<p>dan</p> <ol style="list-style-type: none">8. panggul pasien, sedangkan perawat ketiga meletakkan tangan dibawah pinggul dan kaki.9. Pada hitungan ketiga, angkat pasien bersama-sama dan pindahkan ke brankar1. Atur posisi pasien, dan pasang pengaman. <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membersihkan dan menyimpan kembali peralatan pada tempatnya2. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan3. Melakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan4. Dokumentasi
--	--



SPO PEMANTAUAN TANDA-TANDA VITAL (TTV)

Pengertian	Mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiovaskuler, pernapasan dan suhu tubuh
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan jalan napas meningkat2. Pertukaran gas meningkat3. Pola napas membaik4. Curah jantung normal5. Perfusi perifer efektif6. Status cairan membaik7. Keseimbangan cairan membaik8. Tingkat perdarahan menurun9. Tingkat syok menurun10. Termoregulasi membaik11. Status neurologis membaik
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Spigmomanometer dan manset3. Stetoskop4. Oksimetri nadi5. Termometer6. Jam atau pengukur waktu7. Pulpen dan lembar pemantauan tanda vital
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gunakan sarung tangan bersih2. Periksa tekanan darah dengan spigmomanometer, dengan cara:<ol style="list-style-type: none">a. Letakkan tensimeter sejajar dengan jantung klienb. Buka lengan baju klien atau digulungc. Raba arteri brachialisd. Pasang manset tensimeter pada lengan atas 2-3 cm diatas denyut arteri dengan posisi pipa karet nya berada searah dengan arteri tersebut. Manset

dipasang tidak terlalu longgar atau terlalu kencang.

- e. Tempatkan bagian telinga stetoskop di telinga, memastikan bahwa suara terdengar jelas dan tidak teredam
 - f. Tempatkan diafragma stetoskop langsung diatas denyut arteri tanpa terhalangpakaian atau manset sfigmomanometer
 - g. Tutup katup pompa sfigmomanometer hingga manset mengembang sampai 30 mmHg di atas tekanan sistolik
 - h. Lepaskan katup pompa sfigmomanometer secara perlahan-lahan, catat nilai pada manometer saat pertama kali dan terakhir kali terdengar
 - i. Lepaskan manset
3. Periksa frekuensi, kekuatan dan irama nadi, dengan cara:
- a. Letakkan ujung dua jari tangan ke cekungan yang teraba di area radialis yaitu di sisi dalam lengan di bawah posisi ibu jari
 - b. Tekan secara ringan arteri radialis untuk memastikan adanya denyut nadi, kemudian kurangi penekannya untuk merasakan denutan nadi
 - c. Hitung kuantitas nadi dan catat kualitas denyut nadi (misalnya kuat, lemah, sangat kuat, regular, irregular)
4. Periksa frekuensi dan kedalaman napas, dengan cara:
- a. Pastikan dada klien terlihat, jika perlu melepas pakaian atau selimut
 - b. Tempatkan lengan klien di perut atau dada bagian bawah atau tempatkan tangannya di atas perut
 - c. Amati dan hitung siklus pernafasan (inspirasi dan ekspirasi)
 - Jika respirasi teratur, pernafasan dihitung selama 30 detik kemudian dikalikan 2.
 - Jika ritme teratur < 12 atau > 20 nafas per menit, pernafasan dihitung selama 60 detik.
 - Jika respirasi tidak teratur, menghitung selama 60 detik serta mengkaji frekwensi dan pola penyimpangan
 - d. Kaji kedalaman, keteraturan dan kualitas pernafasan serta ekspansi dinding dada
5. Periksa suhu tubuh dengan termometer, dengan cara:
- Mengukur suhu aksial**
- a. Buka lengan baju klien (bila perlu) dan ketiakny harus dikeringkan lebih dahulu
 - b. Letakkan termometer pada ketiak klien dengan reservoir tepat ditengah ketiak dan lengan klien dilipatkan ke dada (awasi dan dampingi khusus pada penderita tidak sadar dan anak-anak)
 - c. Angkat termometer setelah 5 sampai 10 menit kemudian membaca hasil dan mencatat
- Mengukur suhu oral**
- a. Instruksikan klien untuk membuka mulut dan mengangkat lidah ke atas
 - b. Letakkan dengan hati-hati thermometer dibawah lidah bagian tengah
 - c. Instruksikan klien untuk menutup mulut dan menjepit thermometer dengan

