

LABORATORIUM  
KEPERAWATAN



# PANDUAN PRAKTIKUM LABORATORIUM KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO



**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. Ruangan 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 LAPORAN PRAKTIKUM LABORATORIUM

1. Laporan ditulis tangan pada buku folio ukuran F4
2. Prosedur Tindakan / SOP di print pada kertas HVS A4
3. Sistematika penyusunan:

HALAMAN 1 : Cover

<p>Judul Resume</p>  <p>Oleh: Nama Mahasiswa NIM</p> <p>Praktikum Keperawatan Dasar 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 Keperawatan Dasar di Laboratorium Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponrogo.</p> <p>Pembimbing                      Penyusun (.....)                                      (.....)</p>
--

HALAMAN 3 : Konsep Dasar Tindakan Praktikum

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

HALAMAN 4 : Prosedur Tindakan / SOP

HALAMAN 5 : Logbook

HALAMAN 6 : Daftar Pustaka

## LOGBOOK PRAKTIKUM KEPERAWATAN

Nama MK Praktikum : Keperawatan Dasar  
Nama Perasat :  
Nama Mahasiswa :



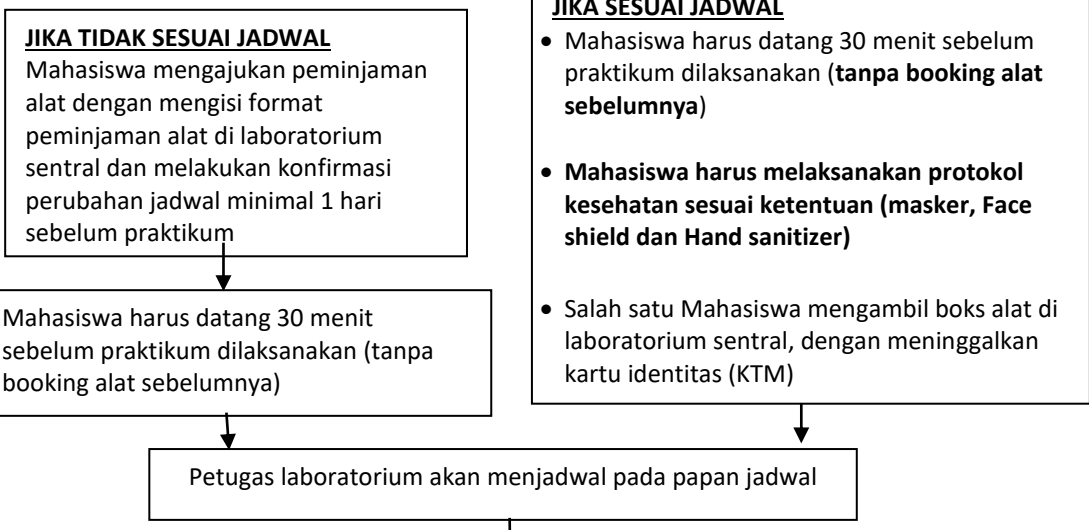
No.	Tanggal/Jam	Catatan Uraian Kegiatan	Nama dan TTD Dosen Pembimbing

Mengetahui  
Kepala Unit Laboratorium Keperawatan

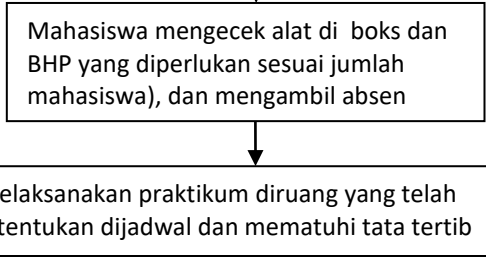
Ririn Nasriati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK. 1975070419990112

# ALUR PELAKSANAAN PRAKTIKUM LABORATORIUM KEPERAWATAN

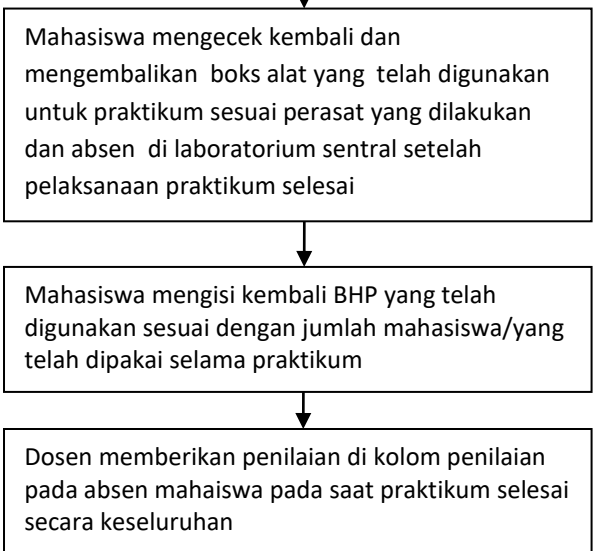
## PERSIAPAN



## PELAKSANAAN



## AKHIR



**DAFTAR KELOMPOK PRAKTIKUM LABORATORIUM  
KEPERAWATAN DASAR  
PRODI D3 KEPERAWATAN SEMESTER GENAP (2) TAHUN 2023/2024**

<b>Kelompok</b>	<b>Nama Kelompok</b>	<b>Kelompok</b>	<b>Nama Kelompok</b>
<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ega Melinda Putri</li> <li>2. Hanum Tri Desika</li> <li>3. Nur Iftitah Wahyuningrum</li> <li>4. Aldi Jagis Putra Ekya</li> <li>5. Nia Nimatuz Zahros</li> <li>6. Vanesa Pratami Putri</li> <li>7. Selvi Intan Dwi Kurniasari</li> <li>8. Bintang Saputra Vringga Buwana</li> </ol>	<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yunita Dwi Utami</li> <li>2. Aprilia Dwiyastuti</li> <li>3. Eka Pratama Sari</li> <li>4. Sindy Putri Rhamadhani</li> <li>5. Putri Rindang Fievtiany</li> <li>6. Bayu Herdianto</li> <li>7. Nova Windy Astuti</li> <li>8. Indra Sandiyansah</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stefany Erica Putri</li> <li>2. Nurrita Ririh Pratiwi</li> <li>3. Fungsi Citra Lestrari</li> <li>4. Rohamtul Amalia</li> <li>5. Ardha Wahyu Perdana Putra</li> <li>6. Reza Tegar Ihsani</li> <li>7. Adetya Salman Hafiz</li> <li>8. Dwi Utami Ningrum</li> </ol>	<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tria Wijayanti</li> <li>2. Hefit Afitri</li> <li>3. Ristu Adetya Pratiwi</li> <li>4. Salsabilla Balighotul Khithobah</li> <li>5. Muhammad Naufal Viandi</li> <li>6. Risti Widiyastuti</li> <li>7. Tutut Setiowati</li> <li>8. Muhammad Raihan Daffa Abyansyah</li> <li>9. Ichsanuddin NR</li> </ol>

**JADWAL PRAKTIKUM LABORATORIUM  
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN SEMESTER GENAP (2) TAHUN 2023/2024**

No	Nama Dosen	Mata Kuliah	Kelompok/ Ruang	Hari/Tang gal/Jam	Kompetensi			
1	Ririn Nasriati, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	1 Lab KDM	<b>Rabu, 17 April 2024</b>				
				08.00- 10.30	Injeksi IC, IM, SC, IV Penghitungan Dosis Obat			
			2 Lab KDM	<b>Rabu, 17 April 2024</b>				
				11.00- 13.30	Bed Making Mobilisasi (Memindahkan Pasien dan Mengatur Posisi)			
			1 Lab KDM	<b>Jum'at, 19 April 2024</b>				
				08.00- 10.30	Bed Making Mobilisasi (Memindahkan Pasien dan Mengatur Posisi)			
			2 Lab KDM	<b>Rabu, 24 April 2024</b>				
				08.00- 10.30	Injeksi IC, IM, SC, IV Penghitungan Dosis Obat			
			3 Lab KDM	<b>Jum'at, 26 April 2024</b>				
				08.00- 10.30	Injeksi IC, IM, SC, IV Penghitungan Dosis Obat			
			4 Lab KDM	<b>Selasa, 30 April 2024</b>				
				12.30- 15.00	Injeksi IC, IM, SC, IV Penghitungan Dosis Obat			
			2	Sri Andayani, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	2 Lab KMB	<b>Rabu, 17 April 2024</b>	
							08.00- 10.30	ADV Infus (Pemasangan, Perawatan Pelepasan dan Hitung Tetesan Infus)
1 Lab KMB	<b>Rabu, 17 April 2024</b>							
	11.00- 13.30	ADV Infus (Pemasangan, Perawatan Pelepasan dan Hitung Tetesan Infus)						
3 Lab Gadar	<b>Kamis, 18 April 2024</b>							
	08.00- 10.30	Bed Making Mobilisasi (Memindahkan Pasien dan Mengatur Posisi)						
3 Lab Gadar	<b>Kamis, 18 April 2024</b>							
	11.00- 13.30	ADV Infus (Pemasangan, Perawatan Pelepasan dan Hitung Tetesan Infus)						
4 Lab KDM	<b>Kamis, 25 April 2024</b>							
	08.00- 10.30	Bed Making Mobilisasi (Memindahkan Pasien dan Mengatur Posisi)						
4 Lab KDM	<b>Kamis, 25 April 2024</b>							
	11.00- 13.30	ADV Infus (Pemasangan, Perawatan Pelepasan dan Hitung Tetesan Infus)						



