

**KUMPULAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
TINDAKAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR**



Penyusun:

- 1. Ns. Dian Anggraini, S.Kep., M.Kep**
- 2. Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN (FKIK) UNIVERSITAS
KRISTEN KRIDA WACANA (UKRIDA) JAKARTA**

2022

Prosedur Pemenuhan Istirahat dan Aktivitas

Jenis Keterampilan : Melakukan ROM aktif dan pasif Nama Mahasiswa/NIM :

Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGKAJIAN			
1. Mengkaji kekuatan otot pasien			
PROSEDUR			
I. Persiapan alat			
1. Handbody / Body Lation			
2. Pena			
3. Form dokumentasi			
II. Prosedur Tindakan			
A. Tahap Pra Interaksi			
4. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan			
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih)			
6. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien			
B. Tahap Orientasi			
7. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga			
8. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dan tindakan yang akan dilakukan			
9. Tutup tirai kamar tidur pasien dan jaga privasi pasien.			
C. Tahap Kerja			
10. Latihan pasif anggota gerak atas			
a. Gerakkan menekuk dan meluruskan sendi bahu :			
✓ Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan.			
✓ Luruskan siku, naikkan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus.			
b. Gerakkan menekuk dan meluruskan siku :			
✓ Pegangan lengan atas dengan lengan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku			
c. Gerakkan memutar pergelangan tangan :			
✓ Pegangan lengan bawah dengan lengan satu, tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien.			
✓ Putar pergelangan tangan pasien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup).			
d. Gerakkan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan :			
✓ Pegang lengan bawah dengan lengan satu, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien.			
✓ Tekuk pergelangan tangan keatas dan kebawah.			
e. Gerakkan memutar ibu jari :			
✓ Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.			
f. Gerakkan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan :			

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan <p>11. Latihan pasif anggota gerak bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gerakkan menekuk dan meluruskan pangkal paha : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. ✓ Naikkan dan turunkan kaki dengan lutut tetap lurus. b. Gerakkan menekuk dan meluruskan lutut : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. ✓ Tekuk dan luruskan lutut. c. Gerakkan untuk pangkal paha : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerakkan kaki pasien menjauh dan mendekati badan (kaki satunya). d. Gerakkan memutar pergelangan kaki : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pegang tungkai dengan tangan satu, tangan lainnya memutarpergelangan kaki. <p>12. Latihan aktif anggota gerak atas dan bawah :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Latihan 1 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angkat tangan yang lumpuh menggunakan tangan yang sehatkeatas. ✓ Letakkan kedua tangan diatas kedua kepala ✓ Kembalikan tangan ke posisi semula b. Latihan 2 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angkat tangan yang lumpuh melewati dada kearah tangan yang sehat ✓ Kembali ke posisi semula c. Latihan 3 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angkat tangan yang lemah menggunakan tangan yang sehatkeatas ✓ Kembali seperti semula d. Latihan 4 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tekuk siku yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat ✓ Luruskan siku, kemudian angkatkeatas ✓ Letakkan kembali tangan yang lumpuh ditempat tidur e. Latihan 5 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pegang pergelangan tangan yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat, angkat keatas dada. ✓ Putar pergelangan tangan kearah dalam dan kearah luar <p>D. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 13. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya. 14. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 15. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 			
--	--	--	--

16. Mencuci tangan.			
EVALUASI 1. Pastikan pasien nyaman dan rileks saat latihan, jika kelelahan istirahatkan terlebih dahulu 2. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 1. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan catat dalam pendokumentasi rekam medik pasien mengenai kekuatan otot pasien, gerakan dan observasi jika adanya luka tekan dan atropi pada otot pasien.			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

Nilai : _____ x 100 = 20

.....
Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : Mobilisasi miring kiri dan kanan Nama :
 Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji kekuatan otot. 2. Kaji tingkat kesadaran pasien			
PROSEDUR I. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Minyak kepala / Minyak telon / Vaseline / Body Lotion 3. Pena 4. Form dokumentasi II. Prosedur Tindakan <p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan 6. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) 7. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien. 9. Memberitahukan pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan. 10. Kontrak waktu dan tempat pelaksanaan tindakan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Menjaga privasi pasien, Perawat mencuci tangan dan memakai sarung tangan 12. Membuka penjagaan tempat tidur pasien di sebelah perawat dan pastikan penjagaan diarah berlawanannya dalam keadaan tertutup dan yakinkan bawa sekitar pasien dalam keadaan aman. untuk mempermudah perawat akan melakukan mobilisasi 13. Pastikan posisi pasien pada bagian tengah tempat tidur, posisi supinasi (terlentang) lebih mudah untuk melakukan mobilisasi MiKa – MiKi. 14. Letakkan bantal guling diatas dada pasien dengan tangan kanan pasien yang menahan dan menyentuh ke pundak kiri / sebaliknya. 15. Kemudian tekuk kaki kanan pasien 16. dan letakkan telapan kaki pasien kesisi kaki kiri (berlawanan) 			

<p>17. Jika sudah dilakukan maka pegang punggung dan pinggul pasien lalu dorong ke arah kiri / sebaliknya.</p> <p>18. Berikan bantalan di area punggung pasien dan kaki pasien yang dalam posisi ditekuk.</p> <p>19. Lakukan tindakan tersebut secara terus menerus setiap 2 jam .</p> <p>D. Tahap Terminasi</p> <p>20. Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya.</p> <p>21. Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan,.</p> <p>22. Mencuci tangan kembali. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>1. Pastikan pasien merasa nyaman dan rileks</p> <p>2. Evaluasi kondisi kulit di area penekanan</p> <p>3. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan mobilisasi pasien</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai _____ x 100 =</p> <p style="text-align: center;">28</p>
--

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda Nama Mahasiswa/NIM:

Tempat :

Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
<p>PENGAJIAN</p> <p>1. Mengkaji apakah pasien dalam keadaan tirah baring & immobilisasi atau mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah</p>			
<p>PROSEDUR</p> <p>I. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Roda 2. Selimut <p>II. Prosedur Tindakan</p> <p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan 4. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) 5. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien. 7. Memberitahukan pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan. 8. Kontrak waktu dan tempat <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Dekatkan kursi roda ke pasien dan pastikan kursi roda sudah dalam terkunci 10. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien 11. Berikan posisi lateral kiri atau kanan (yang berdekatan dengan arah kursi roda) 12. Letakkan kedua tangan petugas dibawah aksila pasien (seperti memeluk) sampai posisi pasien seperti duduk 13. Pertahankan posisi tersebut dan anjurkan pasien kaki pasien mulai menapaki lantai dan posisi panggul pasien mencapai akhir tempat tidur. 14. Letakkan satu kaki petugas diantara kedua kaki pasien. 15. Pegang dengan kuat dan geser pasien langsung ke kursi roda. 16. Rapiakan pasien yang sudah berada duduk di kursi roda 17. Tutup area perut sampai dengan ekstremitas bawah pasien dengan selimut dan jangan lupa membuka pengunci kursi roda sebelum berjalan . <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. 			