	<p>bibirnya dan tidak berbicara selama thermometer berada di mulutnya</p> <p>d. Angkat termometer setelah 5 sampai 10 menit kemudian membaca hasil dan catat hasil</p> <p>Mengukur suhu rektal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Atur posisi klien dengan tidur miring pada orang dewasa dan terlentang pada bayi b. Turunkan celana dalam klien sampai di bawah pantat dan tutup tubuh dengan selimut c. Dorong pantat bagian atas ke atas sehingga anus terlihat d. Bersihkan anus dengan potongan tissue e. Masukkan termometer ke dalam anus secara perlahan dan anjurkan klien untuk bernafas panjang dan masukkan sepanjang 3 inchi untuk dewasa dan ½ inchi untuk bayi sambil mengangkat kaki bayi ke atas dengan ujung termometer dipegang f. Angkat termometer setelah 5 sampai 10 menit kemudian membaca hasil dan mencatat <ol style="list-style-type: none"> 6. Periksa saturasi oksigen dengan oksimetri nadi 7. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital 8. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan 9. Lepaskan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien
Referensi	PPNI (2021). <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> , Edisi 1. Jakarta: DPD PPNI.



SPO PEMERIKSAAN FISIK

Pengertian	Melakukan pemeriksaan/pengkajian fisik secara lengkap
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Menegakkan diagnosis2. Mengenali kelainan pada klien3. Sebagai data dasar
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Handscoen non steril2. Penlight3. Metelin4. Stetoskope5. Hammer reflek6. Spekulum hidung7. Otoscope8. Slit lamp9. Tongue spatel10. Kasa11. Bengkok12. Buku catatan13. Pena14. Pengukur TB dan BB
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Prosedur Tindakan Pemeriksaan kepala</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memposisikan klien duduk, kepala tegak lurus (lepas jika ada rambut palsu)2. Menanyakan kepada klien apakah rambut mudah rontok, ada perubahan warna, penggunaan shampo, sedang kemoterapi3. Mengamati penyebaran, ketebalan, tekstur dan lubrikasi4. Memperhatikan ukuran, bentuk dan posisi kepala terhadap tubuh

5. Memperhatikan adanya lesi, luka, erupsi dan pustula pada kulit kepala dan folikel rambut, kutu rambut
6. Melakukan palpasi dengan menggunakan sarung tangan, sisihkan rambut untuk melihat karakteristik kulit kepala
7. Melakukan palpasi apakah ada nodul, tumor
8. Melakukan penarikan ringan pada rambut untuk melihat kerontokan
9. Pada neonatus palpasi ringan fontanel anterior dan posterior, ukuran, bentuk dan tekstur *
10. Melakukan pemeriksaan wajah dengan inspeksi : sembab, kesimetrisan, lesi, oedema, tumor, perubahan warna wajah, dan ekspresinya

Pemeriksaan Mata

INSPEKSI

1. Anjurkan klien melihat ke depan dan bandingkan mata kanan dan kiri terhadap ukuran
2. Amati bola mata terhadap ukuran bola mata, strabismus dan nistagmus, medan penglihatan dan visus
3. Anjurkan klien menutup kedua mata
4. Amati bentuk dan keadaan kulit kelopak mata, posisi bulu mata
5. Perhatikan adanya ptosis saat mata membuka
6. Anjurkan klien melihat lurus ke depan
7. Amati konjungtiva (kemerahan, vaskularisasi dan lokasinya)
8. Tarik kelopak mata bagian bawah ke bawah dengan menggunakan ibu jari
9. Amati keadaan konjungtiva dan kantong konjungtiva bagian bawah bila perlu amati konjungtiva atas dengan membalik kelopak mata atas
10. Amati warna sklera bersamaan waktu memeriksa konjungtiva
11. Amati warna iris, reflek dan bentuk pupil terhadap cahaya

PALPASI

1. Anjurkan pasien memejamkan mata
2. Lakukan palpasi pada kedua mata dan rasakan konsistensinya dan tanyakan adanya nyeri tekan

Pemeriksaan Mulut

INSPEKSI

1. Memposisikan klien berhadapan dengan perawat dengan tinggi yang sejajar
2. Mengamati bibir untuk mengetahui adanya kelainan kongenital, bibir sumbing, warna bibir, ulkus, lesi dan massa
3. Menganjurkan pasien membuka mulut
4. Mengamati keadaan setiap gigi mengenai posisi, jarak, warna lanjutkan dengan mengetuk gigi secara sistematis dan anjurkan pasien untuk memberitahu bila timbul rasa nyeri

5. Memperhatikan kebersihan mulut dan adanya bau mulut
6. Memeriksa lidah, meminta pasien menjulurkan lidah dan perhatikan kesimetrisan, warna, ulkus dan kelainan lainnya.
7. Mengamati selaput lendir mulut mengenai warna, massa, peradangan/perdarahan, ulkus
8. Memberikan kesempatan klien untuk menutup mulut sejenak
9. Meminta klien membuka mulut kembali dan tekan lidah ke bawah sewaktu klien berkata "AH". Amati pharing terhadap kesimetrisan ovula.
10. Mengamati ukuran tonsil (untuk mengetahui adanya kelainan)