3	Laily Isro'in, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	<b>1</b> Lab KDM	<b>Kamis, 18 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Rawat Luka (Perawatan Luka basah dan Luka Operasi)
					Hecting dan Angkat Jahitan
			<b>3</b> Lab KDM	<b>Selasa, 23 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Rawat Luka (Perawatan Luka basah dan Luka Operasi)
					Hecting dan Angkat Jahitan
			<b>2</b> Lab KMB	<b>Kamis, 25 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Rawat Luka (Perawatan Luka basah dan Luka Operasi)
					Hecting dan Angkat Jahitan
			<b>4</b> Lab KDM	<b>Selasa, 30 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Rawat Luka (Perawatan Luka basah dan Luka Operasi)
					Hecting dan Angkat Jahitan
4	Dr. Sugeng Mashudi, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Kebutuhan Dasar Manusia	<b>1</b> Lab KDM	<b>Kamis, 18 April 2024</b>	
				11.00-13.30	Personal Hygiene (Memandikan, Keramas, Gosok Gigi, Potong Kuku)
			<b>4</b> Lab KMB	<b>Kamis, 18 April 2024</b>	
				11.00-13.30	Personal Hygiene (Memandikan, Keramas, Gosok Gigi, Potong Kuku)
			<b>2</b> Lab KMB	<b>Kamis, 25 April 2024</b>	
				11.00-13.30	Personal Hygiene (Memandikan, Keramas, Gosok Gigi, Potong Kuku)
			<b>3</b> Lab KMB	<b>Selasa, 30 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Personal Hygiene (Memandikan, Keramas, Gosok Gigi, Potong Kuku)
5	Nurul Sri Wahyuni, S.Kep	Kebutuhan Dasar Manusia	<b>2</b> Lab KMB	<b>Kamis, 18 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					TTV
			<b>3</b> Lab KMB	<b>Jum'at, 19 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					TTV
			<b>1</b> Lab KMB	<b>Jum'at, 26 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Pemeriksaan Fisik
					TTV
			<b>4</b> Lab KMB	<b>Jum'at, 26 April 2024</b>	
				11.00-13.30	Pemeriksaan Fisik
					TTV
6	Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.,Ns.,M.Kes ,P.hD	Kebutuhan Dasar Manusia	<b>4</b> Lab KMB	<b>Selasa, 23 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Kateter Laki-laki dan Perempuan (Pemasangan, Perawatan, Pelepasan)
			<b>2</b> Lab KMB	<b>Rabu, 24 April 2024</b>	
				08.00-10.30	Kateter Laki-laki dan Perempuan (Pemasangan, Perawatan, Pelepasan)
			<b>1</b> Lab KMB	<b>Rabu, 24 April 2024</b>	
				11.00-13.30	Kateter Laki-laki dan Perempuan (Pemasangan, Perawatan, Pelepasan)

			<b>3</b>	<b>Selasa, 30 April 2024</b>	
			<b>Lab KMB</b>	11.00- 13.30	Kateter Laki-laki dan Perempuan (Pemasangan, Perawatan, Pelepasan)

Mengetahui  
Kepala Unit Laboratorium Keperawatan



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Ririn Nasriati", is written over the official stamp.

Ririn Nasriati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK. 1975070419990112



**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**  
**PERSONAL HYGIENE: MANDI**

<b>Pengertian</b>	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan membersihkan tubuh dengan air
<b>Tujuan</b>	Agar perawatan diri meningkat dan mobilitas fisik meningkat
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Handuk mandi 2 buah</li><li>3. Selimut mandi</li><li>4. Sabun mandi</li><li>5. Waskom 2 buah berisi air hangat (43-46°C)</li><li>6. Pakaian bersih</li><li>7. Linen tambahan, <i>jika perlu</i></li><li>8. Lotion, <i>jika perlu</i></li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Lakukan cuci tangan 6 langkah</li><li>3. Gunakan sarung tangan bersih</li><li>4. Buka pakaian klien dan perhatikan adanya luka, selang infus, atau alat-alat kesehatan lainnya</li><li>5. Tutup bagian tubuh yang terbuka dengan selimut mandi</li><li>6. Bersihkan area kepala/wajah:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Letakkan handuk di dada</li><li>b. Bersihkan mata dari kantung sebelah dalam keluar, lalu keringkan</li><li>c. Bersihkan wajah dan telinga, lalu keringkan</li></ol></li><li>7. Bersihkan area lengan:</li></ol>

- 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
    - a. Bersihkan area dada:
    - b. Lipat handuk area dada ke arah umbilikus
    - c. Bersihkan dada dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan
  9. Bersihkan area abdomen:
    - a. Lipat area abdomen ke arah dada
    - b. Bersihkan abdomen dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan
  10. 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
  11. Bersihkan area punggung:
    - a. Tutup badan klien dengan selimut mandi
    - b. Atur posisi klien 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 pijatan pada punggung dan berikan lotion, jika diperlukan
  12. 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
  13. Fasilitasi mengenakan pakaian
  14. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan
  15. Lepaskan sarung tangan

#### **Tahap Terminasi**

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

	<b>Dokumentasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



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

<b>Pengertian</b>	Mengidentifikasi dan merawat kesehatan rambut dan kulit kepala serta mencegah terjadinya komplikasi
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perawatan diri meningkat</li><li>2. Mobilitas fisik meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Kain penutup wajah</li><li>3. Handuk</li><li>4. Shampoo</li><li>5. Air</li><li>6. Teko atau timba</li><li>7. Wadah penampung air bekas</li><li>8. Pengalas tahan air</li><li>9. Perlak atau alat khusus cuci rambut</li><li>10. Apron</li><li>11. Sisir</li><li>12. Nampan atau troli untuk peralatan</li><li>13. Pengering rambut</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Pasang celemek</li><li>3. Posisikan dengan posisi nyaman</li><li>4. Atur ketinggian tempat tidur</li></ol>

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



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

<b>Pengertian</b>	Mengidentifikasi dan merawat kaki untuk keperluan relaksasi, kebersihan, dan kesehatan kulit kaki
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Agar perawatan diri meningkat</li><li>2. Tingkat pengetahuan meningkat</li><li>3. Integritas kulit dan jaringan meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Set perawatan kaki (gunting kuku, sikat kaki, amplas kaki, kasa besar)</li><li>2. Sarung tangan bersih</li><li>3. Air bersih</li><li>4. Sabun cair</li><li>5. Pelembab kulit</li><li>6. Handuk</li><li>7. Masker</li><li>8. Apron plastic</li><li>9. Klorheksidin 4%</li><li>10. Pengalas</li><li>11. <i>Scalpel, jika perlu</i></li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li></ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasang pengalas di bawah kaki</li> <li>3. Gunakan sarung tangan bersih</li> <li>4. Periksa seluruh permukaan kaki dan kuku, termasuk sela-sela jari dan tumit kaki</li> <li>5. Cuci kedua kaki dengan air bersih dan sabun/antiseptik</li> <li>6. Sikat kaki dan kuku</li> <li>7. Gunakan amplas kaki untuk menipiskan kalus ringan</li> <li>8. Gunakan <i>scalpel</i> untuk mengikis kalus yang tebal dan keras serta rapikan dengan menggunakan gerinda</li> <li>9. Potong kuku kaki mengikuti bentuk normal jari kaki (tidak terlalu dekat dengan kulit dasar kuku)</li> <li>10. Cuci kembali dengan air bersih dan keringkan seluruh permukaan kaki dengan handuk</li> <li>11. Berikan pelembab pada seluruh permukaan kaki sampai tibia, kecuali telapak kaki dan sela-sela jari kaki</li> <li>12. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan</li> <li>13. Lepaskan sarung tangan</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> </ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