19.Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan 20.Mencuci tangan			
EVALUASI 1. Pastikan pasien aman saat berpindah/bergerak 2. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 1. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan pemindahan posisi dari tempat tidur ke kursi roda			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai _____ x 100 =</p> <p style="margin-left: 40px;">24</p>

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankar Nama mahasiswa/NIM:
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji apakah pasien dalam keadaan tirah baring & immobilisasi atau mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah			
PROSEDUR			
I. Persiapan alat			
1. Brankar / Tempat tidur pasien			
2. Sarung tangan			
3. Selimut			
II. Prosedur Tindakan			
A. Tahap Pra Interaksi			
4. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan			
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih)			
6. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien			
B. Tahap Orientasi			
7. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien.			
8. Memberitahukan pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan.			
9. Kontrak waktu dan tempat			
C. Tahap Kerja			
10. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien			
11. Tutup gordena untuk menjaga privasi klien			
12. Dekatkan brankar / tempat tidur ke pasien dan pastikan sudah dalam terkunci			
13. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien			
14. Kunci roda tempat tidur pasien.			
15. Berikan posisi supine dan ajurkan tangan pasien dalam posisi memeluk badan sendiri.			
16. Letakkan kedua tangan petugas dibawah area kepala sampai dengan pundak, area pundak sampai ke area pinggul, dan area pinggul sampai ke kaki pasien			
17. Pertahankan posisi tersebut dengan kuat dan anjurkan pasien untuk rileks			
18. Perawat yang memegang area kepala menjadi penghitung dalam pengangkatan pasien.			
19. Penghitungan / Pemberi aba - aba dimulai dan angkat pasien dan pertahankan posisi dengan kuat.			
20. Gotong / geserkan pasien ke brankar / tempat tidur yang			

<p>sudah disediakan dan pastikan sudah terkunci</p> <p>21. Rapikan pasien dan pasang selimut untuk menjaga privasi pasien</p> <p>D. Tahap Terminasi</p> <p>22. Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya.</p> <p>23. Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan,</p> <p>24. Mencuci tangan kembali. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>1. Pastikan pasien aman dan rileks saat pemindahan</p> <p>2. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan pemindahan posisi dari tempat tidur ke kursi roda</p>			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai _____ x 100 =</p> <p style="text-align: center;">28</p>
--

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan elektrolit

Jenis Keterampilan : Pengukuran tekanan darah
Tempat :

Nama Mahasiswa/NIM :
Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
2. Mengkaji tanda – tanda vital pasien			
PROSEDUR			
III. Persiapan alat			
1. Stetoskop			
2. Tensimeter/ sphygmomanometer			
3. Pena			
4. Pensil berwarna (biru, merah, hijau)			
5. Form dokumentasi			
IV. Prosedur Tindakan			
E. Tahap Pra Interaksi			
6. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan			
7. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka , penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih)			
8. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien			
F. Tahap Orientasi			
9. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga			
10. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan pengecekan tanda – tanda vital			
G. Tahap Kerja			
11. Menempatkan pasien dalam keadaan duduk/berbaring dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian			
12. Menempatkan tensimeter dengan membuka aliran air raksa atau tensimeter, mengecek saluran pipa dan meletakkan meteran secara vertikal			
13. Mempersiapkan stetoskop dengan corong bel yang terbuka			
14. Memasang manset sedemikian rupa sehingga melingkari lengan atas secara rapi dan tidak terlalu ketat, 2-3 cm di atas fossa cubiti dan bagian balon karet yg menekan tepat diatas arteri brachialis serta sejajar dengan jantung			
15. Memastikan pipa karet tidak terlipat atau terjepit manset			
16. Meraba / palsasi a. brachialis di fossa cubiti sebelah medial. letakkan stetoskop diatasnya. Menutup katup pengontrol pada pompa manset.			
17. Mengambil stetoskop dan memasang corong bel pada tempat perabaan pulsasi			
18. Dengan tiga jari meraba pulsasi a. Brachialis pompa manset cepat sampai hilangnya pulsasi kemudian ditambahkan 20 mmHg atau 30 mmhg dari nilai pulsasi akhir.			

<p>19. Mendengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan (2 mmHg per detik). Melaporkan saat mana mendengar catat dimana bunyi Korotkoff I terdengar pertama kali / bising pertama sebagai tekanan sistolik</p> <p>20. Setelah turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba kembali (melaporkan hasil sebagai tekanan sistolik palpatoir).</p> <p>21. Melanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara bunyi Korotkoff V / bising yang terakhir sehingga setelah itu tidak terdengar bising lagi sebagai tekanan darah diastolic. Apabila ingin diulang tunggu minimal 1 menit</p> <p>22. Melepas manset dan merapkannya. Dapat melaporkan hasil tekanan sistolik dan diastolik dilempar dokumentasi.</p> <p>Tahap Terminasi</p> <p>23. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya.</p> <p>24. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>25. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>26. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>3. Jika ada perbedaan dari biasanya lakukan pengecekan ulang untuk memastikan keakuratan hasil yang didapat</p> <p>4. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis pasien dengan pulpen warna – warni (Hitam untuk Tekanan Darah) & mencatat nilai MAP pasien.</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai : _____ x 100 =</p> <p style="text-align: center;">30</p>
--

.....

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : Penghitungan Nadi Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji tanda – tanda vital pasien (nadi) 2. Pasien dengan indikasi tidak teraba nadi (arteri carotis)			
PROSEDUR III.Persiapan alat 1. Jam tangan 2. Pena 3. Pensil berwarna (biru, merah, hijau) 4. Form dokumentasi IV. Prosedur Tindakan E. Tahap Pra Interaksi 23.Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan 24. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka , penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) 25.Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien F. Tahap Orientasi 26.Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien. 27.Memberitahukan pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan. 28.Minta pasien untuk rileks G. Tahap Kerja 29.Menempatkan pasien dalam keadaan duduk/berbaring dengan lengan rileks dan bebas dari tekanan oleh pakaian 30.Meletakkan tangan pasien yang akan diperiksa dalam keadaan rileks 31.Menggunakan jari telunjuk dan jari tengah untuk meraba a. Radialis / a. Ulna / a. Carotis. 32.Menghitung frekuensi denyut nadi dalam 60 detik 33.Melaporkan hasil frekuensi nadi dalam satu Menit dilembar dokumentasi. H. Tahap Terminasi 34.Merapikan peralatan,pasien dan lingkungannya. 35.Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada pasien dengan kesadaran menurun . 36.Mencuci tangan kembali.Mencuci tangan.			
EVALUASI 4. Pastikan pasien merasa nyaman dan rileks 5. Penghitungan nadi dilakukan selama 60 detik			

6. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI			
1. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis pasien dengan pulpen warna – warni (Merah untuk Nadi)			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

Nilai $\frac{\quad}{24} \times 100 =$

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Penghitungan keseimbangan cairan Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Pastikan pasien dan keluarga mengetahui dan dilibatkan dalam penghitungan balance cairan ini			
PROSEDUR I. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Form catatan keluaran cairan/24 jam 2. Alat tulis 3. Gelas ukur 4. Pot/urinal II. Tahapan prosedur <p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan pengecekan program keperawatan 6. Mencuci tangan 7. Menempatkan peralatan dekat dengan pasien <p>B. Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga 9. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan 10. Identifikasi pasien. Minta pasien / keluarga untuk menyebutkan nama lengkap, tahun tanggal lahir, no rekam medik (bila perlu) <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Mencuci tangan 12. Menentukan jam permulaan pencatatan sampai akhir pencatatan. 13. Mencatat pada formulir dengan segera setiap ada cairan yang masuk dan keluar 14. Menjumlah cairan yang masuk dan keluar setiap satu shift jaga serta dalam keadaan emergency 15. Menjumlah cairan yang masuk dan keluar selama 24 jam 16. Intake/Cairan Masuk: mulai dari cairan infus, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, volume obat-obatan, termasuk obat suntik, obat yang di drip, albumin dll 17. Output/cairan keluar: urine dalam 24 jam, jika dipasang kateter maka hitung dalam ukuran di urin bag, jika tidak terpasang maka harus menampung urinenya sendiri, biasanya ditampung di botol air mineral dengan ukuran 1,5 liter, kemudian feses. 18. Menghitung keseimbangan cairan dengan cara: Cairan masuk-cairan keluar-cairan IWL/24 jam 19. Mencatat hasil balance cairan di dalam form pencatatan 			