PALPASI

1. Mempertahankan posisi klien tetap berhadapan dengan perawat
2. Meletakkan handuk dibawah dagu dan menganjurkan klien membuka mulut
3. Memegang pipi di antara ibu jari dan jari telunjuk (jari telunjuk berada di dalam)
4. Melakukan palpasi pipi secara sistematis dan perhatikan adanya tumor/pembengkakan (bila ada pembengkakan determinasikan menurut ukuran, konsistensi dan adanya nyeri)
5. Melakukan palpasi palatum dengan jari telunjuk dan rasakan terhadap pembengkakan
6. Melakukan palpasi dasar mulut (klien mengatakan "EL") secara sistematis dengan jari telunjuk dan rasakan terhadap pembengkakan
7. Meminta klien menjulurkan lidah, pegang lidah dengan kassa steril (dengan tangan kiri), jari telunjuk tangan kanan melakukan palpasi lidah

Pemeriksaan Hidung

1. Perawat duduk menghadap klien
2. Atur penerangan sebaik mungkin (bila perlu memakai lampu kepala)
3. Elevasikan ujung hidung klien dengan menekan hidung secara ringan dengan ibu jari, kemudian amati bagian anterior lubang hidung
4. Amati septum hidung dan adanya perforasi
5. Pasang ujung spekulum hidung pada lubang hidung
6. Posisikan kepala klien sedikit menengadah sehingga bagian atas rongga hidung dapat diamati
7. Amati bentuk hidung dan posisi septum, kartilago dan dinding-dinding rongga hidung serta selaput rongga hidung (warna, sekresi, bengkak, perdarahan)
8. Lepas spekulum perlahan-lahan
9. Palpasi hidung untuk mengetahui adanya nyeri tekan

Pemeriksaan Telinga

1. Klien posisi duduk (anak/bayi dipangku) dan pemeriksa menghadap pada sisi telinga yang akan diperiksa
2. Atur pencahayaan dan bila perlu gunakan lampu kepala
3. Amati telinga luar, amati pinna terhadap ukuran, bentuk, warna, lesi dan massa
4. Pegang telinga dengan ibu jari dan telunjuk
5. Palpasi kartilago telinga luar secara sistematis (dari jaringan lunak, keras) dan catat adanya nyeri
6. Tekan bagian tragus ke dalam dan tulang telinga (di bawah daun telinga). Tanyakan adanya nyeri
7. Bandingkan dengan telinga satunya
8. Pegang bagian pinggir daun telinga dan secara perlahan-lahan tarik daun telinga ke atas belakang sehingga lubang telinga lurus (pada anak-anak daun telinga ditarik ke bawah)
9. Amati pintu masuk lubang telinga dan perhatikan adanya peradangan, perdarahan/kotoran
10. Masukkan otoskop yang telah menyala ke dalam lubang telinga
11. Letakkan mata di atas EYE-PIECE
12. Amati dinding lubang telinga terhadap kotoran/serumen, peradangan dan benda asing
13. Amati membran timpani (perforasi/cairan)
14. Lepas otoskop perlahan-lahan
15. Lakukan juga pada telinga satunya
16. Pegang arloji dan dekatkan ke telinga klien
17. Pindahkan posisi arloji perlahan-lahan menjauhi telinga dan minta klien mengatakan bila tidak mendengar lagi

Pemeriksaan Leher

INSPEKSI

1. Posisi klien duduk menghadap pemeriksa
2. Inspeksi kesimetrisan otot-otot leher, trakhea, benjolan pada dasar leher serta vena jugular dan arteri karotid
3. Minta klien menundukkan kepala sampai dagu menempel dada dan menengadahkan kepala ke belakang (lihat area leher dimana nodus tersebar). Bandingkan kedua sisi tersebut
4. Minta klien menoleh ke kanan dan ke kiri sehingga telinga menyentuh bahu. Perhatikan fungsi otot-otot sternomastoideus dan trapesius
5. Minta klien menengadahkan kepala, perhatikan adanya pembesaran kelenjar thyroid
6. Minta klien menelan ludah, perhatikan gerakan pada leher depan daerah kelenjar thyroid pada fossa suprasternal, lihat ada tidaknya massa dan kesimetrisan
7. Pemeriksa pindah ke belakanag klien

8. Minta klien menundukkan kepala sedikit
9. Palpasi dengan 3 jari masing-masing nodus limfe dengan urutan :
 - a. Nodus oksipital pada dasar trakhea
 - b. Nodus aurikel posterior di atas mastoideus
 - c. Nodus preaurikuler tepat di depan telinga
 - d. Nodus tonsiliar pada sudut mandibula
 - e. Nodus submaksilaris dan submental pada garis tengah di belakang ujung mandibula
10. Bandingkan kedua sisi leher. Periksa ukuran, bentuk, gerakan dan rasa nyeri yang timbul
11. Palpasi kelenjar tiroid dengan 2 jari dari tangan kanan kiri di bawah kartilago krikoid
12. Minta klien menundukkan dagu dan suruh menelan. Rasakan gerakan stimulus tiroid
13. Periksa pindah ke depan agak ke samping klien
14. Letakkan jari tengah pada bagian bawah trakhea
15. Palpasi trakhea ke atas, ke bawah dan ke samping dan deskripsikan kedudukan trakhea