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

<b>Pengertian</b>	Mengidentifikasi dan merawat kuku agar bersih dan sehat serta tidak mengalami lesi kulit akibat perawatan kuku yang tidak tepat
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Agar perawatan diri meningkat</li><li>2. Tingkat pengetahuan meningkat</li><li>3. Integritas kulit dan jaringan meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Gunting kuku</li><li>3. Waskom berisi air hangat</li><li>4. Handuk</li><li>5. Sabun</li><li>6. Pengalas</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Pasang pengalas di bawah kaki</li><li>3. Gunakan sarung tangan bersih</li><li>4. Tempatkan pengalas di atas tempat tidur</li><li>5. Tempatkan waskom berisi air hangat di atas pengalas</li><li>6. Rendam jari-jari klien dalam waskom berisi air hangat dan sabun</li><li>7. Keringkan jari-jari tangan dan kaki dengan menggunakan handuk</li><li>8. Potong kuku tangan dan kaki mengikuti bentuk normal jari kaki (tidak</li></ol>

	<p>terlalu dekat dengan kulit dasar kuku)</p> <p>9. Cuci jari-jari tangan dan kaki serta keringkan dengan handuk</p> <p>10. Rapikan klien dan bereskan alat yang digunakan</p> <p>11. Lepaskan sarung tangan</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>1. Lakukan cuci tangan</p> <p>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p><b>Dokumentasi</b></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. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
<b>Referensi</b>	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



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

<b>Pengertian</b>	Mengajarkan perawatan kebersihan mulut dan gigi palsu
<b>Tujuan</b>	Agar perawatan diri meningkat, mobilitas fisik meningkat, citra tubuh meningkat, dan tingkat pengetahuan meningkat
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	1. Materi 2. Media 3. Alat peraga, <i>jika perlu</i>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<b>Tahap Persiapan:</b> 1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 3. Lakukan cuci tangan  <b>Komunikasi Terapeutik:</b> 1. Perkenalkan diri 2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin  <b>Tahap Kerja</b> 1. Dekatkan peralatan 2. Lakukan cuci tangan 6 langkah 3. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4. Identifikasi pengetahuan tentang perawatan gigi palsu 5. Jelaskan prosedur membersihkan mulut dan gigi palsu 6. Anjurkan melepas gigi palsu bagian bawah terlebih dahulu kemudian gigi atas 7. Anjurkan memeriksa gigi palsu (retak, ujung tajam, ada bagian gigi yang hilang) 8. Anjurkan melepas gigi palsu minimal 1 jam (idealnya semalaman dan gigi palsu ditempatkan dalam cairan untuk gigi palsu atau air) 9. Anjurkan meletakkan gigi palsu jauh dari jangkauan anak-anak 10. Anjurkan memeriksa kondisi bibir, mulut, lidah, langit-langit, dan dasar mulut

	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Ajarkan membersihkan semua permukaan gigi palsu dengan sikat gigi lembut dan bilas dengan air mengalir</li> <li>12. Anjurkan menemui dokter gigi jika gigi palsu pecah, retak, atau terasa longgar</li> <li>13. Evaluasi pemahaman klien tentang edukasi yang telah diberikan</li> <li>14. Berikan penguatan positif terhadap kemampuan yang didapat</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> </ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



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

<b>Pengertian</b>	Mengidentifikasi dan merawat kesehatan mulut serta mencegah terjadinya komplikasi
<b>Tujuan</b>	1. Perawatan diri meningkat 2. Tingkat pengetahuan meningkat
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	1. Sarung tangan bersih 2. Handuk kecil 3. Bengkok 4. Sikat gigi dan pasta gigi 5. Gelas untuk kumur 6. Spatel lidah yang dibungkus kasa 7. Klorheksidin oral 0,12-0,2% (atau NaCl 0,9%) 8. Pelembab bibir 9. Tisu
<b>Prosedur Tindakan</b>	<b>Tahap Persiapan:</b> 1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 3. Lakukan cuci tangan  <b>Komunikasi Terapeutik:</b> 1. Perkenalkan diri 2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin  <b>Tahap Kerja</b> 1. Dekatkan peralatan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Atur klien pada posisi yang nyaman 4. Lakukan inspeksi pada seluruh rongga mulut dengan menggunakan spatel lidah

	<p>5. Letakkan handuk kecil di bagian dada atau selipkan di baju klien</p> <p>6. Letakkan bengkok di bawah dagu</p> <p>7. 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 spatel lidah dengan lembut, dan bersihkan mulut dengan spatel lidah yang telah dibasahi air atau pencuci mulut</p> <p>8. Gosok lidah tetapi hindari <i>refleks gag</i></p> <p>9. Periksa kondisi gigi, gusi, dan lidah klien</p> <p>10. Oleskan pelembab pada bibir, <i>jika perlu</i></p> <p>11. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan</p> <p>12. Lepaskan sarung tangan</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>1. Lakukan cuci tangan</p> <p>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p><b>Dokumentasi</b></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. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## BED MAKING

<b>Pengertian</b>	Bed making adalah merapikan tempat tidur adalah mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur klien.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Untuk memberikan lingkungan yang bersih</li><li>2. Untuk mencegah/menghindari iritasi kulit dengan menciptakan alas tempat tidur dan selimut yang bebas dari kotoran/lipatan</li><li>3. Untuk meningkatkan gambaran diri dan harga diri klien dengan menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi dan nyaman</li><li>4. Untuk mengontrol penyebaran mikroorganisme</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Handscoon</li><li>2. Laken</li><li>3. Stiklaken</li><li>4. Alas/perlak</li><li>5. Selimut</li><li>6. Sarung Bantal</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi Identitas klien</li><li>2. Menyiapkan peralatan</li><li>3. Mencuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memperkenalkan diri</li><li>2. Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Mendapatkan persetujuan klien</li><li>4. Mengatur lingkungan sekitar klien</li><li>5. Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <p><b>Merapikan tempat tidur yang di pakai</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memakai sarung tangan dan mendekatkan alat-alat pada klien</li><li>2. Turunkan penghalang tempat tidur. Atur tinggi tempat tidur pada posisi yang memudahkan perawat bekerja. Atur posisi klien, bila perlu angkat bantal</li><li>3. Miringkan klien ke arah yang berlawanan dengan posisi perawat.</li><li>4. Lepaskan lipatan alat tenun yang terdapat di bawah kasur dari kepala ke kaki tempat tidur. Lipat alat tenun tersebut ke arah klien, pertamanya stik, perlak kemudian laken besar. Lipat sampai ke bawah bokong klien, punggung dan bahunya. Bila perlak akan dipakai kembali, jangan melipatnya.</li><li>5. Letakkan alat tenun bersih ditengah kasur, arah memanjang<ol style="list-style-type: none"><li>a. Laken besar dibawah perlak, stik laken diatas perlak</li><li>b. Buka lipatan laken besar ke arah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian lipat/masukan laken pada</li></ol></li></ol>



- ujung, kepala dan kaki tempat tidur ke bawah kasur
- c. Tarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya
6. Bentuk sudut pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur
    - 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 tempat 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

#### **Merapikan tempat tidur yang tidak di pakai**

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 linen 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 masukan 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



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) HEACTING AFF / MENGANGKAT JAHITAN

<b>Pengertian</b>	Tatacara melakukan tindakan mengangkat / membuka jahitan pada luka yang di jahit
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mencegah terjadinya infeksi dari benang</li><li>2. Mencegah tertinggalnya benang</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bak instrument steril</li><li>2. Pinset anatomi 2 buah</li><li>3. Pinset sirurgis 2 buah</li><li>4. Gunting angkat jahit 1 buah</li><li>5. Kipas alcohol dalam kom</li><li>6. Sarung tangan</li><li>7. Plester / hypafix</li><li>8. Gunting verband</li><li>9. Betadine dalam kom</li><li>10. NaCl 0,9%</li><li>11. Bengkok 2 buah</li><li>12. Kassa steril</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Bebaskan area luka dari pakaian</li><li>3. Pasang perlak dan pengalas di bawah area luka</li><li>4. Gunakan sarung tangan</li><li>5. Basahi plester dengan alcohol. Lepas plester dan balutan menggunakan pinset</li><li>6. Angkat balutan lapis terluar dan buang ke bengkok. Bersihkan bekas plester dan area di sekitar luka</li><li>7. Angkat balutan lapis dalam menggunakan pinset dan buang ke bengkok</li></ol>