<p>D. Tahap Terminasi</p> <p>20. Membersihkan alat-alat, mengembalikan tempatnya , & membuka sarung tangan.</p> <p>21. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>22. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>23. Mencuci tangan..</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>1. Penghitungan dalam periode 24 jam</p> <p>2. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1 Melakukan dokumentasi dengan mencatat hasil penghitungan balance cairan</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai $\frac{\quad}{27} \times 100 =$</p>

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Pemberian minum peroral Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji kebutuhan cairan tubuh pasien. Total cairan yang dibutuhkan oleh orang dewasa per hari = 20cc – 30 cc/ kgBB			
PROSEDUR I. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelas 2. Sendok / Sedotan 3. Air mineral 4. Serbet / tisu 5. Pena 6. Form dokumentasi II. Tahapan prosedur <ol style="list-style-type: none"> A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 7. Melakukan pengecekan program keperawatan 8. Mencuci tangan 9. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 10. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga 11. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pemberian minum per oral . 12. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler dan kaji refleks menelan (+) pasien. C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 13. Atur posisi pasien dengan duduk / setengah duduk sesuai kondisi pasien yang mengalami gangguan mobilisasi 14. Periksa kembali relfeks menelan 15. Pasang pengalas di area dada dan leher pasien. 16. Bantu aktivitas dengan cara minum dengan sedotan atau pipet secara perlahan. 17. Bila selesai minum, bersihkan mulut pasien dan anjurkan duduk sebentar. 18. Catat berapa jumlah air mineral pada saat tindakan dan hasil atau respon terhadap tindakan. D. Tahap Terminasi <ol style="list-style-type: none"> 19. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya , &membuka sarung tangan. 20. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 21. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 22. Mencuci tangan. 			
EVALUASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan kemampuan menelan pasien tidak terganggu dan atur posisi setengah duduk, mencegah tersedak 2. Tindakan dilakukan secara sistematis 			

DOKUMENTASI			
1. Melakukan dokumentasi dengan mencatat jumlah air mineral yang sudah masuk kedalam tubuh pasien, catat respon pasien sebelum dan sesudah terapi diberikan			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

Nilai $\frac{\quad}{26} \times 100 =$

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Perawatan pemasangan infus Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji kepatenan pemasangan I.V line			
PROSEDUR I. Persiapan alat 1. Kassa steril berukuran 2x2 cm atau 4x4 Cm 2. Transparan dressing 3. Cairan desinfektan 4. Kapas alcohol 5. Handscoon 6. label untuk penanggalan II. Tahapan prosedur A. Tahap Pra Interaksi 7. Melakukan pengecekan program keperawatan 8. Mencuci tangan 9. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien B. Tahap Orientasi 10. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga 11. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pengambilsan feses pasien. 12. Identifikasi pasien. Minta pasien / keluarga untuk menyebutkan nama lengkap, tahun tanggal lahir, no rekam medik (bila perlu) C. Tahap Kerja 13. Gunakan handscoon bersih 14. Ambil plester dan kassa yang melekat di daerah penusukan, biarkan plester yang memfiksasi bagian tubuh katater venflon 15. Observasi adanya pembekakan, kemerahan, atau rasa nyeri yang berlebihan di daerah penusukan 16. Bersihkan dengan dengan cairan desinfektan area penusukan dengan gerakan sirkular dari arah dalam kea rah luar 17. Pasang kassa atau plester di daerah penusukan 18. Fiksasi kembali di atas kassa dengan menggunakan plester 19. Pasang label yang berisi tanggal dan waktu perawatan infus 20. Rapihkan alat dan pasien 21. Lepas sarung tangan 22. Cuci tangan D. Tahap Terminasi			

EVALUASI KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN DASAR - 2022

23. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan. 24. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 25. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 26. Mencuci tangan.			
EVALUASI 1. Selama tindakan jaga kesterilan saat perawatan di daerah penusukan 2. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 1. Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan perawatan, dan hasil observasi pada daerah penusukan/pemasngan infus			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

Nilai _____ x 100 = 30

.....
Pembimbing/Penguji

Jenis Keterampilan : Penggantian cairan infus Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji keadaan pembuluh darah pasien yang telah terpasang infus.			
PROSEDUR			
I. Persiapan alat			
1. Cairan infus (Asering, RL, Ringerfundin, Nacl 0.9%, Dextrose 5%, Kabiven, Clinimic, dll)			
2. Plester / Hipaviks			
3. Alkohol Swab			
4. Jam tangan			
5. Jarum steril			
6. Pena			
7. Form dokumentasi			
II. Tahapan prosedur			
A. Tahap Pra Interaksi			
8. Melakukan pengecekan program keperawatan			
9. Mencuci tangan			
10. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien			
B. Tahap Orientasi			
11. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga			
12. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam carian infus (melanjutkan terapi cairan atau menggantikan terapi cairan infus sesuai dengan instruksi dokter) dan periksa jenis cairan infus yang diberikan dengan prinsip 6 Benar (Benar obat, benar pasien, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan benar pendokumentasian).			
13. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks dan tidak mengangkat tangan ke atas beresiko darah pasien menuju selang infus			
C. Tahap Kerja			
14. Pastikan kebutuhan klien akan penggantian botol cairan infus dan cek cairan infus sesuai 6 benar : > benar nama pasien, benar cara, benar cairan, benar waktu, benar dosis			
15. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien			
16. Dekatkan alat ke samping tempat tidur, jaga kesterilan alat			
17. Buka plastik botol cairan, jika ada obat yang perlu di drip dalam cairan sekaligus dimasukkan dengan spuit melalui mulut botol, usap dengan kapas alkohol, lalu tutup kembali			
18. Matikan klem infus set, ambil botol yang terpasang			
19. Ambil botol yang baru, buka tutupnya, alkohol swab kemudian (tusukkan alat penusuk pada jenis cairan			

<p>yang harus dialiri udara luar) pada infus set ke mulut botol infus dari arah atas dengan posisi botol tegak lurus</p> <p>20. Gantung kantung/botol cairan</p> <p>21. Periksa adanya udara di selang, dan pastikan bilik drip terisi cairan</p> <p>22. Atur kembali tetesan sesuai program atau instruksi dokter</p> <p>23. Evaluasi respon pasien dan amati area sekitar penusukan infus</p> <p>D. Tahap Terminasi</p> <p>24. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan.</p> <p>25. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>26. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>27. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>1. Pastikan tetesan infus di atur kembali dan tidak ada kesalahan jenis terapi cairan</p> <p>2. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan perawatan, dan hasil observasi pada daerah penusukan/pemasangan infus</p>			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai $\frac{\quad}{31} \times 100 =$</p>

.....

