



PROSEDUR
KETERAMPILAN KLINIK
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
Edisi I

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS KRISTEN KRIDA WACANA
JAKARTA
2020

PROSEDUR KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Edisi Satu

TIM MATA AJAR KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS KRISTEN KRIDA WACANA
JAKARTA
2020**

PROSEDUR KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Edisi Satu

Tim Penyusun :

Ketua

Ns. Stepanus Maman Hermawan., M.Kep

Anggota:

Ns. Dian Anggraini., M.Kep

Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato., M.Kep

Ernawaty., S.Kp.,M.Ng

Mubarokah., S.K.M

Ns. Permaida Simanjuntak., M.Kep

Ns. Mariam Dasat., M.Kep

Eliana Hasan., S.K.M



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS KRISTEN KRIDA WACANA
JAKARTA
2020**

VISI

Menjadi Program Studi Keperawatan yang unggul dalam menghasilkan tenaga ahli madya keperawatan yang memiliki kompetensi berwawasan global dan memiliki karakter penuh belas kasih Tahun 2024

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan keperawatan untuk menghasilkan calon perawat yang memiliki kemampuan *critical thinking* dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan.
2. Menciptakan calon perawat yang penuh dengan *compassion* dalam melakukan praktik asuhan keperawatan pada setiap tatanan pelayanan kesehatan.
3. Mengembangkan institusi pendidikan keperawatan yang *creative* baik dalam kegiatan akademik, pengabdian masyarakat, maupun penelitian untuk menghasilkan calon perawat yang *creative*.
4. Membentuk institusi pendidikan keperawatan yang *collaborative* dengan pihak lain terkait proses belajar mengajar, pengabdian masyarakat, dan penelitian baik di tingkat lokal, nasional, maupun internasional.
5. Menciptakan calon perawat yang *communicative* terhadap pasien, keluarga, komunitas, dan masyarakat.

Kata Pengantar

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena kemurahannya mahasiswa/i dapat memasuki tahapan baru dalam perkuliahan ini, yaitu praktik laboratorium dan praktik klinik di rumah sakit maupun lahan praktik lainnya.

Pembelajaran di laboratorium dan lahan praktik merupakan tahapan wajib bagi seluruh mahasiswa keperawatan. Hal ini sesuai dengan profil lulusan perawat vokasi adalah pemberi pelayanan asuhan keperawatan, pendidik klien, pengelola asuhan keperawatan dan pengguna hasil penelitian.

Selain berdasarkan profil lulusan, pencapaian pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) perawat vokasi (Diploma III Keperawatan berada pada level 5 (lima), yang berarti menjadi perawat terampil di lapangan.

Dalam rangka memfasilitasi proses pembelajaran mahasiswa keperawatan, Akademi Kesehatan Swakarsa menerbitkan **PROSEDUR KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**.

Dengan menggunakan buku ini, diharapkan mahasiswa memiliki pedoman untuk membina kemampuan klinisnya.

Untuk menyempurnakan buku ini pada edisi terbitan yang akan datang, kami sangat berterima kasih apabila kami dapat menerima masukan.

Akhir kata, selamat menempuh praktik laboratorium dan lapangan, amalkan nilai dari institusi yaitu 5C (compassion, Communicative, Critical Thinking, Collaborative dan creative).

Do Your best anda God bless you.

Jakarta, 20 Desember 2020
Ketua Program Studi Keperawatan

Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep

Daftar Isi

1. Persiapan Klien dan Bahan Pemeriksaan Sputum Cytologi dan Sputum Biakan	1
2. Pemberian Oksigen dengan Menggunakan Nasal Kanul, Nasal Kateter, Masker	3
3. Pengukuran Analisa Gas Darah (AGD)	6
4. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan Bronchografy dan Bronchoscopy	10
5. Menyiapkan Klien Untuk Biopsi Pleura/ Paru	13
6. Melakukan PPD Test	15
7. Melakukan Fisioterapi Dada	17
8. Melakukan Pengisapan Lendir Melalui Mulut, Hidung dan Tracheostomy	20
9. Perawatan Klien Pasca Tracheostomy	23
10. Menyiapkan Klien untuk Pemberian Terapi Inhalasi Melalui Nebulizer	25
11. Merawat Klien dengan Water Seal Drainase (WSD)	28
12. Menyiapkan Klien Untuk Rontgen Thorax (Thorax Foto)	33
13. Memasang Pipa Lambung/ Naso Gastric Tube (NGT)	35
14. Melakukan Bilas Lambung (Lavage)	38
15. Merawat Luka Gastrostomi	40
16. Memberikan Makanan Cair Melalui Gastrostomy	42
17. Perawatan Klien dengan Colostomy	45
18. Melakukan Lavament Colostomy (Irigasi Colostomy)	48
19. Persiapan Dan Perawatan Klien Colonoscopy.....	51
20. Persiapan dan Perawatan Klien Gastroscopy	53
21. Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan OMD Foto	56
22. Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Colon Foto	59
23. Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Laparoscopy (Peritoneoscopy)	61
24. Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Cholecystografy	63
25. Menyiapkan dan Asisten Punksi Asites (Paracentesis)	65
26. Memberi Rendaman Duduk	69
27. Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Laboratorium Tes Fungsi Lever	70
28. Persiapan dan Perawatan Pasien Pre dan Post Endoscopy Retrograde Cholangio Pancreatografi (ERCP)	72
29. Menyiapkan dan Merawat Klien Percutaneous Transhepatic Cholangiografy (PTC)	74
30. Mempersiapkan Klien untuk Pemeriksaan EKG	76
31. Mengambil Darah untuk Pemeriksaan Preparat Malaria	79
32. Melakukan Persiapan Transfusi Darah	81
33. Memberikan Transfusi Darah	84
34. Menyiapkan dan Melakukan Asisten Terhadap Klien dengan BMP (Bone Marrow Punksi)	85
35. Melakukan Test Rumpel Leed	88
36. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan Lumbal Punksi	90
37. Merawat Klien Sebelum dan Sesudah Pemeriksaan Cerebral Angiography	93
38. Merawat Klien Sebelum dan Sesudah Pemeriksaan Myelography	95

39. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan CT Scan	97
40. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan Electroencephalography (EEG)	99
41. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan Electromyography (EMG)	101
42. Merawat Klien Sebelum dan Sesudah Pemeriksaan Pneumoencephalography	103
43. Melakukan Irigasi Mata	105
44. Melakukan Irigasi Telinga	108
45. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan Tes ANA (Anti Nuclear Antibody)	111
46. Perawatan Klien dengan GIPS	113
47. Perawatan Klien dengan Traksi	115
48. Membantu Pasien Menggunakan Tongkat/ Kruk dan Penyangga Tubuh	117
49. Membantu Klien Menggunakan Walker	120
50. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan GDS	122
51. Menyiapkan Klien dan Bahan untuk NPP	124
52. Menyiapkan Pasien dan Bahan untuk Pemeriksaan KH (Kurve Harian)	127
53. Melakukan Pemeriksaan Gula Darah dengan Glucometer	129
54. Melakukan Pemeriksaan Glukosa dalam Urine	132
55. Melakukan Injeksi Insulin	134
56. Menyiapkan Dan Mengambil Darah untuk Pemeriksaan T3	137
57. Menyiapkan Dan Mengambil Darah untuk Pemeriksaan T4	139
58. Menyiapkan dan Mengambil Darah untuk Pemeriksaan TSH	141
59. Menyiapkan Klien dan Bahan untuk Pemeriksaan Urine Secara Midstrem	143
60. Menyiapkan Klien dan Bahan untuk Pemeriksaan Urine Biakan	145
61. Menyiapkan Bahan Pemeriksaan Serum Ureum Kreatinin	146
62. Menyiapkan Klien dan Bahan Untuk Pemeriksaan CCT (Creatinine Clearance Test)	148
63. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan USG Ginjal	150
64. Melakukan Irigasi Kandung Kemih pada Klien Post Operasi BPH	152
65. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan CT Scan Ginjal	155
66. Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan BNO – IVP	157
67. Merawat Klien dengan Cystostomy	161
68. Menyiapkan Klien untuk Cystoscopy	164
69. Menyiapkan Pasien untuk Pemeriksaan Elisa	167
70. Menyiapkan Pasien Untuk Pemeriksaan Western Blot Assay	169
71. Mengajarkan Latihan Nafas Dalam	171
72. Mengajarkan Latihan Batuk efektif	173
73. Mencukur	175
74. Memasang gurita	177
75. Pemasangan Restraint	179
76. Mengganti Balutan Luka	181
77. Merawat Luka dengan Drain	184
78. Mengangkat Jahitan	187
79. Memperpendek Drain	190
80. Merawat Luka Dekubitus	192
81. Pemeriksaan Fisik Kepala dan Leher	195

82. Pemeriksaan Fisik Thoraks, Paru-Jantung-Payudara	197
83. Pemeriksaan Fisik Abdomen	200
84. Pemeriksaan Fisik Musculoskeletal	202
85. Pemeriksaan Fisik Neurologi	204
86. Pemeriksaan Fisik Genetalia-Anus	206