8. Observasi luka, inspeksi warna luka, luas kerusakan integritas kulit, ukuran luka termasuk kedalaman, panjang dan lebar luka, karakter dan jenis drainase luka, bau, keadaan jahitan (bila ada), observasi daerah sekitar luka terhadap tanda peradangan. Palpasi sepanjang tepi luka untuk mengetahui adanya eksudat / pus di bawah jaringan.
9. Bersihkan luka, pegang kasa yang di basahi dengan NaCl menggunakan pinset. Gunakan satu kasa untuk setiap kali usapan. Bersihkan luka dari area yang kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi/menjauhi luka untuk mencegah kontaminasi organism ke dalam luka.
10. Keringkan luka dengan kasa kering, gunakan kasa bersih setiap kali usap
11. Lakukan desinfeksi luka dengan betadine. Letakkan kassa steril di dekat luka
12. Lepas jahitan satu persatu dengan cara:
  - a. Jepit dan tarik simpul jahitan sedikit ke atas secara hati – hati dengan memakai pinset chirurgis, sehingga benang yang berada di dalam kulit kelihatan;
  - b. Gunting benang tepat di bawah simpul yang berdekatan dengan kulit atau pada sisi lain yang tidak ada simpul;
  - c. Tarik benang secara hati – hati, buang ke kasa.
13. Bilas menggunakan NaCl
14. Kompres luka dengan kasa betadine atau berikan salep anti septic (bila di programkan) di sepanjang luka
15. Tutup luka dengan kasa steril:
  - a. Tutupi luka dengan satu kasa setiap kali sebagai lapisan kontak;
  - b. Pasang kasa lapisan ke dua sebagai lapisan absorben (melindungi luka pada masuknya mikroorganism).
  - c. Berikan plester empat sisi pada balutan kassa atau menutup rapat kasa dengan hypafix.
  - d. Bila menggunakan balutan modern/plastic berikan kasa tipis agar tidak menyulitkan penempelan plastic pada kulit.
16. Lepas sarung tangan
17. Bereskan alat dan posisikan pasien ke tempat yang nyaman

#### **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

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN AKSES INTRAVENA (INFUS)

<b>Pengertian</b>	Menyiapkan jalur masuk ke dalam pembuluh darah vena perifer untuk pemberian cairan, obat-obatan, dan produk darah.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Curah jantung meningkat</li><li>2. Perfusi miokard meningkat</li><li>3. Perfusi perifer meningkat</li><li>4. Sirkulasi spontan meningkat</li><li>5. Status cairan meningkat</li><li>6. Eliminasi fekal membaik</li><li>7. Tingkat syok menurun</li><li>8. Perfusi renal meningkat</li><li>9. Perfusi gastrointestinal meningkat</li><li>10. Kapasitas adaptif intracranial meningkat</li><li>11. Tingkat infeksi menurun</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan</li><li>2. Torniket</li><li>3. Kateter intravena sesuai ukuran (bayi/anak no. 24, dewasa no. 20 atau 22, geriatri no. 22 atau 24)</li><li>4. Alcohol swab</li><li>5. Balutan transparan (<i>transparent dressing</i>) atau kasa</li><li>6. Plester</li><li>7. Set infus, atau <i>injection plug</i></li><li>8. Cairan infus, <i>jika perlu</i></li><li>9. Pengalas</li><li>10. Bengkok</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li></ol>

3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien
4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin

**Tahap Kerja**

1. Dekatkan peralatan
2. Siapkan cairan infus (jika akan diberikan terapi cairan):
  - a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan
  - b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah bilik (*chamber*) infus dengan cairan infus
  - c. Alirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus
  - d. Pastikan tidak ada gelembung udara sepanjang selang infus
3. Atur posisi senyaman mungkin
4. Pilih vena yang akan diinsersi:
  - a. Vena pada ekstremitas non-dominan, kecuali *kontraindikasi* (seperti terdapat luka, fistula, untuk dialysis, riwayat mastektomi)
  - b. Vena yang lurus, cukup besar, dapat dipalpasi, dan jauh dari persendian
5. Letakkan pengalas di bawah lengan pasien
6. Pasang sarung tangan bersih
7. Dilatasi vena dengan memasang torniket 15-20 cm di atas vena yang akan diinsersi, dan/atau beberapa metode ini:
  - a. Posisikan area insersi lebih rendah dari jantung
  - b. Kepalkan telapak tangan
  - c. Ketuk-ketuk dengan lembut menggunakan ujung jari
  - d. Masase dari arah distal ke proksimal di bawah vena yang akan diinsersi
8. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan alcohol swab
9. Regangkan kulit di bawah vena yang akan diinsersi dengan menggunakan tangan yang tidak dominan
10. Insersikan kateter pada vena dengan sudut 10-30° dengan tangan dominan
11. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang kateter dan tarik sedikit stilet
12. Dorong kateter hingga mencapai pangkalnya
13. Lepaskan torniket
14. Tekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter
15. Sambungkan kateter intravena dengan set infus atau *injection plug*
16. Pasang balutan transparan (*transparent dressing*) pada area insersi
17. Berikan label pada dressing dan tuliskan tanggal dan waktu pemasangan

	<p>18. Rapikan pasien dan peralatan yang telah digunakan</p> <p>19. Lepaskan sarung tangan</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> </ol>
<b>Referensi</b>	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>





## SPO INJEKSI INTRACUTAN (IC)

<b>Pengertian</b>	Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui jalur intramuskuler
<b>Tujuan</b>	Untuk tes alergi, tes mantoux dan uji sensitivitas obat (misalnya antibiotik)
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Obat intracutan sesuai order</li><li>3. Alcohol swab</li><li>4. Spuit sesuai dengan kebutuhan</li><li>5. Cairan pelarut, jika perlu</li><li>6. Pengalas</li><li>7. Bengkok</li><li>8. Safety Box</li><li>9. Bak injeksi</li><li>10. Bulpoin</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)</li><li>3. Gunakan sarung tangan bersih</li><li>4. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial</li><li>5. Pilih area injeksi yang sesuai (dibawah kulit atau dapat dibawah dermis atau epidermis yang tidak berambut, warna kulit terang dan jauh dari pembuluh darah)</li><li>6. Hindari area yang mengalami memar, radang, edema, lesi, atau perubahan warna)</li><li>7. Pasang pengalas di bawah area yang dipilih</li><li>8. Desinfeksi area injeksi dengan alcohol swab</li></ol>

	<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><b>Tahap Terminasi</b></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><b>Dokumentasi</b></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>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



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

<b>Pengertian</b>	Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui jalur intramuskuler
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pertukaran gas meningkat</li><li>2. Ventilasi spontan meningkat</li><li>3. Tingkat nyeri menurun</li><li>4. Status neurologis membaik</li><li>5. Kontrol diri meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. S spuit, sesuai kebutuhan</li><li>3. Obat intramuskuler</li><li>4. Alkohol swab</li><li>5. Plester</li><li>6. Safety box</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)</li><li>3. Gunakan sarung tangan</li><li>4. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial</li><li>5. Pilih area injeksi yang sesuai (seperti vastus lateralis, ventrogluteal, deltoid)</li><li>6. Hindari area yang mengalami memar, radang edema, lesi, atau perubahan warna</li><li>7. Desinfeksi area injeksi dengan alkohol swab</li></ol>

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



**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**  
**INJEKSI IV**

<b>Pengertian</b>	Mmepersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprograman melalui pembuluh darah vena
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tingkat nausea menurun</li><li>2. tingkat nyeri menurun</li><li>3. tingkat alergi menurun</li><li>4. tingkat infeksi menurun</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Obat IV sesuai order</li><li>3. Alcohol swab</li><li>4. S spuit sesuai kebutuhan</li><li>5. Cairan pelarut jika perlu</li><li>6. Torniket</li><li>7. Pengalas</li><li>8. Bengkok</li><li>9. Safety box</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol>

**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

	<b>Dokumentasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN OBAT INSULIN DENGAN SPUIT

<b>Pengertian</b>	Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis melalui subkutan untuk mendapatkan efek local maupun sistemik
<b>Tujuan</b>	Kestabilan kadar gula darah meningkat
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Obat sesuai program</li><li>3. Sduit dan jarum sesuai kebutuhan</li><li>4. Pen insulin</li><li>5. Alcohol swab</li><li>6. Bak injeksi</li><li>7. Bengkok</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat (klien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)</li><li>3. Gunakan sarung tangan bersih</li><li>4. Pilih lokasi penyuntikan yang bebas dari luka, nyeri, bengkak, dan inflamasi</li><li>5. Bersihkan area penyuntikan dengan alcohol swab</li></ol>