Pemeriksaan Dada

Paru - paru

1. Posisikan klien senyaman mungkin
2. Secara keseluruhan perhatikan RR, bentuk dan ukuran dada, deviasi, retraksi intercosta dan bentuk tulang belakang
3. Amati dari depan dengan memperhatikan klavikula dan fosa supra/infraklavikula

PALPASI

1. Posisikan klien berbaring telentang
2. Palpasi gerakan diafragma/kesimetrisan ekspansi dengan meminta klien menarik nafas dalam
3. Perhatikan terhadap adanya nyeri tekan dan tumor
4. Letakkan sisi ulnar tangan pemeriksa di dada klien
5. Minta klien untuk mengucapkan kata TUJUH...TUJUH
6. Pemeriksaan dimulai dari dada atas sampai dada bawah
7. Perhatikan intensitas getaran suara dan bandingkan kanan dan kiri

PERKUSI

1. Posisi klien duduk
2. Lakukan perkusi mulai dari fosa klavikula kanan, kemudian dilanjutkan ke dada kiri, selanjutnya perkusi pada supra skapula dada belakang dan dilanjutkan ke bagian dada kiri
3. Lanjutkan lokasi perkusi bergeser ke bawah 2-3 cm, ke bawah sampai batas bawah abdomen
4. Bandingkan suara yang dihasilkan oleh perkusi dada kanan dan kiri

AUSKULTASI

1. Posisi klien tepa duduk
2. Tempelkan stetoskop pada dinding dada mulai dari depan diatas klavikula kiri dan teruskan ke sisi dinding dada mulai dari depan diatas klavikula kiri dan teruskan ke sisi dinding dada kanan. Lanjutkan pada skapula dada belakang kiri kemudian ke kanan
3. Minta klien untuk menarik nafas pelan-pelan dengan mulut terbuka
4. Dengarkan satu periode inspirasi dan ekspirasi
5. Geser ke bawah 2-3 cm dan seterusnya sampai ke dada bagian bawah

Jantung

INSPEKSI

1. Posisikan klien senyaman mungkin (berbaring terlentang)
2. Amati bentuk prekordial (kesimetrisan)
3. Amati denyut apeks jantung dan bayangan vena di dada

PALPASI

1. Bantu klien posisi supinasi
2. Tentukan sudut Louis (di antara manubrium dan badan sternum)
3. Pindah jari ke bawah sampai ICS 2
4. Tentukan area aorta dan pulmonal (amati adanya pulsasi)
5. Dari area aorta pindah jari secara lateral 5-7 cm ke garis midklavikula kiri dan tentukan PMI
6. Palpasi pulsasi pada area apikal dan kemungkinan pembesaran jantung
7. Amati pulsasi aorta pada area epigastrik (dasar sternum)

PERKUSI

1. Tentukan batas kiri jantung pada ICS III/IV garis prasternal kiri
2. Kembangkan daerah redup jantung (tidak lebih dari 4,7 dan 10 cm ke arah kiri dari garis midsternum pada ICS ke 4,5 dan 8)

AUSKULTASI

1. Anjurkan klien bernafas normal dan tahan saat ekspirasi
2. Dengarkan S1 (BJ I) sambil melakukan palpasi nadi karotis (bunyi S1 seirama dengan nadi karotis)
3. Dengarkan bunyi tambahan/murmur
4. Anjurkan pasien menghembuskan nafas dan menghirup kembali dengan tetap ditahan
5. Dengarkan bunyi S2 (BJ II) apakah tunggal atau tidak

Pemeriksaan Abdomen

INSPEKSI

1. Posisikan klien berbaring terlentang
2. Perhatikan kulit dan warna abdomen, bentuk perut, jaringan parut, luka striae dan bayangan vena, kesimetrisan
3. Perhatikan posisi, bentuk, warna dan inflamasi dari umbilikus

4. Amati gerakan permukaan, massa, pembesaran atau penegangan abdomen
5. Inspeksi abdomen untuk gerakan pernafasan normal

AUSKULTASI

1. Letakkan sisi diafragma stetoskop yang telah dihangatkan pada sisi kuadran kiri bawah
2. Minta pasien untuk tidak bicara dan beri tekanan ringan
3. Dengarkan bising usus selama 5 menit (bila mungkin)
4. Bila bising usus tidak terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen
5. Gunakan sisi bel stetoskop dan dengarkan bunyi desiran di bagian epigastrik dan pada tiap kuadran abdomen