Jenis Keterampilan : **Persiapan Klien Dan Bahan Pemeriksaan Sputum Cytologi dan Sputum Biakan**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN Kaji : <ol style="list-style-type: none"> 1. Program medik. 2. Pengetahuan klien tentang prosedur yang akan dilakukan. 3. Kemampuan klien untuk mengeluarkan sputum. 4. Pernafasan klien. 	2			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Label identifikasi. 2. Piala ginjal 3. Kantong plastik kecil untuk membawa spesimen ke laboratorium (atau kotak khusus sesuai kebijakan RS). 4. Sarung tangan bersih. 5. Tisu (k/p). 6. Sikat gigi (k/p). 7. Masker (k/p) 8. Formulir laboratorium 9. Kom muntah (k/p). 10. Bokal sputum steril yang diberi label Persiapan Klien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur yang akan dijalankan sehari sebelumnya: <ol style="list-style-type: none"> a. Sputum diambil pagi hari sebelum makan b. Posisi klien fowler atau semi fowler c. Ajarkan klien nafas dalam dan batuk efektif, k/p lakukan Fisioterapi dada dan c. Postural drainase <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan klien banyak minum pada malam hari kecuali ada kontra indikasi a. Khusus untuk pemeriksaan sputum BTA e. dilakukan 3 kali berturut-turut 	3			
C.	PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bersih 2. Beri kesempatan klien berkumur. 3. Berikan bokal sputum steril dan beritahu klien untuk tidak menyentuh bagian dalam bokal steril. 4. Anjurkan klien untuk batuk efektif dengan cara menarik nafas dalam beberapa kali lalu membatukkan sputum (bukan saliva) langsung ke dalam bokal steril *). 	3			

	5. Ulangi sampai sputum yang terkumpul \pm 15 cc. 6. Anjurkan klien untuk berkumur dan berikan tisu 7. Lepaskan dan buang sarung tangan ke tempat yang ditentukan. 8. Kembalikan alat ketempatnya 9. Cuci tangan. 10. Segera mengirim bahan ke laboratorium.				
D. EVALUASI	1. Kaji status respirasi klien selama dan setelah prosedur dilakukan. 2. Sputum yang dibutuhkan sudah memadai untuk pemeriksaan	1			
E. DOKUMENTASI	1. Metode yang digunakan untuk mendapatkan spesimen, tanggal dan jam pengambilan spesimen. 2. Karakteristik sputum : warna, jumlah dan konsistensi 3. Toleransi klien terhadap prosedur pengumpulan spesimen. 4. Status respirasi klien.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pemberian Oksigen Dengan Menggunakan Nasal Kanul, Nasal Kateter, Masker**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik. 2. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur yang akan dilakukan. 3. Kaji pola nafas klien: kecepatan, kedalam dan ritme 4. Kaji warna kulit (pucat dan sianosis) dan membran mukosa 5. Monitor hasil AGD dan saturasi oksigen. 6. Auskultasi suara nafas: wheezing, rales 7. Kaji area belakang telinga, pipi atau tempat lain dimana kontak kulit dan alat terapi oksigen 8. Monitor status hemodinamik: TD, Nadi. 9. Monitor perubahan perilaku: tingkat kesadaran klien, kecemasan, penurunan konsentrasi, kelelahan dan <i>dizzines</i>	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tabung oksigen lengkap dengan flow meter, humidifer dan papan dengan tulisan dilarang merokok. 2. Nasal kateter/kanule/masker. 3. Alat pencatat/alat tulis. 4. <i>Vaselin/jelly steril.</i> 5. Stetoskop 6. Cairan Aquades steril Persiapan Klien : 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan	2			

C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Mengontrol flow meter dan <i>humidifer</i>. 3. Mengontrol apakah peralatan berfungsi. 4. Mengikuti instruksi yang tertulis pada alat tersebut). 5. Perawat mencuci tangan. <p>Cara Pemberian Nasal Kateter :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengukur jarak dari lubang hidung-telinga dan diberi tanda *). b. Melumasi kateter dengan <i>jelly</i>/vaselin *). c. Memasukkan kateter ke dalam lubang hidung sampai batas tanda. d. Mengontrol posisi klien. e. Mengontrol oksigen. f. Mengganti kateter tiap 48 jam atau k/p. <p>Cara Pemberian Nasal Kateter :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengukur jarak dari lubang hidung-telinga dan diberi tanda *). b. Melumasi kateter dengan <i>jelly</i>/vaselin *). c. Memasukkan kateter ke dalam lubang hidung sampai batas tanda. d. Pindahkan kateter ke lubang hidung lain maksimal setiap 8 jam atau lebih sering <p>Cara Pemberian Nasal Kanule :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasang kanul secara tepat pada hidung. b. Kencangkan tali fiksasi dibelakang telinga dan dagu c. Cek lubang hidung setiap 8 jam k/p beri <i>jelly</i>/vaselin steril <p>Cara Pemberian Oksigen melalui Masker :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasang masker pada wajah klien, pastikan alat metal pada masker terpasang dengan tepat. b. Kaji kulit sekitar area pemasangan masker, k/p beri kasa pada sekitar area pemasangan masker c. Pada klien yang menggunakan rebreather mask, pastikan kantung penampung (reservoir) berfungsi (berisi udara) dan tidak terlipat <ol style="list-style-type: none"> 6. Beri posisi semi fowler/ fowler. 7. Kontrol volume oksigen. 8. Cek aliran oksigen setiap 4 jam 	5			
D.	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien 2. Kaji status respirasi klien selama dan setelah prosedur dilakukan. 3. Monitor hasil AGD dan saturasi oksigen. 4. Auskultasi suara nafas klien 	1			

E.	DOKUMENTASI 1. Jumlah liter oksigen yang digunakan, tanggal dan waktu pemberian terapi oksigen. 2. Jenis alat yang digunakan untuk mengalir- kan oksigen 3. Tanda-tanda vital, warna kulit, suara nafas. 4. Respon klien sebelum dan sesudah terapi diberikan.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pengukuran Analisa Gas Darah (AGD)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Tentukan tujuan pengambilan sampel AGD dilakukan. 2. Kaji faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengukuran AGD. 3. Lakukan pemeriksaan fisik toraks dan paru- paru. 4. Tentukan lokasi puksi arteri dengan mem-perhatikan hal-hal di bawah ini : a. Terjaminnya aliran darah (<i>Colateral blood flow</i>). b. Pembuluh darah yang mudah diambil. c. Jaringan sekitar arteri. d. Arteri-arteri disekitar jaringan yang relatif tidak sensitif. e. Arteri-arteri yang secara tidak langsung berbatasan dengan vena. 5. Kaji letak-letak arteri untuk pengambilan <i>specimen</i> . a. Arteri radial. b. Arteri brakial. c. Arteri femoral. 6. Kaji sirkulasi kolateral untuk arteri radial dengan melakukan <i>Allen's test</i> . a. Anjurkan klien untuk mengepal tangan yang kuat. b. Lakukan penekanan langsung pada kedua arteri radial dan ulnaris. c. Anjurkan klien membuka membuka ke-palan tangannya. d. Lepaskan tekanan diatas arteri ulnaris secara bersamaan dan observasi warna jari, jempol dan tangan. (lihat gambar). 7. Tentukan nilai AGD dari klien.	1			

B.	<p>PERENCANAAN Mengembangkan Tujuan Tersendiri Untuk Prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan ketidaknyamanan klien. 2. Memastikan akurasi dari penilaian <i>specimen</i>. 3. Mempertahankan aliran darah arteri <p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sduit 3 ml. 2. Jarum nomer 23 - atau 25 <i>gauge</i> (jarum <i>scalp vein</i> merupakan pilihan). 3. Tutup sduit. 4. Kapas alkohol 2 buah. 5. Kasa 2 lembar. 6. Heparin (1:1000 solution). 7. Kantong plastik dengan es yang dihancurkan. 8. Label disertai identitas klien. 9. Formulir laboratorium. <p>Siapkan Sduit Yang Berisi Heparin :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirasi 0.5 ml sodium heparin 1000 unit/ml, kedalam sduit dari vial atau ampul *). 2. Dorong kembali penghisap dengan prinsip aseptis. 3. Masukkan semua heparin ke dalam sduit. <p>Jelaskan langkah-langkah dan tujuan prosedur ke klien.</p>	2			
C.	<p>PELAKSANAAN Untuk Pungsi Arteri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum prosedur. 2. Raba area brakial atau ulnaris dengan ujung jari. 3. Tekan arteri : <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk arteri radial, hiperekstensikan pergelangan tangan. b. Untuk arteri brakial, hiperekstensikan siku dengan meletakkan handuk gulung kecil di bawah lengan di atas siku. 4. Bersihkan area sekitar penusukan dengan kapas alkohol, dengan gerakan melingkar. 5. Pegang kapas alkohol dengan jari yang sama digunakan untuk meraba arteri. 6. Tahan ujung jari pada arteri, tepat di atas tempat penusukan yang dipilih. 7. Tahan jarum dengan dimiringkan ke atas dan masukan pada sudut 45 derajat ke dalam arteri dengan kemiringan yang mendekati. 8. Hentikan penusukan bila darah telah terlihat di dalam sduit. 9. Jika menggunakan jarum terbuka, perlakuan sduit secara aman. 10. Gunakan 2 x 2 kassa atau kapas <i>antiseptic</i> untuk mencegah darah yang mungkin tumpah 	5			