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



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN LATIHAN RENTANG GERAK

<b>Pengertian</b>	Memberikan latihan berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi dan meningkatkan sirkulasi
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mobilitas fisik meningkat</li><li>2. Integritas kulit/jaringan meningkat</li><li>3. Neurovaskuler perifer meningkat</li><li>4. Pemulihan pascabedah meningkat,</li><li>5. Rasa nyaman meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	-
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman</li><li>3. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih</li><li>4. Lakukan latihan dengan:</li><li>5. Melakukan gerakan perlahan dan lembut</li><li>6. Menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi</li><li>7. Mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi</li><li>8. Menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan</li></ol>

9. Latihan pada leher:
  - a. Fleksi-ekstensi: tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali ke posisi tegak
  - b. Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiri
  - c. Rotasi lateral: palingkan wajah ke kiri dan kanan
10. Latihan pada bahu:
  - a. Elevasi-depresi: angkat dan turunkan bahu
  - b. Fleksi-ekstensi: angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula
  - c. Abduksi-adduksi: angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semula
  - d. Sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bagu
11. Latihan pada siku:
  - a. Fleksi-ekstensi: gerakan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula
  - b. 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
12. Latihan pada pergelangan tangan:
  - a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan, lalu tekuk ke atas
  - b. Fleksi radial-fleksi ulnar: tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking
  - c. Sirkumduksi: putar tangan pada poros pergelangan tangan
13. Latihan pada jari-jari tangan:
  - a. Fleksi-ekstensi: Kepalkan jari dan luruskan seperti semula
  - b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari dan rapat kembali
14. Latihan pada pelvis dan lutut:
  - a. Fleksi-ekstensi: Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula
  - b. Abduksi-adduksi: Gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnya
  - c. Rotasi internal-rotasi eksternal: Putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh
15. Latihan pada pergelangan kaki:
  - a. Dorso fleksi-plantar fleksi: Dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas
  - b. Eversi-inversi: Putar telapak kaki keluar, lalu ke dalam
  - c. Sirkumduksi: Putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki

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



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI TRENDELENBURG

<b>Pengertian</b>	Mengatur posisi berbaring dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki
<b>Tujuan</b>	Status cairan membaik, perfusi perifer meningkat, tingkat syok menurun, tingkat alergi menurun
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	1. Selimut dan bantal 2. Sarung tangan bersih
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>5. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>6. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Perkenalkan diri</li><li>6. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>7. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>8. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li><li>2. Atur posisi berbaring</li><li>3. Turunkan posisi tempat tidur bagian kepala</li><li>4. Atur hingga posisi kepala terletak lebih rendah dari kaki</li><li>5. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan</li><li>6. Lepaskan sarung tangan</li><li>7. Lakukan cuci tangan 6 langkah</li></ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Lakukan cuci tangan</li><li>4. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li></ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>6. Catat respon klien</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>8. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI FOWLER

<b>Pengertian</b>	Memberikan posisi duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bersihan jalan napas meningkat</li><li>2. Pertukaran gas meningkat</li><li>3. Pola napas membaik</li><li>4. Tingkat aspirasi menurun</li><li>5. Status cairan membaik</li><li>6. Status menelan meningkat</li><li>7. Mobilitas fisik meningkat</li><li>8. Rasa nyaman meningkat</li><li>9. Pemulihan pascabedah meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li><li>2. Bantal</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li><li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li><li>3. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi</li><li>4. Elevasi bagian kepala tempat tidur dengan sudut 60°-90°</li><li>5. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher</li><li>6. Pastikan klien dalam posisi nyaman</li><li>7. Rapihkan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan</li><li>8. Lepaskan sarung tangan</li></ol>

	<p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Lakukan cuci tangan</li><li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li></ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.





**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**  
**POSISI SUPINE**

<b>Pengertian</b>	Memberikan posisi telentang dengan merebahkan punggung pada tempat tidur
<b>Tujuan</b>	Mobilitas fisik meningkat, integritas kulit dan jaringan meningkat, pola tidur membaik, status kenyamanan meningkat, toleransi aktivitas meningkat
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Sarung tangan bersih</li><li>4. Bantal</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>5. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>6. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Perkenalkan diri</li><li>6. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>7. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>8. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li><li>10. Posisikan klien tidur telentang</li><li>11. Letakkan bantal di bahu dan kepala klien</li><li>12. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan</li><li>13. Lepaskan sarung tangan</li></ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p>

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Lakukan cuci tangan</li><li>4. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li></ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>6. Catat respon klien</li><li>7. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>8. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI SEMI FOWLER

<b>Pengertian</b>	Memberikan posisi setengah duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bersihan jalan napas meningkat</li><li>2. Pertukaran gas meningkat</li><li>3. Pola napas membaik ventilasi spontan meningkat</li><li>4. Penyapihan ventilator meningkat</li><li>5. Tingkat aspirasi menurun</li><li>6. Status cairan membaik</li><li>7. Status menelan meningkat</li><li>8. Mobilitas fisik meningkat</li><li>9. Kapasitas adaptif intracranial meningkat</li><li>10. Rasa nyaman meningkat, pemulih pascabedah meningkat, toleransi aktivitas meningkat</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li><li>6. Bantal</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>8. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>9. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Perkenalkan diri</li><li>10. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>11. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>12. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>14. Gunakan sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i></li><li>15. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li><li>16. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi</li><li>17. Elevasi bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30°-45°</li><li>18. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher</li><li>19. Pastikan klien dalam posisi nyaman</li><li>20. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan</li></ol>

	<p>21. Lepaskan sarung tangan</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>5. Lakukan cuci tangan</p> <p>6. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p><b>Dokumentasi</b></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>
<b>Referensi</b>	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



## MEMBANTU MOBILISASI PASIEN

<b>Pengertian</b>	Kadar gula darah adalah sejumlah glukosa (gula) dalam darah yang juga dikenal dengan kadar gula plasma.
<b>Tujuan</b>	Untuk mengetahui kadar gula darah dalam tubuh
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kursi roda</li><li>2. Brankard</li><li>3. Strecher atau tandu</li><li>4. Bad</li><li>5. Walker</li><li>6. Kruk</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Lakukan tindakan dengan 5 S (Senyum, salam, sapa, sopan, santun)</li><li>2. Lakukan perkenalan diri dan mengidentifikasi pasien</li><li>3. Jelaskan tujuan yang akan dilakukan</li><li>4. Menjelaskan prosedur pelaksanaan</li><li>5. Membuat Inform Consent dengan keluarga</li></ol> <p><b>Persiapan Lingkungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jaga privasi pasien dengan memasang sketsel/sampiran</li><li>2. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan aman</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <p><b>MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bantu pasien di tempat duduk di tepi tempat tidur</li><li>2. Kaji postural hipotensi</li><li>3. Instruksikan pasien untuk bergerak ke depan dan duduk di tepi</li></ol>

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"><li>8. panggul pasien, sedangkan perawat ketiga meletakkan tangan dibawah pinggul dan kaki.</li><li>9. Pada hitungan ketiga, angkat pasien bersama-sama dan pindahkan ke brankar</li><li>1. Atur posisi pasien, dan pasang pengaman.</li></ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Membersihkan dan menyimpan kembali peralatan pada tempatnya</li><li>2. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan</li><li>3. Melakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li><li>4. Dokumentasi</li></ol>
--	--





## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PELEPASAN INFUS

<b>Pengertian</b>	Serangkaian kegiatan menghentikan penambahan cairan ke dalam tubuh dikarenakan kebutuhan cairan sudah terpenuhi
<b>Tujuan</b>	Menghentikan penambahan cairan karena kebutuhan cairan sudah terpenuhi
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	1. Bengkok 2. Kapas alcohol 3. Plester
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Gunakan sarung tangan</li><li>3. Pastikan cairan infus telah kosong dan pemakaian tidak diperlukan lagi</li><li>4. Matikan tetesan infus</li><li>5. Buka plester pada tangan pasien dengan kapas alcohol, tekan luka tusukan jarum / iv catheter dan Tarik perlahan-lahan</li><li>6. Plester bekas luka tusukan jarum</li><li>7. Masukkan botol cairan infuse dan selang infus ke dalam sampah medis</li><li>8. Rapihan peralatan</li><li>9. Lepas sarung tangan</li></ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Lakukan cuci tangan</li><li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li></ol>

	<b>Dokumentasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PELEPASAN KATETER