PERKUSI

PERKUSI BATAS HATI

1. Lakukan perkusi pada garis midklavikula kanan setinggi umbilikus, geser perlahan ke atas samapi terjadi perubahan suara dari timpani menjadi pekak dan tandai batas hati tersebut
2. Untuk mengetahui batas atas, mulai perkuasi ke arah bawah di garis mid klavikula kanan pada area resonansi paru. Kemudian perhatikan perubahan bunyi dari resonan ke pekak
3. Ukur jarak antara batas atas dan bawah

PERKUSI LAMBUNG

1. Lakukan perkusi pada tulang iga bagian bawah dan bagian epigastrium kiri
2. Deskripsikan bunyi yang didapatkan

PERKUSI GINJAL

1. Posisikan klien duduk dan pemeriksa dibelakang pasien
2. Perkusi sudut kostovertebral digaris skapular sisi ulnar tangan kanan
3. Tanyakan pada klien n rasa nyeri yang timbul (normal tidak nyeri)

PALPASI

1. Posisi klien berbaring kembali
2. Tempatkan tangan di atas abdomen secara datar, jari-jari ekstensi dan berhimpitan
3. Palpasi dengan hati-hati sedalam 1 cm untuk mendeteksi area nyeri, penegangan abdomen dan massa, lanjutkan palpasi dalam (2,5-7,5cm)
4. Palpasi dilakukan di tiap kuadran abdomen
5. Perhatikan perubahan wajah pasien selama palpasi

PALPASI HATI DAN KANDUNG EMPEDU

1. Letakkan tangan kiri dibawah torak/dada kanan posterior klien pada iga ke-11 dan ke-12 kemudian tekan ke arah atas
2. Letakkan telapak tangan kanan diatas abdomen, jari-jari mengarah

ke kepala dan ekstensikan sehingga ujung-ujung jari terletak digaris klavikuler dibawah hati

3. Tekan dengan lembut ke dalam dan ke atas
4. Minta pasien menarik nafas dalam dan raba tepi abdomen saat abdomen mengempis
5. Palpasi tepi bawah hati pada sisi lateral dari otot rektus
6. Bila diduga ada penyakit kandung kemih, minta klien untuk menarik nafas dalam selama palpasi

PALPASI LIMPA

1. Letakkan secara menyilang telapak tangan kiri pemeriksa di bawah pinggang kiri klien dan tekan ke atas
2. Letakkan telapak tangan kanan dengan jari-jari ekstensi di atas abdomen di bawah tepi kiri kosta
3. Palpasi tepi limpa saat limpa bergerak ke bawah ke arah tangan pemeriksa

Pemeriksaan Genetalia

Laki-laki

1. Klien dalam posisi tidur terlentang
2. Amati rambut pubis (pertumbuhan dan penyebaran)
3. Perhatikan ukuran, kulit dan adanya kelainan pada penis
4. Bila pria tidak dikhitan, pegang penis dan buka katup penis, amati lubang uretra dan gland penis mengenai adanya ulkus, nodula, peradangan
5. Palpasi penis terhadap nyeri tekan dan keluaran
6. Dengan menggunakan ibu jari dan tiga jari pertama lakukan palpasi testis dan skrotum terhadap ukuran, konsistensi, bentuk dan kelicinan
7. Inspeksi area inguinal dan femoral (pembengkakan)
8. Lakukan palpasi untuk mengetahui adanya hernia dengan cara :
 - a. Minta klien berdiri dengan sebelah kaki (sisi yang diperiksa agak ditekuk)
 - b. Masukkan jari telunjuk ke dalam kulit skrotum dan dorong ke atas cincin inguinal eksterna
 - c. Bila cincin membesar, masukkan jari melalui cincin dan suruh klien mengejan/batuk (jika teraba berarti hernia inguinal)
9. Lakukan palpasi paha anterior dan minta klien batuk untuk mengetahui hernia femoral
10. Ubah posisi klien ke posisi sim dengan tungkai fleksi maksimal
11. Inspeksi area anus terhadap perdarahan, hemorroid, benjolan/pembengkakan pada perinium
12. Palpasi terhadap adanya nyeri tekan
13. Palpasi reflek anal eksterna dengan menggores kulit sekitar anus dengan benda agak runcing (kulit mengerut saat digores, maka

reflek positif)

Perempuan

1. Posisi klien litotomi dan selimuti bagian yang tidak diperiksa
2. Amati rambut pubis (distribusi dan pertumbuhannya)
3. Perhatikan kulit dan area pubis terhadap adanya lesi, eritema dll
4. Buka labia mayor dengan menggunakan sarung tangan
5. Amati bagian dalam labia mayora, labia minora, klitoris dan meatus uretra terhadap pembengkakan, ulkus, keluaran, pembengkakan, dll.
6. Ubah posisi klien dengan posisi sim dengan tungkai fleksi maksimal
7. Inspeksi area anus terhadap perdarahan, haemorroid, benjolan/pembengkakan pada perineum
8. Palpasi terhadap adanya nyeri tekan
9. Palpasi reflek anal eksterna dengan menggores kulit sekitar anus dengan benda agak runcing (kulit mengerut saat digores, maka reflek positif)