	<p>11. Masukkan 2 - 3 ml darah arteri secara per-lahan ke dalam spuit (<i>lihat gambar</i>).</p> <p>12. Ketika pengambilan sampel selesai, tahan kapas alkohol di sekitar tempat tusukan dan tarik jarum.</p> <p>13. Lakukan tekanan di sekitar dan terdekat tempat penusukan dengan kapas.</p> <p>14. Pertahankan secara berkelanjutan tekanan di sekitar dan terdekat tempat penusukan selama 5 menit atau 10 menit jika klien sedang melakukan terapi antikoagulan atau penyakit perdarahan.</p> <p>15. Inspeksi tempat penusukan untuk tanda-tanda adanya perdarahan.</p> <p>16. Raba arteri di bawah atau distal pada tempat penusukan.</p> <p>17. Cuci tangan setelah prosedur.</p> <p>Menyiapkan Spuit Untuk Laboratorium :</p> <p>1. Pindahkan jarum dari spuit.</p> <p>2. Keluarkan gelembung udara yang mungkin terkumpul di spuit.</p> <p>3. Sumbat spuit secara kuat</p> <p>4. Tempatkan label identifikasi klien pada spuit.</p> <p>5. Tempatkan spuit di kantong plastik yang berisi pecahan es.</p> <p>6. Lakukan pelabelan secara benar pada <i>sample</i> gas darah.</p> <p>7. Indikasikan klien FiO₂ sesuai.</p> <p>8. Kirim <i>sample</i> secepatnya ke laboratorium.</p>				
D. EVALUASI	<p>1. Inspeksi area distal pada tempat penusukan akan adanya komplikasi.</p> <p>2. Periksa hasil sampel segera mungkin.</p>	1			
E. DOKUMENTASI	<p>1. Laporkan hasil gas darah arteri pada dokter segera jika sudah tersedia.</p> <p>2. Pastikan untuk mengikutkan FiO₂ dan beberapa penyusunan ventilator</p> <p>3. Catat hasil test dan kondisi tempat penusukan.</p>	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Bronchograpy dan Bronchoscopy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pengetahuan klien tentang tujuan dan langkah-langkah prosedur. 2. Kaji kemampuan/ tingkat toleransi klien terhadap prosedur. 3. Kaji kebutuhan psikologis klien berhubungan dengan prosedur. 4. Kaji riwayat hipersensitivitas terhadap analgesik, anestetik dan antibiotika. 5. Observasi tanda-tanda vital sebagai data dasar.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Surat persetujuan tindakan 2. Data yang dibutuhkan sesuai prosedur RS: surat pengantar pemeriksaan, kartu identitas klien. 3. Tempat tidur sebagai alat transportasi Persiapan Klien : 1. Penjelasan tentang tujuan, langkah-langkah prosedur. 2. Persiapan fisik psikologis.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Jelaskan tujuan pemeriksaan <i>bronchoscopy</i> 2. Jelaskan prosedur pemeriksaan <i>bronchoscopy</i> secara rinci 3. Persiapan klien diruang rawat : a. Puasakan klien selama 6 - 8 jam sebelum tindakan. b. Lepaskan gigi palsu, kacamata, kotak lensa, dan perhiasan. c. Di ruang Radilogi/ kamar bedah. d. Diberi premedikasi : sedatif dan atropin (bila ada program). e. Dokter akan menyemprotkan obat anesthesia ke dalam <i>nasopharynx</i> dan <i>oropharynx</i> . c. Alat <i>bronchoscopy</i> dimasukkan dan anjur kan klien untuk rileks dan tenang mengikuti instruksi dokter selama prosedur. d. Jelaskan pada klien bahwa daerah tenggorokan akan terasa sakit sesudah tindakan e. Informasikan pada klien bahwa lamanya tindakan kira-kira 45 menit. f. Antar klien ke bagian bronchoscopy. g. Dampingi klien selama prosedur.	5			

D.	EVALUASI 1. Klien sudah dipersiapkan secara fisik untuk prosedur. 2. Klien sudah dipersiapkan secara psikologis untuk prosedur. 3. Klien dapat mengungkapkan pemahaman tentang prosedur (tujuan dan langkah).	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Persiapan klien sebelum prosedur 2. Kondisi klien sebelum prosedur: tanda-tanda vital, respon. <i>Catatan :</i> Bronkografi dapat dilaksanakan yaitu dengan <i>x-ray</i> pada saat alat <i>bronchoscopy</i> belum dicabut/ dikeluarkan.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Biopsi Pleura/ Paru**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur: tujuan, metode dan langkah-langkah prosedur. 2. Kaji kemampuan/ tingkat toleransi klien terhadap prosedur. 3. Kaji kebutuhan: psikologis yang berhubungan dengan prosedur. 4. Kaji riwayat hipersensitivitas terhadap analgesik, anestetik dan antibiotika. 5. Observasi tanda-tanda vital sebagai data dasar.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Surat persetujuan tindakan. 2. Data yang dibutuhkan sesuai prosedur RS: surat pengantar pemeriksaan, kartu identitas klien. 3. Hasil-hasil diagnostik paru. 4. Tempat tidur sebagai alat transportasi. Persiapan Klien : 1. Penjelasan tentang tujuan, langkah-langkah prosedur. 2. Persiapan fisik psikologis.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Jelaskan tentang tujuan tindakan <i>biopsy</i> pleura. 2. Jelaskan langkah-langkah prosedur secara rinci : a. Klien dalam posisi duduk dan pertahankan posisi tersebut selama tindakan. Perpindahan posisi oleh klien dapat menyebabkan kerusakan oleh jarum punksi klien sampai dengan obat habis. b. Dilakukan desinfektan pada area yang telah ditentukan (paru) untuk membersihkan daerah punksi dari kuman-kuman/ mencegah infeksi.	5			
	c. Klien dianjurkan mengikuti semua ins-truksi dokter selama tindakan untuk mempermudah tindakan. d. Dilakukan punksi dengan jarum <i>biopsy</i> mengambil jaringan untuk diperiksa laboratorium. e. Setelah selesai, luka punksi akan ditutup secara steril. f. Lamanya tindakan kira-kira 30 menit.				
D.	EVALUASI 1. Klien sudah dipersiapkan secara fisik	1			

	untuk prosedur. 2. Klien sudah dipersiapkan secara psikologis untuk prosedur. 3. Klien dapat mengungkapkan pemahaman tentang prosedur (tujuan dan langkah).				
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Persiapan klien sebelum prosedur 2. Kondisi klien sebelum prosedur: tanda-tanda vital dan respon.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan PPD Test**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik. 2. Kaji apakah klien pernah mendapat vaksin BCG, penyakit yang disebabkan virus, keadaan imuno supresi karena penyakit-penyakit tertentu, kortikosteroid sebelum tes dilakukan.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Antigen Tuberkulin PPD/cairan PPD test 0,1 cc. 2. S spuit tuberculin/ spuit injeksi. 3. Insulin dan jarum ukuran 1,25 cm. 4. (1/2 inci) atau nomor 26/27. 5. Kaps +alkohol 70% (alkohol swab). Persiapan Klien : 1. Cek program medik dan rencana keperawatan klien. 2. Jelaskan prosedur. 3. Berikan <i>privacy</i> klien.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan. 2. Pilih area yang akan dilakukan penyuntikan: 1/3 lengan bawah bagian atas/ tengah (3-4 jari di bawah antekubital dan 5 jari di atas pergelangan tangan). 3. Ambil tuberculin PPD dan hisap kedalam spuit sebanyak 0,1 cc. 4. Beri posisi yang nyaman dengan lengan diregangkan dan disanggah pada permukaan yang datar. 5. Bersihkan kulit klien (bagian dalam lengan) dengan alkohol, dimulai dari tengah dan melingkar ke arah luar sirkuler ± 5 cm (2 inci). Biarkan kering. 6. Regangkan kulit.	5			
	7. Dekatkan spuit injeksi tuberculin/ insulin ke arah kulit, masukkan jarum dengan hati-hati dengan sudut 5 - 15 derajat (teknik menyuntik: intrakutan). 8. Masukkan jarum ke epidermis sampai dengan ± 3 mm (1/8 inci) di bawah permukaan kulit. Ujung jarum dapat dilihat melalui kulit. 9. Memasukkan obat 0,1 cc secara perlahan sehingga membentuk gelembung berwarna terang seperti gigitan nyamuk dengan diameter ± 6 - 10 mm dan akan menghilang secara bertahap. Tidak perlu diaspirasi karena				

	dermis relatif avaskular. 10. Cabut jarum sambil memberi kapas alkohol pada area penyuntikan. 11. Jangan melakukan masase pada area penyuntikan. 12. Memberi tanda pada lokasi suntik. 13. Memperhatikan waktu penyuntikan. 14. Bereskan alat-alat.				
D.	EVALUASI 1. Respon klien setelah prosedur dilakukan. 2. Baca hasil tes setelah 48 - 72 jam setelah penyuntikan dilakukan. 3. Ukuran diameter pelebaran maksimal dari indurasi (bukan eritema) dalam milimeter (menggunakan penggaris).	1			
E.	DOKUMENTASI <i>Catat:</i> Nama klien, kamar dan nomor bed, tanggal membaca, hasil, jam, lokasi.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Fisioterapi Dada**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik. 2. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur yang akan dilakukan. 3. Kaji kemampuan klien untuk mengeluarkan sputum. 4. Kaji pernafasan klien.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Sputum pot berisi cairan desinfektan (<i>Lysol</i> 2%) 2. Piala ginjal, Handuk 3. K/p Oksigen dan <i>Suction</i> Persiapan Klien : 1. Memberitahu dan menjelaskan kepada klien dan keluarganya mengenai prosedur yang akan dilakukan. 2. Memasang tabir sekeliling tempat tidur	2			
C.	PELAKSANAAN Langkah-Langkah Claping : 1. Perawat mencuci tangan. 2. Membantu klien dalam posisi duduk atau posisi tidur miring kiri/kanan. 3. Melakukan <i>clapping</i> dengan cara kedua tangan perawat menepuk punggung klien secara bergantian sampai ada rangsangan batuk. 4. Merapihkan klien dan lingkungan. 5. Membersihkan alat dan mengembalikan pada tempatnya. 6. Perawat mencuci tangan. Langkah-Langkah Vibrasi : 1. Menganjurkan klien menarik nafas dalam pada waktu mengeluarkan nafas, kedua tangan perawat diletakkan diatas bagian samping depan dari cekungan iga, kemudian membuat getaran-getaran lembut. 2. Merapihkan klien dan lingkungan. 3. Membersihkan alat dan mengembalikan pada tempatnya. 4. Perawat mencuci tangan.	5			
D.	EVALUASI 1. Setelah dilakukan 3 - 4 kali vibrasi klien dianjurkan untuk batuk, lendir ditampung dalam sputum pot. 2. Perhatikan reaksi klien 3. Tindakan <i>clapping</i> dan vibrasi dihentikann bila ada keluhan nyeri dan sesak nafas meningkat.	1			