Pembimbing/Penguji

Jenis Keterampilan : Pelepasan I.V line Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji keadaan pemenuhan kebutuhan carian pasien yang kembali membaik			
PROSEDUR			
I. Persiapan alat			
1. Sarung tangan disposibel			
2. Kantong plastik infeksius			
3. Neirbeken/ Bengkok			
4. Plester / Hipaviks			
5. Alkohol Swab			
6. Pena			
7. Form dokumentasi			
II. Tahapan prosedur			
A. Tahap Pra Interaksi			
8. Melakukan pengecekan program keperawatan			
9. Mencuci tangan			
10. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien			
B. Tahap Orientasi			
11. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga			
12. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam melakukan tindakan pelepasan selang infus			
13. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks dan tidak mengangkat tangan untuk mengurangi resiko darah dari vena keluar berserakan disekitar pasien			
C. Tahap Kerja			
14. Memasang perlak pengalas			
15. Memakai sarung tangan disposibel			
16. Buka bungkus alkohol swab dan sediakan plester / hypaviks yang sudah terbagi			
17. Basahi area terpasangnya infus dan mulai melepas plester dengan alkohol swab dari kulit			
18. Menekan tempat tusukan dengan kapas alkohol dan mencabut infus pelan-pelan dengan menganjurkan pasien untuk tarik nafas dalam			
19. Menekan alkohol swab dengan plester / hipaviks			
20. Melepas sarung tangan dan buang semua set infus yang tidak terpakai pada plastik infeksius yang telah disediakan.			
D. Tahap Terminasi			
21. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan.			
22. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan			
23. Tentukan rencana tindakan selanjutnya			
24. Mencuci tangan.			

<p>EVALUASI</p> <p>1. Pastikan area bekas penusukan infus tertutup dan tidak terjadinya infeksi</p> <p>2. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan perawatan, dan hasil observasi pada daerah penusukan/pemasngan infus</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai $\frac{\quad}{28} \times 100 =$</p>

.....

Pembimbing/Penguji

Jenis Keterampilan : Monitoring dan menghitung tetesan infus Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji keadaan pemenuhan kebutuhan carian pasien.			
PROSEDUR I. Persiapan alat 1. Sarung tangan disposibel (bila ada cairan tubuh pasien menempel) 2. Alkohol swab 3. Set alat infus yang sudah terpasang pada pasien. 4. Jam tangan berdetik 5. Pena 6. Form dokumentasi II. Tahapan prosedur A. Tahap Pra Interaksi 7. Melakukan pengecekan program keperawatan 8. Mencuci tangan 9. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien B. Tahap Orientasi 10. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga 11. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam melakukan tindakan mengatur tetesan cairan infus pasien. 12. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks dan tidak mengangkat tangan untuk mengurangi resiko darah dari vena keluar berserakan disekitar pasien C. Tahap Kerja 13. Memakai sarung tangan disposibel (bila perlu → jika ada cairan tubuh pasien menempel pada selang infus dan membersihkannya dengan alkohol swab) 14. Buka pemutar selang infus dan lihat tetesannya lancar atau tidak. Jika tetesan tidak lancar, atur kembali posisi pasien. Dan jika lancar, lanjutnya penggunaan set infus yang digunakan oleh pasien. 15. Cari tahu kalibrasi set infus yang digunakan pasien. Menggunakan set mikro (60 tetes /menit) 16. Jika sudah mendapat jumlah tetesan per menit, atur dan sejajar dengan jam tangan (dengan detik) sampai sesuai dengan hitungan. 17. Jika sudah sesuai, rapikan alat disekitar pasien			

<p>D. Tahap Terminasi</p> <p>18. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan.</p> <p>19. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>20. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>21. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>1. Pastikan tetesan infus sesuai</p> <p>2. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan perawatan, dan hasil observasi pada daerah penusukan/pemasangan infus</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai _____ x 100 =</p> <p style="text-align: center;">25</p>
--

.....

Pembimbing/Penguji

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi

Jenis Keterampilan : Pemasangan oksigen nasal kanul Nama Mahasiswa/NIM :

Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGKAJIAN 3. Mengkaji Kaji pola nafas pasien apakah ada retraksi dada atau tidak, frekuensi nafas pasien per menit, Saturasi SpO2 pasien , serta tanda sianosis.			
PROSEDUR V. Persiapan alat 1. Tabung oksigen lengkap dengan flowmeter, humidifier. 2. Nasal kateter/kanule/masker 3. Alat tulis 4. Vaseline/jelly 5. Stetoskop 6. Cairan aquadest steril 7. Pena 8. Form dokumentasi VI. Prosedur Tindakan 1. Tahap Pra Interaksi 27. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan 28. Mencuci tangan & menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) 29. Menempatkan 2. Tahap Orientasi 30. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien. 31. Memberitahukan pasien tujuan tindakan yang akan dilakukan. 32. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler. 33. Pastikan oksigen mengalir pada selang (meletakkan arah aliran selang di punggung tangan perawat, terdapat gelembung udara di humidifier, dan indicator jumlah oksigen sesuai kebutuhan) 3. Tahap Kerja 34. Pasang nasal kanul secara tepat pada hidung 35. Kencangkan tali fiksasi dibelakang telinga dan dagu 36. Cek lubang hidung setiap 8 jam k/p beri selly/vaseline 4. Tahap Terminasi 37. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya , & membuka sarung tangan. 38. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 39. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 40. Mencuci tangan.			

<p>EVALUASI 5. Mengevaluasi pasien dengan mengkaji respon pasien, mengkaji status respirasi selama dan setelah prosedur tindakan dilakukan 6. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI 1. Melakukan dokumentasi dengan mencatat jumlah liter oksigen yang digunakan, tanggal dan waktu pemberian terapi oksigen, catat jenis alat yang digunakan, catat tanda- tanda vital, warna kulit dan suara nafas, catat respon pasien sebelum dan sesudah terapi diberikan</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

Nilai : _____ x 100 = <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">26</div>
--

.....

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : Posisi Fowler/semi fowler Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji pola napas pasien, dalam keadaan sesak / tidak nyaman.			
PROSEDUR V. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Tempat tidur dengan tuas untuk kepala 3. Pena 4. Form dokumentasi VI. Prosedur Tindakan <ol style="list-style-type: none"> I. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan tindakan mandiri keperawatan untuk meningkatkan rasa nyaman pasien 6. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) 7. Menempatkan alat di dekat pasien J. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien. 9. Memberitahukan pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan. 10. Minta pasien untuk rileks K. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 11. Membantu pasien untuk duduk ditempat tidur. 12. Menyusun bantal dengan sudut ketinggian 15-30° (semi fowler) & untuk membutuhkan posisi yang lebih tegak diposisikan dengan sudut 90° (fowler) 13. Perawat berdiri disamping kanan menghadap ke pasien. 14. Menganjurkan pasien untuk menekuk kedua lutut. 15. Menganjurkan pasien untuk menopang badan dengan kedua lengan. 16. Perawat menyangga pasien dengan cara tangan kanan perawat masuk ke ketiak pasien dan tangan kiri perawat menyangga punggung pasien 17. Menganjurkan pasien untuk mendorong badannya kebelakang, bila pasien tidak mampu melakukannya, maka minta bantuan teman/rekan perawat untuk berdiri di kedua sisi pasien. 18. Masing – masing perawat meletakkan 1 tangan ke bawah punggung pasien dan 1 tangan memegang bahu pasien 19. Angkat pasien sesuai dengan aba-aba yang telah ditetapkan 			

bersama untuk mendorong pasien untuk menuju posisi semifowler dan fowler.			
<p>Tahap Terminasi</p> <p>20. Membersihkan alat-alat, mengembalikan tempatnya , & membuka sarung tangan.</p> <p>21. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>22. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>23. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>7. Pastikan pasien merasa nyaman dan rileks</p> <p>8. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan pemberian posisi semi fowler dan fowler</p>			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai _____ x 100 =</p> <p style="text-align: center;">27</p>
--