<b>Pengertian</b>	Serangkaian kegiatan melakukan tindakan melepas selang kateter uretra dari kandung kemih
<b>Tujuan</b>	Mencegah infeksi
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kom</li><li>2. Sarung tangan</li><li>3. Kassa steril</li><li>4. Kapas alcohol</li><li>5. Cairan NaCl</li><li>6. Spuit 10cc</li><li>7. Perlak dan pengalas</li><li>8. Bengkok</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin. Supine untuk klien laki-laki dan dorsal recumbent untuk klien perempuan</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dekatkan peralatan</li><li>2. Gunakan sarung tangan</li><li>3. Pasang perlak dan pengalas dibawah bokong klien</li><li>4. Isi kom dengan cairan NaCl</li><li>5. Lepas plester dan bersihkan sisa plester dengan kapas alcohol</li><li>6. Lakukan aspirasi balon kateter hingga habis isinya dengan menggunakan spuit 10cc tanpa jarum</li><li>7. Minta pasien untuk melakukan nafas dalam dan rileks kemudian Tarik kateter secara perlahan hingga lepas</li><li>8. Letakkan kateter dan spuit ke dalam bengkok</li><li>9. Bersihkan preputium atau vulva dengan menggunakan kassa dan cairan NaCl</li></ol>

	<p>10. Lepaskan pernak, bantu klien untuk merapikan pakaian bawah</p> <p>11. Rapikan peralatan</p> <p>12. Lepas sarung tangan</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>1. Lakukan cuci tangan</p> <p>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</p> <p><b>Dokumentasi</b></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. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
<b>Referensi</b>	<p>PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi</p> <p>1. Jakarta: DPP PPNI.</p>



## SPO PEMANTAUAN TANDA-TANDA VITAL (TTV)

<b>Pengertian</b>	Mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiovaskuler, pernapasan dan suhu tubuh
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bersihan jalan napas meningkat</li><li>2. Pertukaran gas meningkat</li><li>3. Pola napas membaik</li><li>4. Curah jantung normal</li><li>5. Perfusi perifer efektif</li><li>6. Status cairan membaik</li><li>7. Keseimbangan cairan membaik</li><li>8. Tingkat perdarahan menurun</li><li>9. Tingkat syok menurun</li><li>10. Termoregulasi membaik</li><li>11. Status neurologis membaik</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Spigmomanometer dan manset</li><li>3. Stetoskop</li><li>4. Oksimetri nadi</li><li>5. Termometer</li><li>6. Jam atau pengukur waktu</li><li>7. Pulpen dan lembar pemantauan tanda vital</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gunakan sarung tangan bersih</li><li>2. Periksa tekanan darah dengan spigmomanometer, dengan cara:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Letakkan tensimeter sejajar dengan jantung klien</li><li>b. Buka lengan baju klien atau digulung</li><li>c. Raba arteri brachialis</li><li>d. Pasang manset tensimeter pada lengan atas 2-3 cm diatas denyut arteri dengan posisi pipa karet nya berada searah dengan arteri tersebut. Manset</li></ol></li></ol>

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



## STANDART PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN KATETER URINE LAKI-LAKI

<b>Pengertian</b>	Memasukkan selang kateter urine ke dalam kandung kemih melalui uretra pada klien laki-laki
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Eliminasi urine membaik</li><li>2. Kontinensia urine membaik</li><li>3. Status kenyamanan meningkat</li><li>4. Tingkat nyeri menurun</li><li>5. Tingkat infeksi menurun</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan steril</li><li>2. Kateter urine sesuai <i>ukuran</i></li><li>3. <i>Urine bag</i> dan penggantungnya</li><li>4. S spuit yang berisi 20 mL aquabides/NaCl atau <i>sesuai anjuran pabrik</i></li><li>5. Jeli lidokain 2%</li><li>6. Cairan antiseptic</li><li>7. Sarung tangan bersih</li><li>8. Kom bersih</li><li>9. Wadah sampel urine, <i>jika perlu</i></li><li>10. Kipas/kasa dan cairan antiseptic</li><li>11. Pengalas</li><li>12. Bengkok</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol>



**Tahap Kerja**

1. Atur posisi telentang dengan kaki abduksi
2. Letakkan pengalas di bawah bokong
3. Tutup area pinggang dengan selimut
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan bersih
6. Bersihkan area genitalia dengan kapas/kassa dan cairan antiseptic
7. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih
8. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di alas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik
9. Pasang sarung tangan steril
10. Sambungkan kateter dengan *urine bag*
11. Pegang penis tegak lurus dengan tangan non dominan dan masukkan 10 ml jeli ke dalam meatus uretra dengan tangan dominan
12. Tutup meatus uretra dengan jari telunjuk selama 1-2 menit
13. Masukkan kateter ke dalam meatus uretra secara perlahan dengan tangan dominan sampai pangkal kateter sambil mengajurkan tarik napas dalam
14. Lakukan fiksasi internal dengan memasukkan aquabides/NaCl untuk mengembangkan balon kateter
15. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih
16. Lepaskan sarung tangan steril
17. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester di area abdomen bawah dengan penis mengarah ke dada
18. Gantungkan *urine bag* dengan posisi lebih rendah dari klien
19. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari *urine bag*, jika perlu
20. Lepaskan sarung tangan bersih
21. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan

**Tahap Terminasi**

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

**Dokumentasi**

1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



**STANDART PROSEDUR OPERASIONAL  
PEMASANGAN KATETER URINE PASIEN PEREMPUAN**

<b>Pengertian</b>	Memasukkan selang kateter urine ke dalam kandung kemih melalui uretra pada pasien perempuan
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Eliminasi urine membaik</li><li>2. Kontinensia urine membaik</li><li>3. Status kenyamanan meningkat</li><li>4. Tingkat nyeri menurun</li><li>5. Tingkat infeksi menurun</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan steril</li><li>2. Kateter urine sesuai <i>ukuran</i></li><li>3. <i>Urine bag</i> dan penggantungnya</li><li>4. Spuit yang berisi 20 mL aquabides/NaCl atau <i>sesuai anjuran pabrik</i></li><li>5. Jeli lidokain 2%</li><li>6. Cairan antiseptic</li><li>7. Sarung tangan bersih</li><li>8. Kom bersih</li><li>9. Wadah sampel urine, <i>jika perlu</i></li><li>10. Kipas/kasa dan cairan antiseptic</li><li>11. Pengalas</li><li>12. Bengkok</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p>

1. Atur posisi *dorsal recumbent* (kedua lutut dilipat diregangkan/dibuka)
2. Letakkan pengalas di bawah bokong
3. Tutup area pinggang dengan selimut
4. Lakukan cuci tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan bersih
6. Bersihkan area perineum dengan kapas/kasa dan cairan antiseptic
7. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih
8. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di alas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik
9. Gunakan sarung tangan steril
10. Sambungkan kateter dengan urine bag
11. Lumasi ujung kateter 2,5-5 cm dengan jeli
12. Buka kedua labia minora dengan ibu jari dan telunjuk tangan non dominan
13. Masukkan kateter 5-7,5 cm ke dalam meatus uretra secara perlahan sambil menganjurkan tarik napas dalam
14. Perhatikan adanya aliran urine dalam selang *urine bag*
15. Lakukan fiksasi internal dengan memasukkan aquades/NaCl untuk mengembangkan balon kateter
16. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih
17. Lepaskan sarung tangan steril
18. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester di area paha dalam
19. Gantungkan *urine bag* dengan posisi lebih rendah dari pasien
20. Gunakan sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari urine bag, *jika perlu*
21. Lepaskan sarung tangan bersih
22. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan

#### **Tahap Terminasi**

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

#### **Dokumentasi**

1. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan; warna urine, jumlah urine yang keluar, jumlah aquades/NaCl untuk mengembangkan balon, tanggal/waktu dipasang
2. Catat respon pasien

	3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien 4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) Pemeriksaan Fisik

<b>Pengertian</b>	Melakukan pemeriksaan/pengkajian fisik secara lengkap
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menegakkan diagnosa</li><li>2. Mengenali kelainan pada klien</li><li>3. Sebagai data dasar</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Handscoon</i> non steril</li><li>2. <i>Penlight</i></li><li>3. Metlin</li><li>4. Stetoskop</li><li>5. <i>Hammer</i> reflek</li><li>6. Spekulum hidung</li><li>7. Otokop</li><li>8. <i>Slip lamp</i></li><li>9. <i>Tongue spatel</i></li><li>10. Kasa</li><li>11. Bengkok</li><li>12. Buku catatan</li><li>13. Pena</li><li>14. Pengukur TB dan BB</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <p><b>Pemeriksaan Kepala</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Posisikan klien duduk, kepala tegak lurus (lepas jika ada rambut palsu)</li><li>2. Tanyakan kepada klien, apakah rambut mudah rontok, ada perubahan warna, penggunaan <i>shampoo</i>, sedang kemoterapi</li><li>3. Amati penyebaran, ketebalan, tekstur dan lubrikasi</li></ol>