Pemeriksaan Ekstremitas

1. Mengkaji postur klien
2. Mengkaji cara berjalan pergerakan klien
3. Menginspeksi ukuran otot, bentuk dan kontur sendi
4. Mempalpasi otot, sendi, rentang gerak dan kekuatan otot

Tahap Terminasi

1. Lakukan cuci tangan
2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan

Dokumentasi

1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan
2. Catat respon klien
3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien
4. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien



**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE MEMANDIKAN PASIEN**

Pengertian	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan membersihkan tubuh dengan air
Tujuan	Agar perawatan diri meningkat dan mobilitas fisik meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Handuk mandi 2 buah3. Selimut mandi4. Sabun mandi5. Waskom 2 buah berisi air hangat (43-46°C)6. Pakaian bersih7. Linen tambahan, <i>jika perlu</i>8. Lotion, <i>jika perlu</i>
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan peralatan2. Lakukan cuci tangan 6 langkah3. Gunakan sarung tangan bersih4. Buka pakaian pasien dan perhatikan adanya luka, selang infus, atau alat-alat kesehatan lainnya5. Tutup bagian tubuh yang terbuka dengan selimut mandi6. Bersihkan area kepala/wajah:<ol style="list-style-type: none">a. Letakkan handuk di dadab. Bersihkan mata dari kantung sebelah dalam keluar, lalu keringkan

- c. Bersihkan wajah dan telinga, lalu keringkan
7. Bersihkan area lengan:
 - a. Letakkan handuk memanjang di bawah lengan
 - b. Bersihkan lengan terjauh terlebih dahulu
 - c. Bersihkan tangan sampai ketiak dengan usapan memanjang dan tegas dari distal ke proksimal, lalu keringkan
8. Letakkan handuk di atas dada dan abdomen
9. Bersihkan area dada:
 - a. Lipat handuk area dada ke arah umbilicus
 - b. Bersihkan dada dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan
10. Bersihkan area abdomen:
 - a. Lipat area abdomen ke arah dada
 - b. Bersihkan abdomen dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan
11. Bersihkan area kaki:
 - a. Tutup kaki dengan selimut mandi
 - b. Bersihkan kaki terjauh terlebih dahulu
 - c. Buka selimut pada kaki yang akan dibersihkan, lalu pasang handuk memanjang di bawahnya
 - d. Bersihkan kaki dengan usapan memanjang dan tegas lalu keringkan
12. Bersihkan area punggung:
 - a. Tutup badan pasien dengan selimut mandi
 - b. Atur posisi pasien miring
 - c. Letakkan handuk di sepanjang punggung dan bokong
 - d. Bersihkan punggung dengan usapan memanjang dan tegas dari area leher hingga ke bokong, lalu keringkan
 - e. Lakukan pemijatan pada punggung dan berikan lotion, jika diperlukan
13. Bersihkan area genitalia:
 - a. Tawarkan apakah akan membersihkan secara mandiri atau difasilitasi perawat
 - b. Letakkan handuk pada area dada dan perut serta selimut mandi pada area kaki
 - c. Bersihkan area genitalia, lalu keringkan
14. Fasilitasi mengenakan pakaian
15. Rapiakan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan
16. Lepaskan sarung tangan

Tahap Terminasi

	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan cuci tangan2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan2. Catat respon klien3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE: PERAWATAN RAMBUT**

Pengertian	Mengidentifikasi dan merawat kesehatan rambut dan kulit kepala serta mencegah terjadinya komplikasi
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Perawatan diri meningkat2. Mobilitas fisik meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih2. Kain penutup wajah3. Handuk4. Shampoo5. Air6. Teko atau timba7. Wadah penampung air bekas8. Pengalas tahan air9. Perlak atau alat khusus cuci rambut10. Apron11. Sisir12. Nampan atau troli untuk peralatan13. Pengering rambut
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan3. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perkenalkan diri2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan peralatan2. Pasang celemek3. Posisikan pasien dengan posisi nyaman4. Atur ketinggian tempat tidur