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Latihan Nafas Dalam Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji apakah pasien tampak sesak / nafas pendek (inspirasi lebih cepat dibandingkan ekspirasi)			
PROSEDUR III. Persiapan alat 1. Bantal 2. Pena 3. Form dokumentasi Prosedur Tindakan IV. Tahapan prosedur E. Tahap Pra Interaksi 4. Melakukan pengecekan program keperawatan 5. Mencuci tangan 6. Menempatkan peralatan dekat dengan pasien F. Orientasi 7. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien 8. Memberitahukan kepada pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan. 9. Persiapan ruangan: ruangan yang nyaman dan minimalkan kebisingan dan gangguan. Persiapan pasien: Minta pasien untuk berbaring dengan rileks 10. Tutup hordeng/tirai jendela untuk menjaga privasi G. Tahap Kerja 11. Pasang bantal di punggung pasien sehingga posisi semi powler (berbaring) 12. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, di kursi atau dengan lying position (posisi berbaring) di tempat tidur dengan satu bantal. 13. Memfleksikan lutut pasien untuk merilekskan otot abdomen. 14. Tempatkan satu atau dua tangan pada abdomen, tepat di bawah tulang iga. 15. Tarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup, hitung sampai 3 selama inspirasi. Kemudian hembuskan lewat bibir seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan kuat, sehingga terbentuk suara hembusan tanpa menggembungkan pipi. lakukan dalam posisi duduk tegap berdiri maupun berjalan H. Tahap Terminasi 16. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya , & membuka sarung tangan.			

EVALUASI KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN DASAR - 2022

17. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 18. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 19. Mencuci tangan..			
EVALUASI 3. Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 menit pada pasien yang telah dilakukan tindakan tersebut 4. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 1 Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan latihan nafas dalam			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

Nilai $\frac{\quad}{23}$ x 100 =

.....
Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Batuk efektif dan pengambilan sampel sputum
 Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji apakah pasien tampak batuk dan terdengar suara nafas tambahan			
PROSEDUR			
III. Persiapan alat			
23. Bantal			
24. Bengkok			
25. Perlak / Handuk Pengalas			
26. Plastik Infeksius (warna kuning)			
27. Tisu			
28. Pena			
29. Form dokumentasi			
IV. Tahapan prosedur			
E. Tahap Pra Interaksi			
30. Melakukan pengecekan program keperawatan			
31. Mencuci tangan			
32. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien			
F. Tahap Orientasi			
33. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien dan dengan orang tua pasien.			
34. Memberitahukan kepada pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan.			
35. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler			
36. Tutup gorden untuk menjaga privasi klien			
G. Tahap Kerja			
37. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, di kursi atau dengan fowler position (posisi duduk) ditempat tidur dengan satu bantal.			
38. Memasang perlak, pengalas di pangkuan pasien dan handuk pada dada.			
39. Memberikan obat bronkodilator (bila di programkan).			
40. Tarik napas secara diafragma, lakukan secara pelan dan nyaman, jangan sampai overventilasi paru-paru.			
41. Setelah menarik napas secara perlahan, tahan napas selama 3 detik, dilakukan untuk mengontrol napas dan mempersiapkan melakukan batuk huff secara efektif			
42. Angkat dagu agak ke atas, dan gunakan otot perut untuk melakukan pengeluaran napas cepat sebanyak 3 kali dengan saluran napas dan mulut terbuka, keluarkan dengan bunyi Ha, ha, ha atau huff, huff,			

<p>huff. Tindakan ini membantu epligotis terbuka dan mempermudah pengeluaran mukus.</p> <p>43. Kontrol napas, kemudian ambil napas pelan 2 kali.</p> <p>44. Ulangi teknik batuk di atas sampai mukus sampai ke belakang tenggorokkan</p> <p>45. Setelah itu batukkan dan keluarkan sputum/ sekret / mukus / dahak</p> <p>46. Menampung secret pada sputum di plastik infeksius yang sudah ada di neirbeken.</p> <p>47. Membersihkan sekitar mulut dengan tissue.</p> <p>48. Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali</p> <p>H. Tahap Terminasi</p> <p>49. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan.</p> <p>50. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>51. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>52. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>3. Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 menit pada pasien yang telah dilakukan tindakan tersebut</p> <p>4. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>2. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan latihan batuk efektif</p>			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai _____ x 100 =</p> <p style="text-align: center;">34</p>
--

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri

Jenis Keterampilan : Memandikan pasien di tempat tidur
 Nama Mahasiswa/NIM :

Tempat :
 Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
4. Mengkaji kebutuhan personal hygiene pasien			
PROSEDUR			
VII. Persiapan alat			
1. APD (Handscone, masker, apron)			
2. Baskom dan tempatnya (2) berisi air hangat dan air bersih			
3. Waslap (2)			
4. Perlak (1)			
5. Handuk besar (2) (bagian tuhuh atas dan bawah)			
6. Handuk sedang (1)			
7. Baju ganti bersih			
8. Sabun mandi			
9. Baby oil / minyak kayu putih/ minyak kepala / body lation			
10. Bengkok			
11. Baki			
12. Tempat baju kotor			
13. Pispot /Urinal			
14. Trol			
15. Gelas kumur			
16. Pasta gigi			
17. Sikat gigi			
18. Sisir rambut			
VIII. Prosedur Tindakan			
24.Tahap Pra Interaksi			
19. Melakukan pengecekan program rencana asuhan keperawatan pasien			
20. Mencuci tangan			
21. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien			
Tahap Orientasi			
22. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga			
23. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan pengecekan tanda – tanda vital			
24. Tutup tirai dan jaga privasi pasien			
Tahap Kerja			
25. Memakai APD (mulai dari sarung tangan, apron, masker (jika perlu)			
26. Menawarkan pasien untuk BAK atau BAB			
27. Memasang perlak dan handuk besar dibawah punggung pasien dengan memiringkan badan pasien kearah kiri / kanan			