4. Perhatikan ukuran, bentuk dan posisi kepala terhadap tubuh
5. Perhatikan adanya lesi, luka, erupsi dan pustula pada kulit kepala dan folikel rambut, kutu rambut
6. Lakukan palpasi dengan menggunakan sarung tangan, sisihkan rambut untuk melihat karakteristik kulit kepala
7. Lakukan palpasi apakah ada nodul dan tumor
8. Lakukan penarikan ringan pada rambut untuk melihat kerontokan. (Pada neonatus, palpasi ringan fontanel anterior dan posterior, ukuran, bentuk dan tekstur).
9. Lakukan pemeriksaan wajah dengan inspeksi; sembab, kesimetrisan, lesi, oedem, 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 membuka mata
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
10. Amati warna sklera bersamaan waktu memeriksa konjungtiva
11. Amati warna iris, reflek dan bentuk pupil terhadap cahaya

#### **Palpasi**

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

### **Pemeriksaan Mulut**

#### **Inspeksi**

1. Posisikan klien berhadapan dengan perawat dengan tinggi yang sejajar
2. Amati bibir untuk mengetahui adanya kelainan kongenital bibir (sumbing), warna bibir, ulkus, lesi dan massa

3. Anjurkan klien membuka mulut
4. Amati keadaan setiap gigi mengenai posisi, jarak, dan warna. Lanjutkan dengan mengetuk gigi secara sistematis dan anjurkan klien untuk memberitahu bila timbul rasa nyeri
5. Perhatikan kebersihan mulut dan adanya bau mulut
6. Periksa lidah, minta klien untuk menjulurkan lidah dan perhatikan kesimetrisan, warna, ulkus dan kelainan lainnya
7. Amati selaput lender mulut mengenai warna, massa, peradangan/perdarahan, ulkus
8. Berikan klien kesempatan untuk menutup mulut sejenak
9. Minta klien membuka mulut kembali dan tekan lidah ke bawah sewaktu klien berkata "AH". Amati pharing terhadap kesimetrisan ovula.
10. Amati ukuran tonsil (untuk mengetahui adanya kelainan)

### **Palpasi**

1. Pertahankan posisi klien berhadapan dengan perawat
2. Letakkan handuk dibawah dagu dan menganjurkan klien membuka mulut
3. Pegang pipi di antara ibu jari dan jari telunjuk (jari telunjuk berada di dalam)
4. Pegang pipi secara sistematis dan perhatikan adanya tumor/pembengkakan (bila ada pembengkakan determinasikan menurut ukuran, konsistensi dan adanya nyeri)
5. Lakukan palpasi palatum degan jari telunjuk dan rasakan terhadap pembengkakan
6. Lakukan palpasi dasar mulut (klien mengatakan "EL") secara sistematis dengan jari telunjuk dan rasakan terhadap pembengkakan
7. Minta klien menjulurkan lidah, pegang lidah dengan kasa 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 sebagian 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. Lepaskan spekulum perlahan-lahan
9. Palpasi hidung untuk mengetahui adanya nyeri tekan

### **Pemeriksaan Telinga**

1. Posisikan klien 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. Posisikan klien duduk menghadap pemeriksa
2. Inspeksi kesimetrisan otot-otot leher, trakea, 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 tiroid
6. Minta klien menelan ludah, perhatikan gerakan pada leher dengan daerah kelenjar tiroid pada fossa suprasternal, lihat ada tidaknya massa dan kesimetrisan
7. Periksa pindah ke belakang klien
8. Minta klien menundukkan kepala sedikit
9. Palpasi dengan 3 jari masing-masing nodus limfa dengan urutan:
  - a. Nodus oksipital pada dasar trakea
  - 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 trakea
15. Palpasi trakea ke atas, ke bawah dan ke samping. Deskripsikan kedudukan trakea

## **Pemeriksaan Dada**

### **1. Paru-paru**

#### **Inspeksi**

- a. Posisikan klien senyaman mungkin
- b. Secara keseluruhan perhatikan RR, bentuk dan ukuran dada, deviasi, retraksi intercostae dan bentuk tulang belakang
- c. Amati dari depan dengan memperhatikan klavikula dan fossa supra/infraklavikula

#### **Palpasi**

- a. Posisikan klien berbaring telentang
- b. Palpasi gerakan diafragma/kesimetrisan ekspansi dengan meminta

- klien menarik nafas dalam
- c. Perhatikan terhadap adanya nyeri tekan dan tumor
  - d. Letakkan sisi ulnar tangan pemeriksa di dada klien
  - e. Minta klien untuk mengucapkan kata TUJUH... TUJUH...
  - f. Pemeriksaan dimulai dari dada atas sampai dada bawah
  - g. Perhatikan intensitas getaran suara dan bandingkan kanan dan kiri

### **Perkusi**

- a. Posisikan klien duduk
- b. 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
- c. Lanjutkan lokasi perkusi bergeser ke bawah 2-3 cm, ke bawah sampai batas bawah abdomen
- d. Bandingkan suara yang dihasilkan oleh perkusi dada kanan dan kiri

### **Auskultasi**

- a. Posisikan klien tetap duduk
- b. 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 scapula dada belakang kiri kemudian ke kanan
- c. Minta klien untuk menarik nafas pelan-pelan dengan mulut terbuka
- d. Dengarkan satu periode inspirasi dan ekspirasi
- e. Geser ke bawah 2-3 cm dan seterusnya sampai ke dada bagian bawah

## **2. Jantung**

### **Inspeksi**

- a. Posisikan klien senyaman mungkin (berbaring, telentang)
- b. Amati bentuk prekordial (kesimetrisan)
- c. Amati denyut apeks jantung dan bayangkan vena di dada

### **Palpasi**

- a. Posisikan klien pada posisi supinasi
- b. Tentukan sudut Louis (di antara manubrium dan badan sternum)
- c. Pindah jari ke bawah sampai ICS 2
- d. Tentukan area aorta dan pulmonal (amati adanya pulsasi)
- e. Dari area aorta pindah jari secara lateral 5-7 cm ke garis mid klavikula kiri dan tentukan PMI
- f. Palpasi pulsasi pada area apikal dan kemungkinan pembesaran

jantung

g. Amati pulsasi aorta pada area epigastrik (dasar sternum)

### **Perkusi**

- a. Tentukan batas kiri jantung pada ICS III/IV garis parasternal kiri
- b. 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**

- a. Anjurkan klien bernafas normal dan tahan saat ekspirasi
- b. Dengarkan S1 (BJ I) sambil melakukan palpasi nadi karotis (bunyi S1 seirama dengan nadi karotis)
- c. Dengarkan bunyi tambahan/murmur
- d. Anjurkan klien menghembuskan nafas dan menghirup kembali dengan tetap ditahan
- e. Dengarkan bunyi S2 (BJ II) apakah tunggal atau tidak

## **Pemeriksaan Abdomen**

### **Inspeksi**

1. Posisikan klien berbaring telentang
2. Perhatikan kulit dan warna abdomen, bentuk perut, jaringan parut, luka striae dan bayangan vena, kesimetrisan
3. Perhatikan posisi, bentuk, warna dan inflamasi dari umbilicus
4. Amati gerakan permukaan, massa, pembesaran atau penengangan abdomen
5. Inspeksi abdomen untuk gerakan pernafasan normal

### **Auskultasi**

1. Letakkan sisi diafragma stetoskop yang telah dihangatkan pada sisi kuadran kiri bawah
2. Minta klien 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 klien
2. Perkusi sudut costovertebral 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 klien 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 ekstensika sehingga ujung-ujung jari terletak digaris klavikula dibawah hati
3. Tekan dengan lembut ke dalam dan ke atas
4. Minta klien menarik nafa 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 telentang
2. Amati rambut pubis (pertumbuhan dan penyebaran)
3. Perhatikan ukuran, kulit dan adanya kelainan pada penis
4. Bila pria tidak di khitan, 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 mengkerut 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