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Angkat bantal pasien 6. Pasang pengalas bawah kepala, leher, dan bahu 7. Pasang perlak gulung sebagai talang air bekas atau alat khusus cuci rambut di bawah kepala 8. Tempatkan wadah penampung air bekas 9. Masukkan ujung perlak gulung atau alat khusus cuci rambut ke wadah air bekas 10. Tutupi dada dengan handuk 11. Instruksikan menutup mata 12. Tutup wajah dengan kain penutup 13. Lepas perhiasan rambut jika ada 14. Gunakan sarung tangan bersih 15. Basahi rambut dengan air menggunakan teko atau timba 16. Olesi rambut dengan shampoo hingga merata ke seluruh rambut kepala 17. Bilas rambut dengan air hingga bersih 18. Angkat perlak gulung atau alat khusus cuci rambut dari bawah kepala 19. Letakkan kepala pasien di atas pengalas 20. Buka tutup wajah pasien 21. Keringkan rambut dengan pengering rambut 22. Sisir rambut pasien 23. Angkat pengalas dan handuk di dada pasien 24. Pasang bantal pasien 25. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan 26. Lepaskan apron dan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE: BERPAKAIAN

Pengertian	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias
Tujuan	Agar perawatan diri meningkat dan mobilitas fisik meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>2. Kasa steril3. Air bersih dalam tempatnya4. Bengkok
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)5. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan6. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">5. Perkenalkan diri6. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan7. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien8. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">27. Dekatkan peralatan28. Lakukan cuci tangan 6 langkah29. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i>30. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau31. Sediakan pakaian pribadi, <i>sesuai kebutuhan</i>32. Fasilitasi mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i>33. Fasilitasi berhias (menyisir rambut, merapikan kumis dan jenggot)34. Jaga privasi pasien selama berpakaian35. Tawarkan untuk <i>laundry</i>, <i>jika perlu</i>36. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri37. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan38. Lepaskan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p>

	<ol style="list-style-type: none">3. Lakukan cuci tangan4. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">5. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan6. Catat respon klien7. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien8. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE: PERAWATAN KAKI

Pengertian	Mengidentifikasi dan merawat kaki untuk keperluan relaksasi, kebersihan, dan kesehatan kulit kaki
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Agar perawatan diri meningkat2. Tingkat pengetahuan meningkat3. Integritas kulit dan jaringan meningkat
Persiapan Alat/Bahan	<ol style="list-style-type: none">5. Set perawatan kaki (gunting kuku, sikat kaki, amplas kaki, kasa besar)6. Sarung tangan bersih7. Air bersih8. Sabun cair9. Pelembab kulit10. Handuk11. Masker12. Apron plastic13. Klorheksidin 4%14. Pengalas15. Scalpel, jika perlu
Prosedur Tindakan	<p>Tahap Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none">7. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)8. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan9. Lakukan cuci tangan <p>Komunikasi Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">9. Perkenalkan diri10. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan11. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien12. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">39. Dekatkan peralatan

	<p>40. Pasang pengalas di bawah kaki</p> <p>41. Gunakan sarung tangan bersih</p> <p>42. Periksa seluruh permukaan kaki dan kuku, termasuk sela-sela jari dan tumit kaki</p> <p>43. Cuci kedua kaki dengan air bersih dan sabun/antiseptic</p> <p>44. Sikat kaki dan kuku</p> <p>45. Gunakan amplas kaki untuk menipiskan kalus ringan</p> <p>46. Gunakan scalpel untuk mengikis kalus yang tebal dan eras serta rapikan dengan menggunakan gerinda</p> <p>47. Potong kuku kaki mengikuti bentuk normal jari kaki (tidak terlalu dekat dengan kulit dasar kuku)</p> <p>48. Cuci kembali dengan air bersih dan keringkan seluruh permukaan kaki dengan handuk</p> <p>49. Berikan pelembab pada seluruh permukaan kaki sampai tibia, kecuali telapak kaki dan sela-sela jari kaki</p> <p>50. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan</p> <p>51. Lepaskan sarung tangan</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>5. Lakukan cuci tangan</p> <p>6. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p>Dokumentasi</p> <p>9. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</p> <p>10. Catat respon klien</p> <p>11. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>12. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
Referensi	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE: PERAWATAN KUKU

Pengertian	Mengidentifikasi dan merawat kuku agar bersih dan sehat serta tidak mengalami lesi kulit akibat perawatan kuku yang tidak tepat
Tujuan	1. Agar perawatan diri meningkat 2. Tingkat pengetahuan meningkat 3. Integritas kulit dan jaringan meningkat
Persiapan Alat/Bahan	16. Sarung tangan bersih 17. Gunting kuku 18. Waskom berisi air hangat 19. Handuk 20. Sabun 21. Pengalas
Prosedur Tindakan	Tahap Persiapan: 10. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 11. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 12. Lakukan cuci tangan Komunikasi Terapeutik: 13. Perkenalkan diri 14. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 15. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 16. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin Tahap Kerja 52. Dekatkan peralatan 53. Pasang pengalas di bawah kaki 54. Gunakan sarung tangan bersih 55. Tempatkan pengalas di atas tempat tidur 56. Tempatkan waskom berisi air hangat di atas pengalas 57. Rendam jari-jari pasien dalam Waskom berisi air hangat dan sabun 58. Keringkan jari-jari tangan dan kaki dengan menggunakan handuk 59. Potong kuku tangan dan kaki mengikuti bentuk normal jari kaki (tidak