<p>28. Menanggalkan pakaian atas dan meletakkan kedalam tempat baju kotor</p> <p>29. Membersihkan wajah :</p> <p>Handuk dibentangkan di atas bantal di bawah kepala pasien. Dengan waslap lembab membersihkan mata mulai dari sudut mata dekat hidung ke arah keluar sampai bersih. Dengan waslap lembab tanpa sabun membersihkan wajah pasien.</p> <p>Menawarkan penggunaan sabun untuk daerah wajah. Membersihkan wajah, telinga, leher dengan menggunakan waslap lembab yang diberi sabun dan dibilas sampai bersih. Mengeringkan dengan handuk.</p> <p>30. Keringkan bagian wajah dan leher bersamaan menggunakan handuk sedang</p> <p>31. Siapkan pasta gigi dan sikat gigi. Sikat gigi pasien dengan arah memutar dari belakang ke depan, dari atas ke bawah serta lidah pasien. Ajurkan pasien untuk kumur² (jika sadar) dan basuh bagian mulut dalam pasien dengan waslap kecil bersih serta spatel menggunakan air mineral / air hangat.</p> <p>32. Membersihkan daerah ekstremitas lengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lengan sebelah kiri diangkat, kemudian bentangkan handuk secara memanjang sehingga seluruh lengan dapat diletakkan di atas handuk. - Membasahi lengan pasien dengan was lap sabun dari arah proximal ke distal dengan satu arah, kemudian dibilas dengan waslap basah sampai bersih. Mulai dari lengan yang lebih jauh dari perawat. - Mengeringkan lengan dengan handuk sampai kering. - Membersihkan lengan yang lebih dekat dengan perawat sama dengan membersihkan lengan sebelumnya. <p>33. Membersihkan daerah dada, ketiak dan perut :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kedua lengan diangkat ke atas dan diletakkan di samping kepala pasien. -Selimut mandi atau kain penutup diturunkan dan dilipat sampai daerah os. pubis. -Handuk dibentangkan pada bagian sisi pasien. -Membersihkan daerah dada, ketiak dan perut dengan waslap bersabun dengan cara memutar. -Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. -Memberi bedak / talk tipis pada daerah dada, ketiak dan perut -Menutup tubuh pasien bagian depan dengan selimut 			
---	--	--	--

<p>atau kain penutup yang bersih</p> <p>34. Membersihkan daerah punggung :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dimiringkan ke kiri atau kanan sesuai kebutuhan pasien. - Membentangkan handuk di sisi bawah pasien sampai ke bokong. - Membersihkan dengan waslap bersabun mulai dari tengkuk, bahu, punggung sampai bokong dengan cara memutar. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Menggosok sambil message dengan vaselin / minyak kelapa / minyak telon sampai kering kemudian diberi bedak tipis. Pasien dimiringkan ke kanan, handuk dibentangkan di bawah punggung kemudian punggung kiri dibersihkan seperti punggung kanan. <p>35. Posisi pasien kembali ditelentangkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenakan pakaian bagian atas. - Mengganti air dengan air bersih dan hangat. - Washlap dicuci bersih. <p>36. Membersihkan daerah lipatan paha dan genitalia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menutup daerah genitalia dengan kain penutup atau selimut. - Selimut atau kain penutup diangkat dan dilipat kemudian diletakkan pada kursi. - Melepaskan pakaian bagian bawah. - Mengangkat bokong. - Membentangkan handuk di bawah bokong pasien. - Membersihkan daerah lipatan paha dengan waslap bersabun, lalu membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. <p>37. Membersihkan daerah genitalia dengan waslap bersabun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada wanita mulai dari depan ke dalam. Membuka labia mayora kemaluannya dengan hati-hati dan dibersihkan (dari arah atas ke bawah(anus) sebanyak 3 kali). - Pada pria yang tidak disunat, tariklah kulit penis ke belakang, lalu kepala kemaluannya dan kulit penutup kepala kemaluannya dibersihkan dengan hati-hati. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai 			
--	--	--	--

<p>bersih.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeringkan dengan handuk sampai kering <p>38. Membersihkan daerah anus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memiringkan pasien ke sisi sebelah kiri. - Membuka lipatan bokong dan membersihkan anus dengan waslap bersabun. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Posisi pasien kembali terlentang. - Mengenakan pakaian bagian bawah. - Merapikan pasien dan kalau perlu memasang selimut kembali. - Merapikan tempat tidur dan mengganti sarung bantal pasien bila diperlukan. - Membuka gordyn dan atau sampiran kamar pasien. <p>39. Membersihkan daerah extremitas bawah.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menanggalkan pakaian bagian bawah kemudian memasukkan ke dalam ember bertutup / tempat pakaian kotor. - Membentangkan handuk sepanjang extremitas bawah sebelah kiri, extremitas kanan ditutup dengan selimut atau kain penutup. - Lutut ditekuk kemudian membersihkan dengan waslap bersabun mulai dari arah proximal ke distal satu arah. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Membersihkan extremitas bawah sebelah kanan sama dengan membersihkan extremitas sebelah kiri pasien. - keringkan ekstremitas bawah pasien. <p>40. Pakaikan pakaian bawah / celana pada pasien</p> <p>41. Ambil semua handuk mandi pasien yang sudah kotor dan pasang selimut tidur pada pasien.</p> <p>42. Jangan lupa untuk merapikan rambut pasien dngan sisir dan memberikan bedak pada wajah pasien</p> <p><i>Tahap Terminasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 43. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya. 44. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 			
--	--	--	--

45. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 46. Mencuci tangan.			
EVALUASI 7. Jaga privasi selama tindakan dilakukan 8. Pastikan lingkungan hangat 9. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 1. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan catat jika pasien mengalami perubahan sirkulasi kulit seperti luka tekan, catat grade dan luas luka. Catat kebersihan kepala , genitalia (adanya jamur), dll			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

Nilai : _____ x 100 = 51

.....
Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : Perawatan kebersihan mulut Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji refleks menelan pasien dan mengkumur pasien			
PROSEDUR VII. Persiapan alat 1. Baki dan alat 2. Tissue 3. Gelas kumur berisi air hangat 4. Sikat gigi dan pasta gigi 5. Bengkok 6. Spatel 7. Kassa 8. Perlak dan alas/handuk VIII. Prosedur Tindakan L. Tahap Pra Interaksi 9. Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan 10. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) 11. Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien M. Tahap Orientasi 12. Memberi salam dan lakukan identifikasi pasien. 13. Memberitahukan pasien tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan. 14. Minta pasien untuk rileks dengan posisi semi fowler/fowler N. Tahap Kerja 15. Cuci tangan 16. Memasang perlak dan alasnya/handuk dibawah dagu pasien. 17. Pada pasien yang tidak mengalami gangguan menelan, bantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok. 18. Membantu menyiapkan sikat gigi dan pastanya. Pada pasien dengan penurunan kesadaran, bersihkan area mulut pasien dengan kassa basah dililit spatel dalam keadaan hangat. Bersihkan sampai tidak ditemukan kotoran pada mulut pasien. 19. Membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam 20. Membantu pasien untuk berkumur sambil			

menyiapkan bengkok 21. Mengulangi membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam 22. Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok 23. Mengeringkan bibir menggunakan tissue D. Tahap Terminasi 24. Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. 25. Evaluasi validasi tindakan 26. Rencana tindak lanjut 27. Mencuci tangan kembali. Mencuci tangan.			
EVALUASI 9. Pastikan kenyamanan pasien selama tindakan dilakukan 10. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 1. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan membersihkan mulut pasien, adakah ditemukan stomatitis / caries pada gigi / jamur pada mulut, dll.			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