E.	DOKUMENTASI 1. Tanggal dan waktu fisioterapi dada. 2. Segmen dada yang dilakukan perkusi atau vibrasi. 3. Warna, jumlah dan kekentalannya produksi (ada darah atau tidak).	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Tindakan Pengisapan Lendir Melalui Mulut, Hidung dan Tracheostomy**

Lahan Praktek : Tanggal

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji kebutuhan pengisapan. 2. Auskultasi suara nafas: <i>wheezing, crackles</i> . 3. Observasi tanda-tanda vital: Nadi dan Pernafasan. 4. Observasi status respiratori: gelisah <i>tachypnea</i> , sesak nafas. 5. Observasi tanda-tanda: hipoksia, sianosis.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Alat pengisap lendir dengan botol berisi larutan desinfektan (misal: <i>Lysol 2%/ Savlon</i>). 2. Kateter pengisap steril dengan ukuran. 3. 2 kom steril : a. 1 kom berisi cairan NaCl. b. 1 kom berisi larutan desinfektan (<i>Savlon 1: 100/ Resiguard 1:160</i>). 6. Sarung tangan steril 1 pasang (1 sarung steril untuk tangan yang dominan dan 1 sarung tangan steril untuk yang tidak dominan). 7. 100 cc Normal Saline, handuk bersih. 8. Kertas tisu, stetoskop. 9. Piala ginjal, kantong plastik. 10. Tabung Oksigen dan kateternya. 11. Spatel (Pada klien tidak sadar). Persiapan Klien 1. Jelaskan prosedur dan pentingnya partisipasi klien selama prosedur. 2. Jelaskan pentingnya batuk selama prosedur 3. Atur posisi tidur klien <i>fowler/semi fowler</i> bila tidak ada kontra indikasi. 4. Letakkan handuk melintang pada dada klien	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan. 2. Tempatkan handuk secara melintang di atas dada klien. 3. Atur tekanan negatif pada alat pengisap lendir. 4. Buka kateter steril, upayakan agar tidak menyentuh area yang tidak steril. 5. Buka kom steril, isi dengan Cairan NaCl. 6. Memakai sarung tangan steril. 7. Hubungkan kateter steril dengan pipa peng hisap. Ambil kateter steril dengan tangan dominan/ steril, hubungkan dengan pipa pengisap yang dipegang dengan tangan tidak dominan.	5			

	<p>8. Menghidupkan mesin, kontrol fungsi alat dengan memasukkan kateter pada kom berisi NaCl.</p> <p>9. Bila klien menggunakan O₂, lepaskan O₂ dengan tangan yang tidak dominan lalu segera masukkan kateter pengisap dengan tangan dominan dalam keadaan mesin pengisap tidak berfungsi.</p> <p>10. Lakukan intermittent pengisapan dengan gerakan rotasi sambil menarik kateter keluar.</p> <p>11. Lama pengisapan 10 - 15 detik.</p> <p>12. Anjurkan nafas dalam, kalau perlu beri O₂ 1 - 2 menit.</p> <p>13. Bilas kateter dengan Normal Saline.</p> <p>14. Prosedur dapat diulang sampai jalan nafas bersih. Beri cukup waktu diantara pengisapan untuk ventilasi.</p> <p>15. Kaji status kardiopulmonal diantara waktu pengisapan.</p> <p>16. Matikan mesin, lepas sarung tangan dan kateter. Masukkan dalam kantong plastik.</p> <p>17. Tutup pipa penyambung dengan kasa steril</p> <p>18. Angkat handuk, tempatkan di kom untuk dicuci.</p> <p>19. Atur posisi klien, k/p anjurkan untuk kumur-kumur.</p> <p>20. Cuci tangan.</p> <p>21. Kosongkan botol pengisapan tiap shift/ bila cairan di dalam botol pengisapan sudah menunjukkan pada batas tertentu.</p> <p>22. Merapihkan alat-alat, biarkan mesin penghisap dekat tempat tidur klien bila masih dibutuhkan.</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Auskultasi suara nafas, bandingkan kondisi saluran pernafasan sebelum dan sesudah pengisapan.</p> <p>2. Identifikasi dampak fisiologik prosedur pengisapan terhadap klien.</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Hasil pengkajian saluran nafas sebelum dan sesudah pengisapan, ukuran kateter yang digunakan, lama pengisapan, rute pengisapan, toleransi klien, tekanan negatif yang digunakan, bau, jumlah, warna dan konsistensi lendir.</p> <p>2. Respon klien.</p>	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Perawatan Klien Pasca Tracheostomy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji tanda dan gejala yang membutuhkan perawatan tracheostomy: sekresi peristomal berlebih; sekresi intratracheal berlebih; tali pengikat tracheostomy basah atau kotor, balutan yang basah atau kotor, berkurangnya aliran udara melewati tube tracheostomy. 2. Observasi faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi tracheostomy. 3. Pemahaman dan kemampuan klien dalam melakukan perawatan tracheostomy.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tali pengikat, 2 kom steril, Cairan NaCl, H ₂ O ₂ , S spuit 10 cc. 2. Sa leb antibiotika/ <i>bethadine</i> 10%. 3. Alat penghisap lendir, stetoskop. 4. Set balut steril, 1 pasang sarung tangan steril dan 1 pasang sarung tangan bersih. 5. Kapas apus, alkohol 70 %, plester dan gunting, piala ginjal. 6. Handuk, perlak, kantung plastik. 7. Kalau perlu: tromol kasa, kaca mata pelindung, masker, baju ruangan. Persiapan Klien 1. Jelaskan prosedur dan partisipasi klien. 2. Bantu klien untuk posisi yang nyaman bagi perawat dan klien biasanya <i>supine</i> atau <i>semifowler's</i> . 3. Tempatkan handuk di sepanjang dada klien.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan, pakai sarung tangan bersih 2. Kalau perlu lakukan penghisapan lendir. 3. Meletakkan handuk di dada. 4. Angkat balutan trakheostomi yang kotor masukkan kedalam kantung plastik, lepas-kan sarung tangan.	5			
	5. Membuka set balut, memakai sarung tangan steril, mempertahankan tangan dominan tetap steril. 6. Bersihkan kulit sekitar stoma permukaan kanul luar dengan kasa yang sudah dibasahi dengan NaCl dengan gerakan melingkar dari area stoma ke arah luar menggunakan tangan dominan untuk mempertahankan sterilitas. 7. Ganti tali pengikat satu persatu.				

	<p>Perhatikan balon tetap terisi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Potong kedua ujung tali berbentuk diagonal, masukkan salah satu ujung tali pengikat melalui lubang pelat muka dan tarik melalui yang lain. 9. Pasang tali pengikat disamping kepala dan disekitar leher ke lubang yang lain dan masukkan melalui lubang kedua. 10. Ambil salah satu tali pengikat di sekitar belakang kepala dan leher, tarik rapi sampai kedua ujung bertemu. 11. Ikat secara aman dengan simpul ganda dengan hanya ada ruang untuk 1 jari di simpul ikatan. 12. Masukkan balutan trakheostomi yang baru dibawah ikatan yang bersih dan pelat muka 13. Simpan cairan dan alat yang tidak digunakan di tempat yang tepat. 14. Posisikan klien secara nyaman, rapihkan lingkungan. 15. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan. 				
D. EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tujuan tercapainya seluruhnya, sebagian atau tidak tercapai dengan membandingkan keadaan klien sebelum dan sesudah dilakukan perawatan. 2. Hasil yang diharapkan: Pernafasan 14 -20 x/ menit, dalamnya pernafasan normal, lancar dan simetris. Auskultasi suara paru vesikuler. 	1			
E. DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan manset tercatat dan suara nafas bronkial. 2. Dilakukannya suctioning dan sifat dari sekresi. 3. Toleransi terhadap prosedur (perubahan pada status pernafasan dan tanda-tanda vital). 	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemberian Terapi Inhalasi Melalui Nebulizer**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik. 2. Kaji pengetahuan klien dengan tindakan yang akan dilakukan. 3. Kaji suara pernapasan dan karakteristik suara nafas. 4. Kaji nadi dan heart rate. 5. Kaji kemampuan klien mengeluarkan secret.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Nebulizer dan perlengkapan (1 set) 2. Obat dan pengencernya 3. Sputum pot 4. Sarung tangan bersih 5. Tisu 6. <i>Suction</i> Persiapan Klien 1. Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan. 2. Menyiapkan posisi klien secara nyaman : duduk/ <i>semi fowler</i> atau sesuaikan kondisi klien	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan dan pakai sarung tangan. 2. Memasang tabir. 3. Memasukkan obat ke dalam alat nebulizer. 4. Menghubungkan alat nebulizer dengan listrik. 5. Menghidupkan <i>nebulizer</i> (tekan <i>power on</i>) cek apakah terjadi penguapan obat. 6. Memasang alat pada daerah mulut dan hidung klien (posisi) yang tepat. 7. Menginstruksikan pada klien untuk melaku kan nafas dalam, tahan sebentar lalu ekspirasi.	5			
	8. Mengecek keadaan umum klien, tanda-tanda vital dan lakukan auskultasi paru secara berkala selama prosedur. 9. Menganjurkan klien batuk efektif untuk mengeluarkan sekret. Hal-hal yang harus diperhatikan : 1. Tidak meninggalkan klien selama tindakan. 2. Observasi reaksi klien terhadap efek samping obat. 3. Posisi alat tepat pada tempatnya.				