	<p>terlalu dekat dengan kulit dasar kuku)</p> <ol style="list-style-type: none"> 60. Cuci jari-jari tangan dan kaki serta keringkan dengan handuk 61. Rapikan pasien dan bereskan alat yang digunakan 62. Lepaskan sarung tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Lakukan cuci tangan 8. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 14. Catat respon klien 15. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 16. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE: EDUKASI PERAWATAN GIGI PALSU

Pengertian	Mengajarkan perawatan kebersihan mulut dan gigi palsu
Tujuan	Agar perawatan diri meningkat, mobilitas fisik meningkat, citra tubuh meningkat, dan tingkat pengetahuan meningkat
Persiapan Alat/Bahan	22. Materi 23. Media 24. Alat peraga, <i>jika perlu</i>
Prosedur Tindakan	Tahap Persiapan: 13. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 14. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 15. Lakukan cuci tangan Komunikasi Terapeutik: 17. Perkenalkan diri 18. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 19. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 20. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin Tahap Kerja 63. Dekatkan peralatan 64. Lakukan cuci tangan 6 langkah 65. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 66. Identifikasi pengetahuan tentang perawatan gigi palsu 67. Jelaskan prosedur membersihkan mulut dan gigi palsu 68. Anjurkan melepas gigi palsu bagian bawah terlebih dahulu kemudian gigi atas 69. Anjurkan memeriksa gigi palsu (retak, ujung tajam, ada bagian gigi yang hilang) 70. Anjurkan melepas gigi palsu minimal 1 jam (idealnya semalaman dan gigi palsu ditempatkan dalam cairan untuk gigi palsu atau air) 71. Anjurkan meletakkan gigi palsu jauh dari jangkauan anak-anak 72. Anjurkan memeriksa kondisi bibir, mulut, lidah, langit-langit, dan dasar mulut

	<p>73. Ajarkan membersihkan semua permukaan gigi palsu dengan sikat gigi lembut dan bilas dengan air mengalir</p> <p>74. Anjurkan menemui dokter gigi jika gigi palsu pecah, retak, atau terasa longgar</p> <p>75. Evaluasi pemahaman pasien tentang edukasi yang telah diberikan</p> <p>76. Berikan penguatan positif terhadap kemampuan yang didapat</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>9. Lakukan cuci tangan</p> <p>10. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p>Dokumentasi</p> <p>17. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</p> <p>18. Catat respon klien</p> <p>19. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>20. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
Referensi	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERSONAL HYGIENE: PERAWATA MULUT

Pengertian	Mengidentifikasi dan merawat kesehatan mulut serta mencegah terjadinya komplikasi
Tujuan	1. Perawatan diri meningkat 2. Tingkat pengetahuan meningkat
Persiapan Alat/Bahan	25. Sarung tangan bersih 26. Handuk kecil 27. Bengkok 28. Sikat gigi dan pasta gigi 29. Gelas untuk kumur 30. Spatel lidah yang dibungkus kasa 31. Klorheksidin oral 0,12-0,2% (atau NaCl 0,9%) 32. Pelembab bibir 33. Tisu
Prosedur Tindakan	Tahap Persiapan: 16. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 17. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 18. Lakukan cuci tangan Komunikasi Terapeutik: 21. Perkenalkan diri 22. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 23. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 24. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin Tahap Kerja 77. Dekatkan peralatan 78. Gunakan sarung tangan bersih 79. Atur pasien pada posisi yang nyaman 80. Lakukan inspeksi pada seluruh rongga mulut dengan menggunakan spatel lidah

	<p>81. Letakkan handuk kecil di bagian dada atau selipkan di baju pasien</p> <p>82. Letakkan bengkok di bawah dagu</p> <p>83. Anjurkan menggosok gigi, membilasnya dengan air bersih dan membuang air cuci mulut ke bengkok. Jika tidak mampu menggosok gigi secara mandiri, renggangkan gigi atas dan bawah dengan saptel lidah dengan lembut, dan bersihkan mulut dengan spatel lidah yang telah dibasahi air atau pencuci mulut</p> <p>84. Gosok lidah tetapi hindari reflex gag</p> <p>85. Periksa kondisi gigi, gusi, dan lidah pasien</p> <p>86. Oleskan pelembab pada bibir, jika perlu</p> <p>87. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan</p> <p>88. Lepaskan sarung tangan</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>11. Lakukan cuci tangan</p> <p>12. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p>Dokumentasi</p> <p>21. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</p> <p>22. Catat respon klien</p> <p>23. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</p> <p>24. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.