Nilai _____ x 100 = 31

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Perawatan mulut Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Mengkaji refleks menelan pasien dan mengkumur pasien 2. Mengkaji tingkat kesadaran pasien sebelum dan selama tindakan			
PROSEDUR V. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Borak gliserin 2. Handuk 3. Pengalas 4. Borak glyserin 5. Cairan pembersih mulut: bethadin kumur 1 % 6. Gelas kumur berisi air matang 7. Spatel dan kasa bersih 8. Perlak/alas dada 9. Bengkok 10. Kapas lidi VI. Tahapan prosedur <ol style="list-style-type: none"> I. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 11. Melakukan pengecekan program keperawatan 12. Mencuci tangan 13. Menempatkan peralatan dekat dengan pasien J. Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 14. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga 15. Identifikasi pasien. Minta pasien / keluarga untuk menyebutkan nama lengkap, tahun tanggal lahir, no rekam medik (bila perlu) 16. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pengambilan feses pasien. 17. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi semifowler atau fowler (bagi pasien sadar). K. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 18. Mencuci tangan 19. Meletakkan handuk/pengalas di bawah dagu pasien 20. Memiringkan kepala pasien di atas pinggir bantal 21. Membuka mulut pasien dengan spatel yang telah dibungkus kain kasa yang bersih 22. Sela-sela gigi dibersihkan dengan kassa bersih dan kapas lidi 23. Jika pasien sadar, minta pasien untuk kumur2 dan buang kedalam bengkok, lalu keringkan dengan handuk 			

<p>24. Mukosa mulut dan bibir diolesi borak gliserin dengan kapas lidi</p> <p>L. Tahap Terminasi</p> <p>25. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya , & membuka sarung tangan.</p> <p>26. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>27. Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>28. Mencuci tangan..</p>			
<p>EVALUASI</p> <p>5. Pastikan kenyamanan pasien selama tindakan</p> <p>6. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI</p> <p>1 Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan membersihkan mulut pasien , adakah ditemukan stomatitis/caries pada gigi / jamur pada mulut,dll.</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

<p>Nilai $\frac{\quad}{33} \times 100 =$</p>

.....

Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Perawatan rambut Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji keadaan kulit rambut pasien dan karakteristik rambut pasien.			
PROSEDUR			
V. Persiapan alat			
53. 1 buah sisir			
54. 2 buah handuk (besar dan kecil)			
55. 1 buah washlap			
56. Sarung tangan disposibel			
57. Sabun atau shampoo			
58. Alas (handuk atau perlak)			
59. Kom kecil (mangkok) serta kain kasa			
60. Sarung tangan bersih			
61. Celemek			
62. Kassa yang sudah dipotong kecil			
63. Gayung kecil			
64. Ember berisi air hangat			
65. Baskom			
VI. Tahapan prosedur			
I. Tahap Pra Interaksi			
66. Melakukan pengecekan program keperawatan			
67. Mencuci tangan			
68. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien			
J. Tahap Orientasi			
69. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga			
70. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pemberian minum per oral .			
71. Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi kepala agak menengadah ke atas			
K. Tahap Kerja			
72. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien			
73. Tutup gorden untuk menjaga privasi klien			
74. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan memberikan bantal kecil pada leher pasien sambil mengadahkan kepala agak ke atas			
75. Setelah posisi tidur lalu letakkan perlak /pengalas dibawah kepala pasien dan perlak/pengalas diarahkan kebawah dengan digulung bagian tepi menuju tempat penampung (baskom).			
76. Letakkan baskom dibawah tempat tidur tepat dibawah kepala pasien.			
77. Tutup telinga dengan kapas dan ajurkan pasien untuk menutup mata agar tidak mengenai cipratan air/ sampo.			

<p>78. Tutup dada dengan handuk sampai ke leher. 79. Kemudian sisir rambut dan lakukan pencucian dengan air hangat selanjutnya menggunakan sampo dan bilas dengan air hangat sambil dipijat. 80. Setelah selesai, bersihkan rambut pasie dengan air hangat dan keringkan rambut dan sisir. 81. Meletakkan kepala pada bantal yang telah dialasi handuk kering L. Tahap Terminasi 82. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan. 83. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 84. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 85. Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI 5. Pastikan lingkungan aman dan pasien nyaman selama tindakan dilakukan 6. Tindakan dilakukan secara sistematis</p>			
<p>DOKUMENTASI 3. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan rambut pasien, adakah ditemukan pediculus/ pityriasis sicca / lesi, / massa / volume rambut / warna rambut, dll .</p>			
<p>TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

<p>Nilai $\frac{\quad}{37} \times 100 =$</p>

.....
Pembimbing/Penguji

(.....)

Jenis Keterampilan : Perawatan area genitalia Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN			
1. Mengkaji keluhan/permasalahan di daerah genitalia			
PROSEDUR			
A. Persiapan alat 27. Waskom 28. Kom berisi kapas air hangat bersih 29. Selimut mandi 30. Cairan pembersih kemaluan 31. Waslap 32. Pengalas 33. Pispot 34. Bengkok 35. Handscoon bersih dalam tempatnya 36. Tissue kamar mandi 37. Tempat kain kotor tertutup Tahapan prosedur B. Tahap Pra Interaksi 38. Melakukan pengecekan program keperawatan 39. Mencuci tangan 40. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien C. Tahap Orientasi 41. Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga 42. Identifikasi pasien. Minta pasien / keluarga untuk menyebutkan nama lengkap, tahun tanggal lahir, no rekam medik (bila perlu) 43. Jelaskan tujuan dan maksud dilakukan tindakan perawatan genitalia. 44. Kontrak waktu dan tempat D. Tahap Kerja 45. Tutup privacy 46. Ganti selimut pasien dengan selimut mandi 47. Atur posisi pasien dan lepaskan pakaian bawah pasien 48. Pasang perlak pengalas dan pispot di bawah bokong pasien 49. Cuci tangan lagi, jika diperlukan 50. Siapkan botol cebok Wanita 51. Gunakan handscoon 52. Inspeksi area perineum apakah ada inflamasi, ekskoriasi/pembengkakan pada area tertentu, apakah ada sekresi yang berlebihan dari orifisium dan adanya bau 53. Buka labia mayora dengan tangan yang menggunakan handscoon 54. Siram dengan air hangat dari arah vulva ke parineal 55. Angkat pispot dari bokong pasien 56. Dekatkan kom berisi kapas dan bengkok di antara kaki			

<p>klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 57. Gunakan handscoon pada tangan yang dominan 58. Bersihkan daerah genetalia dari atas ke bawah, lakukan mulai dari bagian terluar dulu yaitu labia mayora kanan dan kiri dilanjutkan labia minora kanan dan kiri 59. Terakhir usap bagian masing-masing dengan kapas sekali usap, gunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk mengusap dan lindungi kapas yang belum digunakan dengan jari-jari yang lainnya 60. Letakkan pispot di bawah bokong pasien, basuh dengan air hangat lagi kemudian keringkan dengan handuk/tissue 61. Lalu angkat pispot 62. Pasangkan celana dan pakaian bawah dan gulung pengalas 63. Ganti selimut mandi dengan selimut 64. Rapihkan dan atur posisi pasien kembali dengan nyaman <p>Pria</p> <ol style="list-style-type: none"> 25. Pindahkan kom dan bengkak 26. Lipat ujung tengah selimut mandi ke arah belakang antara kaki klien 27. Bantu klien miring 28. Bersihkan daerah anal dengan mengusap dari arah vagina anus dengan satu usapan, ulangi dengan waslap sampai bersih 29. Keringkan dengan handuk/ tissue 30. Bantu klien untuk terlentang 31. Lepaskan handscoon 32. Bantu klien mengenakan pakaian bawahnya dan gulung pegalas 33. Ganti selimut mandi dengan selimut tidur 34. Rapihkan dan atur posisi klien agar nyaman <p>E. Tahap Terminasi</p> <p>39/35 Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan.</p> <p>40/36 Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan</p> <p>41/37 Tentukan rencana tindakan selanjutnya</p> <p>42/38 Mencuci tangan.</p>			
<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Selama tindakan jaga kenyamanan dan privasi pasien 4. Tindakan dilakukan secara sistematis 			
<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan membersihkan area genetalia, adakah ditemukan peradangan atau luka pada daerah genetalia 			
<p style="text-align: center;">TOTAL</p>			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