D.	EVALUASI 1. Observasi klien selama dan setelah tindakan, terhadap : keadaan umum, tanda-tanda vital, respon, efek samping obat. 2. Auskultasi suara nafas. 3. Observasi sekret/ sputum yang dikeluarkan.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat hasil pengkajian sebelum, selama dan setelah tindakan. 2. Catat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan. 3. Catat tentang sputum dan karakteristiknya.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Klien Dengan Water Seal Drainase (WSD)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik dan program keperawatan. 2. Kaji tanda vital, satusasi oksigen, suara nafas pada kedua lapangan paru, pola nafas. 3. Kaji keluhan klien. 4. Kaji kepadanan sistem drainase. 5. Kaji pengetahuan klien tentang perawatan WSD.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Set angkat jahitan. 2. Tuffer dan kassa steril. 3. Sarung tangan bersih. 4. Sarung tangan steril. 5. Klem/ kocher - 2 buah. 6. Bethadine sol 10%. 7. Alkohol 70%. 8. Bensin. 9. Vaseline zalf/bethadine zalf steril. 10. Plester dan gunting. 11. Piala ginjal. 12. Perlak alas. 13. Kantong balutan kotor. 14. Skrem. 15. Botol WSD steril (bila botol WSD yang sedang dipakai sudah penuh/ pecah). Persiapan Klien : 1. Menjelaskan program perawatan yang akan dilakukan.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan bersih. 2. Memasang tabir/ skerm 3. Membebaskan pakaian klien bagian atas.	5			
	4. Mengatur posisi klien : a. Memberi posisi semi-fowler/ duduk. b. Menyokong dinding dada dekat pemasangan selang. c. Merubah posisi klien setiap 2 jam. d. Menganjurkan klien untuk batuk efektif dan nafas dalam. 5. Mengobservasi luka punksi dan sekitar nya : a. Membuka dan melepaskan balutan dengan sangat hati-hati, masukan ke				

	<p>dalam kantong yang tersedia.</p> <p>b. Mengamati kondisi luka apakah ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>c. Melakukan palpasi sekitar luka dan selang adanya bengkak dan krepitasi</p> <p>d. Membuka set angkat jahitan, secara steril, memakai sarung tangan steril dan merawat luka secara steril.</p> <p>6. Monitor kepatenan sistem <i>drainase</i> :</p> <p>a. Mengobservasi kepatenan fiksasi selang pada dada dan pada botol WSD</p> <p>b. Memfiksasi selang dada pada alat tenun tempat tidur dengan klem</p> <p>c. Mempertahankan level air pada <i>water seal</i> sesuai program masing-masing sistem.</p> <p>d. Memperhatikan tekanan pada botol suction sesuai program masing-masing sistem</p> <p>e. Memeriksa kebocoran udara dengan memonitor gelembung-gelembung udara di ruang <i>water seal</i>.</p> <p>f. Memelihara/ menjaga agar posisi selang dada/ sistem <i>drainase</i> selalu lebih rendah daripada dada.</p> <p>g. Mengangkat selang dada sesering mungkin untuk mendrainase cairan kedalam botol.</p> <p>h. Memijat dan mengurut selang setiap 30 menit jika cairan drain adalah darah.</p> <p>i. Mengobservasi adanya bekuan darah pada selang dada, bila ada segera diatasi.</p>				
	<p>j. Mengobservasi adanya fluktuasi/ undulasi dalam water seal setiap kali klien bernafas. Normal fluktuasi 2 - 4 detik (5 - 10 cm).</p> <p>k. Mengontrol lubang pipa udara apakah berfungsi baik.</p> <p>l. Memastikan bahwa 2 buah klem selalu tersedia di samping tempat tidur klien.</p> <p>7. Memantau cairan <i>drainase</i> :</p> <p>a. Mengobservasi warna, konsistensi dan jumlah cairan drain. Setiap 1jam sesudah operasi (24 jam)/ bila jumlah cairan drain banyak. Beri tanda pada botol untuk setiap <i>shift</i>.</p> <p>b. Menganjurkan klien untuk batuk dan nafas dalam secara periodik.</p> <p>c. Menganjurkan klien untuk memberitahukan segera bila ada kesulitan bernafas.</p> <p>d. Melakukan kolaborasi medik bila kondisi klien menurun (sianosis, pernafasan cepat dan sesak, emfisema subkutan, nyeri dada, perdarahan hebat).</p>				

	<p>Catatan : Sistem 1 botol : Botol berfungsi sebagai <i>water seal</i>. Pipa dalam botol terendam 2 cm di bawah permukaan air.</p> <p>Sistem 2 botol <u>tanpa</u> '<i>suction control</i>' : 1) Botol 1 sebagai penampung cairan drain. 2) Botol 2 sebagai <i>water seal</i> dengan pipa terendam 2 cm di bawah permukaan air.</p> <p>Sistem 2 botol <u>dengan</u> '<i>suction control</i>' 1) Botol 1 sebagai penampung dan <i>water seal</i>. 2) Botol 2 sebagai <i>suction control</i>, pipa udara terendam sedalam 10 - 20 cm air</p>				
	<p>Sistem 3 botol : 1) Botol 1 sebagai penampung, botol 2 sebagai <i>water seal</i>, botol 3 dihubungkan dengan <i>suction control</i>. 2) Ukuran air dalam botol = sama dengan di atas. 3) <i>Disposible water seal system</i> = sistem 3 botol.</p> <p>Melakukan asisten pencabutan selang WSD, pencabutan dilakukan oleh dokter, tindakan dilakukan secara steril : 1) Memberikan obat analgesik 30' sebelumnya (bila diprogramkan) 2) Menganjurkan klien untuk duduk di tepi tempat tidur/ berbaring miring pada sisi yang sehat 3) Membuka set angkat jahitan 4) Meletakkan <i>vaselin/ bethadine</i> steril pada kasa steril 5) Dokter mengklem selang WSD, balutan dibuka 6) Dokter menganjurkan klien mengambil nafas dalam dan menahan nafas, sementara selang dicabut dan segera ditutup dengan kassa <i>vaselin/ bethadine</i> steril 7) Memberi balutan tekan di atasnya 8) Kadang-kadang dokter menggunakan <i>agrade/ jahitan</i> sebelum melakukan penekanan 9) Merapikan klien dan peralatan</p>				

D.	EVALUASI 1. Kaji pernafasan klien untuk melihat tanda distress pernafasan dan nyeri dada. 2. Auskultasi paru klien dan observasi ekspansi paru. 3. Monitor tanda vital, hematokrit dan hemoglobin. 4. Evaluasi kemampuan klien menggunakan teknik latihan nafas dalam sambil terus mempertahankan kenyamanan klien. 5. Monitor keberlangsungan (kelancaran) sistem yang ditandai dengan pengurangan jumlah drainase, tidak adanya kebocoran udara dan reekspansi (pengembangan) total paru-paru. 6. Monitor saturasi oksigen klien.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Hasil pengkajian dan observasi pada klien dan sistem drainase 2. Respon klien 3. Masalah dan intervensinya	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Rontgen Thorax (Thorax Foto)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur <i>thorax</i> foto. 2. Kaji kemampuan/ tingkat toleransi klien terhadap prosedur. 3. Kaji kebutuhan psikologis klien berhubungan dengan prosedur. 4. Observasi tanda-tanda vital sebagai data dasar.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Data yang dibutuhkan sesuai prosedur RS/ institusi: surat pengantar pemeriksaan, kartu identitas klien, <i>thorax foto</i> yang lalu. 2. Alat transportasi sesuai kebutuhan klien seperti : tempat tidur, kereta dorong, kursi roda. Persiapan Klien : 1. Penjelasan tentang tujuan, langkah-langkah prosedur. 2. Persiapan fisik dan psikologis.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Jelaskan kepada klien tujuan pemeriksaan <i>thorax</i> foto 2. Jelaskan prosedur <i>thorax</i> foto secara rinci: 3. Sebelum foto pakaian atas (dari pinggang ke atas) akan dilepas dan diganti dengan pakaian khusus di bagian Radiologi. 4. Perhiasan/barang-barang dari logam akan di lepas karena logam akan menutupi area/ struktur tubuh yang akan di foto. 5. Pada saat foto klien akan diminta untuk menarik nafas dalam lalu ditahan beberapa detik, untuk memastikan jumlah maksimal udara yang mengisi paru-paru sehingga dapat memberikan gambaran yang jelas maka <i>thorax</i> foto akan diulang. 6. Antar klien ke bagian Radiologi. 7. Dampingi klien selama pemeriksaan.	5			
D.	EVALUASI Hasil Yang Diharapkan : 1. Klien sudah dipersiapkan secara fisik untuk prosedur. 2. Klien sudah dipersiapkan secara psikologis untuk prosedur. 3. Klien dapat mengungkapkan pemahaman tentang prosedur.	1			

E.	DOKUMENTASI Catat : persiapan klien sebelum prosedur. Kondisi klien sebelum prosedur: tanda-tanda vital dan respon klien.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Memasang Pipa Lambung/ Naso Gastric Tube (NGT)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek kembali program medik 2. Kaji riwayat perdarahan hidung, deviasi septum, operasi hidung 3. Kaji kebutuhan klien untuk pemasangan NGT 4. Kaji kesediaan klien untuk dilakukan prosedur 5. Kaji kepatenan lubang hidung dengan menganjurkan klien relaks dan bernapas menggunakan 1 lubang hidung secara bergantian 6. Auskultasi peristaltik usus dan palpasi abdomen 7. Kaji kemampuan menelan klien dengan menggunakan spatel untuk menyentuh uvula 8. Kaji status mental klien	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : a. Pipa lambung ukuran dewasa 12-16 b. Pelumas yang larut dalam air c. Stetoskop dan spuit 10 cc d. Handuk e. Penutup pipa lambung f. Kantong penampung g. Plester dan gunting h. Spatel lidah i. Lampu senter j. Tissue k. Gelas berisi air dan sedotan l. Sarung tangan bersih m. Piala ginjal n. Alat tulis o. K/p kom muntah, kertas pH dan suction	2			
	Persiapan Klien : 1. Memberitahu tujuan pemasangan NGT dan partisipasi klien selama pemasangan NGT: a. Posisi kepala ekstensi lalu flexi b. Napas dalam bila ingin muntah c. Menelan untuk membantu pipa masuk kedalam esophagus d. Bila merasa tidak nyaman beri kode dengan menunjukkan jari 2. Menutup tabir di lingkungan klien 3. Mengatur posisi tidur (semi fowler)				
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Letakkan handuk melintang diatas dada	5			