	<p>7. Inspeksi area anus terhadap perdarahan, haemorroid, benjolan/pembengkakan pada perineum</p> <p>8. Palpasi terhadap adanya nyeri tekan</p> <p>9. Palpasi reflek anal eksterna dengan menggores kulit sekitar anus dengan benda agak runcing (kulit mengerut saat digores, maka reflek positif)</p> <p><b>Pemeriksaan Ekstremitas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji postur klien</li> <li>2. Mengkaji cara berjalan pergerakan klien</li> <li>3. Menginspeksi ukuran otot, bentuk dan kontur sendi</li> <li>4. Mempalpasi otot, sendi, rentang gerak dan kekuatan otot</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> </ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PERAWATAN LUKA POST OPERASI

<b>Pengertian</b>	Penggantian/Mengganti balutan untuk membantu dalam proses penyembuhan luka.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghilangkan sekresi yang menumpuk dan jaringan mati pada luka insisi.</li> <li>2. Mempermudah proses penyembuhan luka.</li> <li>3. Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme terhadap luka/insisi</li> </ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat-alat steril;             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pinset anatomis 1 buah</li> <li>b. Pinset sirugis 1 buah</li> <li>c. Gunting bedah/jaringan</li> <li>d. Kassa kering</li> <li>e. Kassa betadine</li> <li>f. Kom 2 buah</li> <li>g. Hand scoon 1 pasang</li> <li>h. Korentang</li> <li>i. Sarung tangan steril 1 pasang</li> </ol> </li> <li>2. Alat-alat tidak steril;             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunting verban 1 buah</li> <li>b. Plester</li> <li>c. Perlak</li> <li>d. Kom kecil 2 buah</li> <li>e. Betadine</li> <li>f. Kapas alkohol</li> <li>g. Sabun cait anti septic</li> <li>h. Nacl 0,9 %</li> <li>i. Sarung tangan tidak steril 1 pasang</li> <li>j. Masker</li> <li>k. Bengkok</li> <li>l. Kantong plastik/tempat sampah</li> </ol> </li> </ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li> <li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li> <li>3. Lakukan cuci tangan</li> </ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perkenalkan diri</li> <li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li> <li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li> </ol>



**Tahap Kerja**

1. Dekatkan peralatan
2. Gunakan sarung tangan tidak steril
3. Letakkan perlak di bawah area luka
4. Buka balutan lama dengan menggunakan pinset anatomi, buang balutan bekas ke dalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester dengan cara melepaskan ujungnya dan menahan kulit di bawahnya, setelah itu tarik secara perlahan sejajar dengan kulit dan kearah balutan (bila masih terdapat sisa perekat di ulit dapat di hilangkan dengan kapas alcohol
5. Letakkan balutan kotor ke bengkok lalu buang ke tempat sampah/kantong plastic
6. Kaji lokasi luka, jumlah jahitan, pus/nanah dan bau dari luka
7. Buka set balutan steril dan siapkan larutan pencuci luka dan obat luka yg di anjurkan dengan memperhatikan tehnik aseptik
8. Lepas sarung tangan ganti dengan sarung tangan steril
9. Bersihkan luka dengan sabun anti septic atau larutan Nacl 0,9%
10. Pencet atau tekan area bagian luar dari luka operasi untuk mengeluarkan cairan atau nanah/pus
11. Berikan obat dengan cara di olesi di permukaan luka
12. Tutup luka, dengan cara:
  - a. Balutan kering;
    - Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi area luka/insisi dan bagian sekeliling kulit
    - Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap
    - Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar
  - b. Balutan basah kering;
    - Lapisan pertama kassa steril yang telah di beri cairan steri atau cairan Nacl 0,9 % atau untuk menutup area luka
    - Lapisan kedua kassa steril yang lembab
    - Lapisan ketiga kassa steril yang tebal dan kering pada bagian luar
13. Plester dengan rapi
14. Angkat perlak dari bawah area luka
15. Lepaskan sarung tangan dan buang di bengkok
16. Atur dan rapikan posisi pasien

**Tahap Terminasi**

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

	<b>Dokumentasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.



## SPO PERAWATAN LUKA

<b>Pengertian</b>	Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka
<b>Tujuan</b>	Integritas kulit dan jaringan meningkat, tingkat nyeri menurun, dan tingkat infeksi menurun
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Sarung tangan steril</li><li>3. Cairan antiseptic</li><li>4. Alat cukur rambut, jika perlu</li><li>5. Set perawatan luka<ol style="list-style-type: none"><li>a. Bak instrument</li><li>b. Cucing</li><li>c. Pinset anatomis 2 buah</li><li>d. Pinset chirugis</li><li>e. Gunting lurus</li><li>f. Gunting AJ</li><li>g. Gunting plester</li></ol></li><li>6. Waskom</li><li>7. Kapas alkohol</li><li>8. Kasa steril (Depres)</li><li>9. Kasa lipat steril</li><li>10. Cairan NaCl</li><li>11. Cairan Klorin</li><li>12. Salep</li><li>13. Plester</li><li>14. Gunting plester</li><li>15. Bengkok</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor karakteristik luka (meliputi drainase, warna, ukuran, dan bau)</li><li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan menggunakan kapas alkohol</li> <li>4. Cukur rambut sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>5. Lepaskan sarung tangan bersih dan pasang sarung tangan steril</li> <li>6. Bersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersih nontoxic, sesuai kebutuhan</li> <li>7. Bersihkan jaringan nekrotik, jika ada</li> <li>8. Berikan salep yang sesuai dengan kondisi luka, jika perlu</li> <li>9. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>11. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>12. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>13. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li>14. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan</li> <li>15. Lepaskan sarung tangan</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien</li> </ol>
<b>Referensi</b>	PPNI (2021). <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> , Edisi 1. Jakarta: DPD PPNI.



## STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) HECTING (PENJAHITAN LUKA)

<b>Pengertian</b>	Menyatukan ujung luka dengan menggunakan jarum dan benang jahit steril
<b>Tujuan</b>	Mempercepat penyembuhan dan memulihkan fungsi sementara dan memperkecil resiko infeksi serta pembentukan jaringan parut
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Peralatan Steril<ol style="list-style-type: none"><li>a. Bak instrumen</li><li>b. Pinset anatomis 2 buah</li><li>c. Pinset sirurgi 1 buah</li><li>d. Gunting lurus 1 buah</li><li>e. Gunting AJ 1 buah</li><li>f. Cucing 2 buah</li><li>g. Kasa steril</li><li>h. Sarung tangan steril</li><li>i. Antiseptic solution</li><li>j. Cairan NaCl</li><li>k. Alkohol 70%</li><li>l. Duk lubang</li><li>m. Benang <i>Hecting</i></li><li>n. Jarum <i>Hecting</i></li><li>o. Kom</li><li>p. Spuit 3 cc</li></ol></li><li>2. Peralatan Tidak Steril<ol style="list-style-type: none"><li>a. Sarung tangan bersih</li><li>b. Plester</li><li>c. Gunting verban</li><li>d. Underpad</li><li>e. Bengkok</li><li>f. Waskom berisi larutan chlorin 0,5%</li><li>g. Obat anestesi</li></ol></li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<b>Tahap Persiapan:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li></ol>

3. Lakukan cuci tangan

**Komunikasi Terapeutik:**

1. Perkenalkan diri
2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan
3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien
4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin

**Tahap Kerja**

1. Dekatkan peralatan
2. Pasang underpad
3. Gunakan sarung tangan
4. Bersihkan area luka dengan cairan steril (cairan antiseptik, larutan NaCl)
5. Berikan anestesi lokal di area luka
6. Lepas sarung tangan bersih dan gunakan sarung tangan steril
7. Pasang duk lubang
8. Gunakan jarum untuk menghecting dari arah dalam keluar
9. Pegang jarum *hecting* dengan arteri klem
10. Gunakan benang *hecting* sesuai dengan luka klien
11. Jahit luka dengan memasukkan jarum tegak lurus terhadap permukaan kulit
12. Apabila luka dalam sampai jaringan otot, maka jahit lapis demi lapis
13. Tarik jahitan cukup kencang sampai kulit tidak tertekuk
14. Kunci jahitan dengan simpul
15. Sisakan benang untuk jahitan luar 0,5 cm dan untuk jahitan dalam 1 mm lalu potong
16. Berikan antiseptik pada luka jahitan
17. Tutup luka dengan kasa steril kemudian plester
18. Angkat duk lubang
19. Rapihan klien dan bereskan alat
20. Lepaskan sarung tangan
21. Informasikan cara merawat jahitan
22. Informasikan tentang waktu pelepasan jahitan

**Tahap Terminasi**

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

**Dokumentasi**

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li><li>2. Catat respon klien</li><li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li><li>4. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li></ol>
<b>Referensi</b>	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.