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

Nilai	_____	x 100 =
	46/ 12	

.....
Pembimbing/Penguji

Jenis Keterampilan : Perawatan jenazah Nama Mahasiswa/NIM :
 Tempat : Tanggal :

KOMPONEN	NILAI		KETERANGAN
	YA	TIDAK	
PENGAJIAN 1. Pasien sudah dinyatakan meninggal oleh dokter 2. Mengkaji penerimaan keluarga terhadap kematian pasien			
PROSEDUR A. Persiapan alat 1. Kassa/Verban secukupnya 2. Sarung tangan disposibel 3. Kapas secukupnya 4. Plester penahan untuk menutup luka (bila ada luka) 5. Neibeken 1 buah 6. Tas plastic untuk tempat barang-barang klien 7. Masker 8. Apron plastik 9. Air dalam baskom 10. Waslap 11. Gunting 12. Sabun 13. Handuk 14. Selimut 15. Label jenazah B. Tahap Pra Interaksi 16. Melakukan pengecekan program keperawatan 17. Mencuci tangan 18. Menempatkan peralatan di atas meja dekat dengan pasien C. Tahap Orientasi 19. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga dan ucapkan bela sungkawa kepada keluarga 20. Jelaskan maksud dan tujuan D. Tahap Kerja 21. Memakai APD (sarung tangan, masker, & apron plastik). 22. Lepaskan semua peralatan medis yang terpasang 23. Kumpulkan barang – barang berharga pasien dalam kantong plastik dan menyerahkan barang-barang pasien sesuai dengan SOP rumah sakit penyerahan barang. 24. Bersihkan area wajah dan ikat rahang dengan kassa agar mulut pasien tidak terbuka 25. Tutup semua lubang tubuh 26. Bersihkan area permukaan tubuh yang tampak 27. Rapatkan kedua kaki dan tangan pasien dengan kain kassa, 28. Pasang label identitas pada mayat di bagian jempol kaki			

EVALUASI KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN DASAR - 2022

29. Tutup Jenazah dengan kain (selimut/sprei) 30. Menunggu tim pamulasaraan jenazah untuk melanjutkan proses selanjutnya E. Tahap Terminasi 31. Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka APD. 32. Lakukan evaluasi validasi setelah tindakan 33. Tentukan rencana tindakan selanjutnya 34. Mencuci tangan.			
EVALUASI 3. Pastikan tidak ada barang-barang yang masih terpasang di tubuh jenazah 4. Tindakan dilakukan secara sistematis			
DOKUMENTASI 2. Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan			
TOTAL			

Rekomendasi dari pembimbing/penguji

.....

.....

.....

.....

Nilai $\frac{\quad}{39} \times 100 =$

.....
Pembimbing/Penguji

1. Andarmoyo, S. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia (Oksigenasi) Konsep, Proses dan Praktik Keperawatan*
2. Ardinata D. Multidimensional. *Jurnal Kesehatan* 2007. No. 2 Vol 2 hal. 77-81.
3. Bahrudin, M. (2017). Patofisiologi nyeri (pain). *Saintika Medika: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga*, 13(1), 7-13.
4. Bear, L. (2006). *Interrater reliability of the Comfort Scale*. Health Care Industry: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is.
5. Berman, A., Synder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Kozier and Erb,s techniques in clinical nursing*. Edisi 5. New Jersey, Pearson Education.
6. Dingwall, L. (2010). *Personal hygiene care*. John Wiley & Sons.
7. Fauzi, A. R. (2013). *Merawat kulit dan Wajah*. Elex Media Komputindo.
8. Fauzi, N. (2021). Pengaturan Posisi Pasien : Panduan Lengkap untuk Perawat. Diunduh dari <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>
9. Harmanto, A.D & Rahayu, S. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia II*. Diunduh dari <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/KDM-2-Komprehensif.pdf>
10. Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2015). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Health Books Publishing.
11. Hidayat, A.A. (2007). *Pengantar kebutuhan dasar manusia: aplikasi konsep dan proses keperawatan 2*. Jakarta: Salemba Medika
12. Kasiati, & Rosmalawati, N.W.D. (2016). *Kebutuhan dasar manusia 1*. Jakarta: Kemenkes RI.
13. Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
14. Mardiana, Y. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Diruang Asoka Rsud Bangil Pasuruan* (Doctoral dissertation, Stikes Insan Cendekia Medika Jombang).
15. Maria, J. (2021). *Pengalaman perawat dalam merawat pasien menjelang ajal (end of life care) di satu rumah sakit swasta di indonesia bagian barat* (Doctoral dissertation, Universitas Pelita Harapan).
16. Merkel, SI, Voepel-Lewis, T., Shayevitz, JR, & Malviya, S (1997). The FLACC : a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric nursing*, 23 (3) : 293 - 297
17. Potter, Patricia A & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Ed. 4 Jakarta: EGC
18. Potter, P.A., Perry, A.G., (2010). *Fundamentals of Nursing: Fundamental Keperawatan*. Buku 3, Edisi 7. Jakarta: EGC.
19. Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2012). *Text Book of basic nursing*. Edisi 10. USA, Lipponcott Williams & Wilkin.
20. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). *Buku ajar keperawatan dasar Vol 1*. Jakarta: EGC.
21. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). *Buku ajar keperawatan dasar Vol 2*. Jakarta: EGC.

22. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). Buku ajar keperawatan dasar Vol 3. Jakarta: EGC.
23. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). Buku ajar keperawatan dasar Vol 4. Jakarta: EGC.
24. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). Buku ajar keperawatan dasar Vol 5. Jakarta: EGC.
25. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : gangguan kardiovaskular, darah & limfe. Jakarta: EGC.
26. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : farmakologi dan pemberian terapi. Jakarta: EGC.
27. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : gangguan kulit. Jakarta: EGC.
28. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : higiene personal. Jakarta: EGC.
29. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : kenyamanan dan nyeri. Jakarta: EGC.
30. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : extended care. Jakarta: EGC.
31. Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : gangguan pencernaan dan reproduksi.
32. Sari, D. N. (2019). *Pengaruh perawatan mulut terhadap kualitas nafsu makan klien* (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
33. Swleboda P et.al. Assessment of Pain: Types, Mechanism, and Treatment. *Ann Agric Environ Med*. 2013 December 29; *Special Issue* 1:2-7.
34. Yuliana, A. (2018). Teori Abraham Maslow dalam Analisa Kebutuhan Pemustaka. *Libraria*, 6(2), 349-376.
35. Wahyudi, A.S., & Wahid, A. (2016). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
36. Wahyudi, A.S., & Wahid, A. (2016). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Media