	<p>4. Dekatkan piala ginjal dan tissue pada klien</p> <p>5. Siapkan plester perekat untuk fiksasi</p> <p>6. Mengukur panjang pipa lambung yang akan dimasukan (dari cuping hidung ke telinga bawah lalu ke prosesus Xiphoideus)</p> <p>7. Memberi tanda panjangnya pipa lambung yang harus dimasukan</p> <p>8. Melumasi pipa lambung sepanjang 7,5-10 cm</p> <p>9. Instruksikan posisi kepala ekstensi, bila pipa sudah masuk sampai dengan oropharynx anjurkan posisi kepala fleksi</p> <p>10. Kaji kedudukan NGT di mulut dan tenggorokan dengan menggunakan senter dan spatel</p> <p>11. Lanjutkan memasukan pipa lambung dengan menganjurkan klien menelan atau memberikan minum dengan sedotan (bila tidak ada kontraindikasi) sampai batas yang telah ditentukan</p> <p>12. Bila klien batuk-batuk, hentikan pemasangan dan anjurkan napas dalam. Setelah klien relaks, lanjutkan memasukan pipa lambung</p>				
	<p>13. Fiksasi sementara dengan plester</p> <p>14. Lakukan tes dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menghisap cairan lambung K/p periksa dengan kertas pH untuk menentukan keasaman isi lambung Memasukan udara 5-10 cc dan diauskultasi pada perut sebelah kiri kuadran atas <p>*Memasukkan ujung pipa lambung ke dalam gelas berisi yang air Tidak Dianjurkan karena dapat menyebabkan aspirasi. Adanya gelembung udara pada permukaan air tidak menjamin bahwa posisi NGT tepat</p> <p>15. Kaji warna cairan lambung yang keluar melalui NGT</p> <p>16. Fiksasi pipa lambung pada hidung dengan plester</p> <p>17. Tutup pipa lambung dengan spuit atau kantong penampung</p> <p>18. Lepaskan sarung tangan, rapikan klien dan bereskan serta kembalikan alat-alat ke tempat semula</p> <p>19. Cuci tangan</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>Respon klien terhadap pemasangan NGT :</p> <ol style="list-style-type: none"> Refleks muntah yang terus-menerus (<i>persistent gagging</i>) Mendadak mengalami batuk-batuk (<i>Paroxysmal Of Coughing</i>) Karakteristik cairan lambung (warna, jumlah) 	1			

E	DOKUMENTASI 1. Tanggal, waktu, lokasi dan respon klien selama pemasangan NGT dan cara yang telah dilakukan untuk memastikan posisi NGT tepat. 2. Nama dan paraf perawat.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Bilas Lambung (*Lavage*)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Lihat pesan medik, tujuan dan jenis cairan irigasi yang digunakan. 2. Kaji volume, warna dan karakteristik cairan lambung. 3. Kaji distensi atau keluhan nyeri abdomen. 4. Kaji bising usus dan kemampuan untuk flatus. 5. Kaji tanda-tanda vital 6. Kaji kondisi rongga mulut dan keutuhan gigi geligi. Cabut bila ada gigi palsu.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Lihat prosedur pemasangan NGT 2. S spuit 50 cc atau corong 3. Normal saline solution untuk irigasi Persiapan Klien : 1. Lihat prosedur pemasangan NGT	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Lihat prosedur pemasangan NGT 2. Setelah NGT terpasang dengan tepat, miringkan klien ke kiri dengan kepala direndahkan \pm 15 derajat (left trendelenburg) 3. Masukkan larutan normal saline hangat kedalam irrigator/ corong sebanyak 150 – 200 ml 4. Atur ketinggian corong diatas kepala klien. Cairan irigasi jangan didorong dan biarkan mengalir menurut gaya gravitasi. 5. Rendahkan posisi NGT untuk mengalirkan isi gaster keluar ke piala ginjal/ kom muntah. 6. Pastikan bahwa cairan yang masuk sama dengan cairan yang keluar.	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji kedudukan pipa lambung bila NGT masih digunakan 2. Kaji keluhan klien akan rasa tidak nyaman atau nausea 3. Inspeksi warna, volume dan karakteristik cairan NGT 4. Kaji tanda-tanda vital klien tiap 15 menit dan tingkat kesadaran klien	1			

E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Volume cairan yang masuk dan keluar 2. Karakteristik cairan yang keluar 3. Respon pasien selama prosedur 4. Tanggal, waktu, nama dan paraf perawat	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Luka Gastrostomi**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Program medik untuk perawatan luka gastrostomi 2. Pengetahuan klien tentang tujuan pemasangan gastrostomi 3. Keluhan klien terhadap rasa nyeri, mual dan adanya kelemahan 4. Kondisi kulit dan monitor proses penyembuhan luka 5. Adanya tanda-tanda infeksi pada insisi 6. Respon klien terhadap perubahan gambaran tubuhnya.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Set ganti balutan steril 2. Kasa steril dan tuffer steril 3. Sarung tangan disposable 4. Obat-obatan desinfektan 5. Plester dan gunting 6. Piala ginjal 7. Bensin 8. Normal Saline/Na Cl 0,9 % 9. <i>Bethadine/povidone-iodine solution</i> 10. Kantong plastik Persiapan Klien : 1. Memberitahukan klien tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Menyiapkan lingkungan klien dan menutup tabir tempat tidur 3. Mengatur posisi tidur klien (terlentang dengan satu bantal atau beberapa bantal).	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Menggunakan sarung tangan disposable 3. Plester dilepaskan dengan kapas bensin 4. Pembalut yang menutup luka dibuka	5			
	5. Daerah sekitar luka dibersihkan dengan tuffer dan normal saline lalu keringkan 6. Luka dibalut dengan kasa steril, pada bagian pipa gastrostomi kasa dilipat di sekeliling pipa 7. Merapihkan klien 8. Membereskan alat-alat 9. Mencuci tangan				
D.	EVALUASI 1. Keluhan klien selama perawatan gastrostomi 2. Keutuhan kulit sekitar stoma, apakah menunjukkan tanda-tanda proses penyembuhan luka atau menunjukkan	1			

	tanda-tanda infeksi 3. Apakah ada cairan yang keluar di sekitar stoma, kaji karakteristik warna, jumlah, bau cairan tersebut 4. Keadaan luka gastrostomi 2 x sehari 5. Kedudukan pipa gastrostomi 6. Apakah ada perdarahan yang abnormal dari gastrostomi.				
E.	DOKUMENTASI 1. Tanggal dan waktu perawatan luka 2. Kondisi jaringan kulit sekitar pipa gastrostomi (kemerahan, bengkak, keluar cairan yang abnormal) 3. Jika ada cairan keluar dari sekitar stoma catat warna, jumlah, jenis, bau dan konsistensi cairan. 4. Catat respon klien (nyeri, kram, kembung, atau diare).	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Memberikan Makanan Cair Melalui *Gastrostomy***

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik tentang jumlah dan frekuensi pemberian makanan melalui gastrostomi 2. Kaji pengetahuan klien tentang metode pemberian makanan 3. Kaji kepatenan posisi pipa lambung 4. Aspirasi untuk mengetahui toleransi lambung	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1) Makanan cair yang hangat sesuai dengan instruksi medik (pastikan bahwa formula yang dibutuhkan selalu tersedia) 2) Air putih untuk membilas 3) Corong/ spuit 20 – 50 cc 4) Obat-obatan yang sudah dihaluskan 5) Alas makan/ servet makan Persiapan Klien : 1) Memberitahu klien 2) Menutup tabir di lingkungan klien 3) Mengatur posisi (semi fowler) atau tergantung pada program medik 4) Auskultasi peristaltik usus dan palpasi abdomen	2			

C.	PELAKSANAAN: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Beri alas makan pada area sekitar pipa. 3. Aspirasi cairan lambung untuk menentukan residu; kaji karakteristik cairan lambung 4. Masukkan kembali cairan yang diaspirasi ke dalam lambung. 5. Klem pipa lambung, lalu buka penutupnya. 6. Pasang corong/sput <ul style="list-style-type: none"> - Bila menggunakan feeding bag maka tetesannya 20 tetes/ menit 7. Pipa lambung ditegakkan \pm 45 cm diatas dinding abdomen 8. Bilas dengan 30 cc air putih 9. Tuangkan makanan melalui pipa lambung secara perlahan (Cairan yang diberikan biasanya 300-500 cc tergantung pada reaksi klien, dengan waktu 10 – 15 menit) 10. K/p Masukkan obat (sebelum pemberian obat, bilas pipa lambung) 11. Bilas dengan air putih 30 cc 12. Lepaskan corong/ sput, kateter ditutup kembali 13. Klien dianjurkan tetap dalam posisi semi fowler selama 1 jam sesudah makan. 14. K/p ganti pembalut disekitar gastrostomi 15. Bereskan alat (cuci dengan air hangat) dan kembalikan pada tempatnya 16. Cuci tangan 	5			
D.	EVALUASI : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji toleransi klien terhadap jumlah dan frekuensi pemberian makanan cair melalui gastrostomi 2. Kaji respon klien selama pemberian makanan melalui gastrostomi 3. Kaji tanda-tanda aspirasi makanan ke dalam saluran pernapasan 4. Kaji batas/ penanda pipa lambung berada setinggi permukaan kulit 	1			
E.	DOKUMENTASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pemberian makan, jumlah dan jenis makanan yang diberikan 2. Toleransi klien terhadap pemberian makanan melalui gastrostomi 3. Keadaan stoma dan kulit sekitarnya 4. Posisi pipa lambung 	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Perawatan Klien Dengan Colostomy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik 2. Kaji kondisi kantong colostomy dan kaji keluhan tidak nyaman pada stoma dan sekitarnya. 3. Auskultasi peristaltik usus 4. Kaji pemahaman klien mengenai stoma	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat 1) Kantong Colostomy (1 piece atau 2 pieces beserta penjepitnya) 2) Kapas basah (NaCl atau air hangat) 3) Kom bersih/ steril 4) Tissue 5) 1 pasang sarung tangan bersih dan 1 pasang sarung tangan steril 6) Kantong untuk balutan kotor 7) 2 Piala ginjal 8) 1 pasu surungan 9) 1 Set ganti balut 10) Gunting 11) Baju ruangan 12) Handuk dan perlak 13) Bedak karaya, bila tersedia 14) Bila menggunakan Cicin tumit, bantalan kapas dan kain berlubang; maka perlu disiapkan juga: bensin, zinc oil, oil/ minyak, plester dan gunting 15) K/p Betadine untuk lecet dikulit Persiapan Klien 1) Jelaskan prosedur 2) Berikan privacy untuk klien 3) Atur posisi tidur klien k/p semi fowler	2			
	PELAKSANAAN : 1. Menggunakan Colostomy bag a. Cuci tangan b. Gunakan sarung tangan bersih c. Dekatkan piala ginjal ke tubuh klien d. Melepaskan colostomy bag kotor dan tempatkan dalam piala ginjal/ bedpan e. Ganti sarung tangan dengan yang steril/ bersih f. Bersihkan stoma dan kulit sekitarnya dengan kapas basah/ NaCl g. Observasi kondisi kulit, stoma dan jahitan h. Keringkan kulit sekitar stoma 2. Menggunakan Cicin tumit a. Cuci tangan b. Gunakan sarung tangan bersih	5			

	<ul style="list-style-type: none"> c. Piala ginjal didekatkan ke tubuh klien d. Buka plester dengan kapas bensin e. Angkat pembalut kotor dan masukkan dalam kantung plastik f. Ganti sarung tangan dengan yang bersih/ steril g. Bersihkan colostomy dan kulit sekitarnya dengan kapas basah/ NaCl h. Bersihkan bekas Zink Oil dengan Oil i. Keringkan kulit sekitar stoma j. Lakukan observasi kulit sekitar, stoma dan jahitan k. Olesi kulit sekitar stoma dengan Zink Olie tipis-tipis l. Pasang kain berlubang sesuai dengan ukuran stoma, cicin tumit dan bantalan kapas m. Rekatkan bantalan kapas dengan plester n. Rapihkan klien o. Bereskan alat-alat dan membuang balutan kotor 				
	<ul style="list-style-type: none"> p. Cuci tangan q. Motivasi klien untuk melakukan observasi setiap hari 				
D.	EVALUASI <ul style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap stoma/ostomy bag 2. Integritas kulit sekitar stoma, stoma dan sutures 3. Karakteristik cairan yang keluar melalui stoma: jumlah, konsistensi dan warna 	1			
E.	DOKUMENTASI <ul style="list-style-type: none"> 1. Type bag dan skin barrier yang digunakan 2. Waktu pemasangan dan pengosongan bag 3. Jumlah, warna dan konsistensi dari faeces/ cairan 4. Kondisi kulit sekitar stoma, stoma dan sutures 5. Partisipasi dan toleransi klien terhadap pemasangan ostomy bag 6. Penyuluhan keperawatan yang sudah diberikan 	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Lavament Colostomy (Irigasi Colostomy)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Program medik untuk menentukan jenis cairan irigasi 2. Kondisi kulit sekitar stoma dan warna stoma apakah berwarna pink atau kemerahan 3. Karakteristik faeces yang keluar melalui stoma (warna, bau, konsistensi, adanya darah atau mucus) 4. Auskultasi bising usus dan palpasi area abdomen apakah ada distensi, massa abdomen dan nyeri 5. Tekanan darah dan nadi.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1) Kanul khusus irigasi (Kateter Nelaton nomor 22 dari bahan karet) 2) Irrigator 3) Vaseline 4) Sarung tangan disposable 5) Piala ginjal 6) Cairan sesuai program medik, biasanya air hangat pada suhu sekitar 37,8 ° C sebanyak 1000 ml atau larutan normal saline. 7) Kursi (jika dibutuhkan di kamar mandi) 8) Perlak untuk alas pot sebanyak 2 buah (jika dilakukan di tempat tidur) 9) Kertas bed 10) Handuk 11) Skort/ baju ruangan 12) Sabun mandi dan waslap 13) Bedpan Persiapan Klien : 1) Jelaskan tujuan dan setiap langkah-langkah prosedur pada klien 2) Siapkan lingkungan dan menutup tabir 3) Mengatur posisi klien : a) Jika di kamar mandi: posisi duduk b) Jika di tempat tidur: posisi ½ duduk atau miring	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Jika klien di tempat tidur, letakan perlak di bawahnya 3. Menggunakan sarung tangan dan baju ruangan 4. Membuka kantung/ balutan <i>colostomy</i> 5. Mengisi irrigator dengan cairan yang ditentukan, menghubungkan irrigator	5			

	<p>dengan kanul irigasi dan mengkosongkan udara dalam selang irrigator.</p> <p>6. Letakkan irrigator setinggi 45 - 50 cm dari stomasambil selang irigasi diklem</p> <p>7. Memberikan kasa vaselin pada ujung kanul</p> <p>8. Masukkan ujung kanul kedalam stoma dengan perlahan-lahan sedalam \pm 8 cm</p> <p>9. Membuka klem pipa irigasi dan membiarkan air masuk secara perlahan. Air sebaik nya masuk ke <i>colon</i> sekitar 10 - 15 menit (jika klien mengeluh kram, lambatkan aliran atau hentikan, selang tetap dipertahankan dan anjurkan klien menarik nafas dalam sampai kram berkurang).</p> <p>10. Mengeluarkan kanul</p> <p>11. Tunggu sampai cairan irigasi selesai dikeluarkan kurang lebih 10 - 15 menit</p> <p>12. Jika irigasi bertujuan untuk membersihkan usus, ulangi prosedur dengan larutan normal saline hangat sampai cairan tampak bersih.</p> <p>13. Bersihkan area sekitar stoma dengan sabun, air dan waslap.</p> <p>14. Menutup <i>colostomy</i> dengan balutan/ kantung <i>colostomy</i> bersih</p> <p>15. Membereskan alat-alat dan membuang kotoran.</p> <p>16. Mencuci selang irigasi</p> <p>17. Melepaskan baju ruangan dan sarung tangan</p> <p>18. Mencuci tangan</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>Kaji :</p> <p>1. Keluhan klien selama dilakukan irigasi <i>colostomy</i>.</p> <p>2. Apakah klien menunjukkan tanda-tanda dehidrasi</p> <p>3. Keadaan sekitar stoma apakah ada tanda-tanda perdarahan</p> <p>4. Kondisi sekitar kulit</p> <p>5. Bising usus</p> <p>6. Apakah ada tanda-tanda perdarahan atau perforasi.</p> <p>7. Karakteristik cairan yang keluar melalui stoma</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat :</p> <p>1. Tanggal dan waktu melakukan irigasi, jumlah dan jenis cairan irigasi</p> <p>2. Warna stoma dan karakteristik cairan yang keluar: warna, konsistensi dan jumlah</p> <p>3. Kondisi kulit sekitar stoma</p> <p>4. Keluhan klien selama irigasi <i>colostomy</i></p>	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Persiapan Dan Perawatan Klien Colonoscopy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Program medik tentang rencana <i>colonoscopy</i> dan persiapannya 2. Tanda-tanda vital klien terutama tekanan darah dan pernapasan. 3. Adanya pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematokrit, PT, PTT dan masa pembekuan darah. 4. Status hydrasi klien (<i>intake-output</i> cairan)	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1) Status klien, pemeriksaan diagnostik sebelumnya dan kartu opname klien. Persiapan Klien : 1) Jelaskan tujuan, persiapan dan tindakan yang akan dilakukan klien untuk pemeriksaan <i>Colonoscopy</i> 2) Mintakan surat persetujuan tindakan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Berikan diet cair 24 - 72 jam sebelum pemeriksaan 2. Berikan laxantia, dapat dengan cara : laxantia diberikan 2 malam sebelum pemeriksaan, kemudian pada pagi hari diberikan lavamen sampai dengan cairan jernih. Cara lain adalah dengan memberikan cairan lavage elektrolit (<i>Golytely</i> atau <i>Colyte</i>) 3. Puasakan klien 8 - 12 jam sebelum pemeriksaan 4. Antar klien ke ruang <i>endoscopy</i> 5. Jelaskan pada klien prosedur yang dilakukan selama pemeriksaan: a. Alat akan dimasukkan ke dalam <i>rectum</i> . b. Klien akan mengalami rasa tidak nyaman ketika udara dimasukkan ke dalam anus untuk membuka <i>colon</i> . c. Jika diperlukan akan dilakukan pengambilan jaringan untuk pemeriksaan 6. Berikan sedative/ <i>tranquilizer</i> atau sesuai pesan medik sebelum pemeriksaan. 7. Berikan posisi tidur miring ke kiri dengan lutut ditekuk selama endoskope masuk melalui usus. 8. Anjurkan klien menarik napas panjang dan dalam selama colonoscope dimasuk- kan. 9. Antar klien kembali ke ruangan.	5			

	10. Anjurkan klien untuk istirahat tirah baring selama 2-6 jam setelah pemeriksaan.				
D.	EVALUASI 1. Adanya tanda-tanda perforasi usus (malaise, perdarahan rectal, nyeri abdomen, distensi, demam dan cairan yang mukopurulen) 2. Tanda-tanda vital klien 3. Kecemasan klien	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Keluhan klien selama dan sesudah pemeriksaan 2. Adanya tanda-tanda perforasi usus	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Persiapan Dan Perawatan Klien Gastroscopy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Program medik tentang rencana <i>gastroscopy</i> dan persiapannya 2. Tekanan darah, denyut jantung, pernafasan klien 3. Adanya riwayat sakit <i>cardiovascular</i> berat 4. Keadaan rongga mulut dan catat jumlah gigi yang hilang atau adanya lesi pada mulut	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Pemeriksaan diagnostik sebelumnya, status dan kartu opname klien. Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan, persiapan dan tindakan yang akan dilakukan klien untuk pemeriksaan <i>Gastroscopy</i> . 2. Mintakan surat persetujuan tindakan.	2			

C.	PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk puasa 8 - 12 jam sebelum pemeriksaan 2. Lepaskan gigi palsu dan perhiasan klien 3. Jelaskan pada klien bahwa ruangan pemeriksaan mungkin akan dingin dan gelap serta klien tidak dapat berbicara selama pemeriksaan <i>gastroscopy</i>. 4. Antar klien ke ruang <i>endoscopy</i> 5. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan selama pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Selama pemeriksaan klien dalam keadaan sadar b. Pemberian anastesi local spray pada pharing posterior c. Pemberian sedatif, opiat atau <i>tranquilizer</i> d. Posisi klien selama prosedur adalah lateral recumbent ke kiri e. Endoskop akan masuk melalui <i>esophagus</i> ke duodenum f. Selama pemeriksaan akan dilakukan pemeriksaan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan pulse oksimetri g. Jika diperlukan akan ada pemeriksaan bahan laboratorium 6. Anjurkan klien untuk menarik nafas panjang selama pemeriksaan. 7. Antar klien kembali ke ruangan. 8. Monitor tanda-tanda vital klien. 9. Monitor tanda-tanda adanya perdarahan atau perforasi. 10. Setelah pemeriksaan anjurkan klien tidur pada posisi <i>sims</i> sampai sedasi dan <i>local</i> anastesi berkurang. 11. Puasakan klien 1 - 2 jam setelah pemeriksaan atau sampai <i>gag refleks</i> kembali normal. 	5			
D.	EVALUASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor apakah <i>gag refleks</i> sudah kembali dengan menilai refleks menelan 2. Kaji keluhan klien selama dan sesudah tindakan gastroscopi 3. Kaji apakah ada perdarahan selama dan sesudah gastroscopi 4. Kaji tanda-tanda vital klien 5. Kaji <i>gag refleks</i> klien 	1			
E.	DOKUMENTASI Catat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan klien apakah ada nyeri dan perdarahan 2. Tanda-tanda vital klien 3. Kemampuan menelan atau <i>gag refleks</i> klien 	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan OMD Foto**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Pesan medik terhadap rencana dan persiapan OMD foto 2. Riwayat alergi pada klien terutama terhadap zat kontras. 3. Adanya keluhan nyeri, perdarahan atau mual. 4. Warna, jumlah dan konsistensi faeces	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Pemeriksaan diagnostik sebelumnya, status dan kartu opname klien. Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan, persiapan dan tindakan yang akan dilakukan pada klien terhadap pemeriksaan OMD foto. 2. Mintakan surat persetujuan tindakan OMD foto pada klien.	2			

C.	PELAKSANAAN 1. Berikan klien diet rendah serat sehari sebelum pemeriksaan. 2. Puasakan klien 8 - 12 jam sebelum pemeriksaan dan anjurkan klien untuk tidak merokok. 3. Hentikan obat-obatan 8 jam sebelum pemeriksaan kecuali ada indikasi. 4. Hentikan obat-obatan seperti golongan narkotika dan <i>anticholinergik</i> 24 jam sebelum pemeriksaan. 5. Kalau perlu berikan <i>laxantia</i> sesuai dengan pesan medik pada malam hari sebelum pemeriksaan. 6. Siapkan foto-foto <i>x-ray</i> terdahulu, status dan kartu opname klien. 7. Antar klien ke ruang radiologi untuk pemeriksaan dan jelaskan pada klien lamanya pemeriksaan antara 1 - 2 jam. 8. Siapkan foto-foto <i>x-ray</i> terdahulu, status dan kartu opname klien. 9. Antar klien ke ruang radiologi untuk pemeriksaan dan jelaskan pada klien lamanya pemeriksaan antara 1 - 2 jam. 10. Anjurkan klien menelan semua zat kontras: barium atau meglumine diatrizoate (Gastrogratin) sesuai dengan ketentuan. Jelaskan pada klien bahwa zat kontras tersebut kental dan mempunyai rasa kapur. 11. Jelaskan pada klien bahwa pemeriksaan ini tidak menimbulkan nyeri atau rasa tidak nyaman. 12. Antar klien kembali ke ruangan. 13. Berikan <i>laxantia</i> sesuai dengan pesan medik setelah pemeriksaan, jelaskan pada klien bahwa faeces yang keluar akan berwarna lebih terang untuk beberapa hari dan jelaskan pula bahwa barium dapat menyebabkan impaksi faeces. Dan anjurkan klien banyak minum air putih.	5			
D.	EVALUASI 1. Observasi tanda-tanda vital dan keluhan klien. 2. Kaji respon klien selama dan sesudah prosedur pemeriksaan OMD foto. 3. Kaji kemampuan defekasi klien.	1			
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Tanda-tanda vital klien 2. Keluhan klien terhadap adanya rasa nyeri atau tidak nyaman, perdarahan dan mual setelah pemeriksaan. 3. Keadaan <i>faeces</i> : warna, konsistensi, jumlah setelah pemeriksaan.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Colon Foto**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik mengenai rencana colon foto dan persiapannya 2. Kaji riwayat alergi pada klien terutama terhadap zat kontras 3. Kaji adanya keluhan nyeri, perdarahan atau mual. 4. Kaji warna, jumlah dan konsistensi faeces 5. Kaji adanya tanda-tanda perforasi usus	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Pemeriksaan diagnostik sebelumnya, status dan kartu opname klien Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan, persiapan dan tindakan yang akan dilakukan pada klien untuk pemeriksaan Colon foto 2. Mintakan surat persetujuan tindakan Colon foto pada klien.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Berikan klien diet rendah serat sehari sebelum pemeriksaan 2. Puasakan klien 8-12 jam sebelum pemeriksaan dan anjurkan klien untuk tidak merokok. 3. Berikan laxantia sehari sebelum pemeriksaan atau sesuai pesan medik. 4. Hentikan obat-obatan 8 jam sebelum pemeriksaan kecuali ada indikasi. 5. Hentikan obat-obatan seperti golongan narkotika dan <i>anticholinergik</i> 24 jam sebelum pemeriksaan.	5			
	6. Berikan enema pada pagi hari sebelum pemeriksaan atau sesuai program medik 7. Jelaskan pada klien bahwa selama pemeriksaan akan dipasang irrigator melalui anus untuk memasukkan barium kedalam <i>colon</i> dan jelaskan pada klien bahwa akan mengalami rasa tidak nyaman dan kadang-kadang kram pada abdomen. 8. Siapkan foto-foto <i>x-ray</i> terdahulu, status dan kartu opname klien. 9. Antar klien ke ruang <i>radiology</i> untuk pemeriksaan dan jelaskan pada klien lamanya pemeriksaan antara 1 - 2 jam. 10. Anjurkan klien menarik napas dalam dan menahan <i>sphincter</i> anus selama pemeriksaan. 11. Antar klien kembali ke ruangan. 12. Berikan laxantia atau enema setelah				

	pemeriksaan selesai. 13. Anjurkan klien minum air putih banyak kecuali bila ada kontra indikasi. 14. Observasi tanda-tanda vital dan keluhan klien.				
D.	EVALUASI 1. Kaji keluhan klien selama dan sesudah pemeriksaan <i>colon</i> foto 2. Kaji kemampuan defekasi klien	1			
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Tanda-tanda vital klien 2. Keluhan klien terhadap adanya rasa nyeri atau tidak nyaman dan kram abdomen 3. Keadaan <i>faeces</i> : warna, konsistensi, jumlah setelah pemeriksaan.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Laparoscopy (Peritoneoscopy)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik tentang rencana <i>laparoscopy</i> dan persiapannya. 2. Kaji tanda-tanda vital. 3. Kaji adanya pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, PT, PTT dan masa pembekuan darah.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. <i>Sphigmomanometer</i> dan thermometer. 2. Obat laxantia atau alat untuk lavament (sesuai program medik). 3. Pemeriksaan diagnostik sebelumnya, status dan kartu opname klien. Persiapan Klien : 1. Jelaskan pada klien tentang tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan. 2. Jelaskan <i>anesthesia</i> yang akan diberikan. 3. Mintakan tanda tangan surat persetujuan tindakan. 4. Jelaskan sesudah pemeriksaan kemungkinan ada rasa nyeri menjalar ke bahu	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Puasakan klien 6 - 8 jam sebelum tindakan. 2. Berikan obat laxantia (bila klien sudah buang air besar maka obat tidak perlu diberikan). 3. Anjurkan klien untuk buang air kecil 4. Jelaskan pada klien mengenai prosedur tindakan : a. Akan dilakukan insisi ± 2 cm di bawah <i>umbilicus</i> , alat <i>laparoscope</i> dimasukkan ke dalam rongga abdomen lalu dimasukan <i>carbon dioxide</i> (gas CO ₂) ke dalam abdomen.	5			
	b. Setelah pemeriksaan gas CO ₂ dikeluarkan. c. Luka insisi dijahit atau <i>digrave</i> . 5. Antar klien untuk pemeriksaan dengan membawa rekam medik dan hasil pemeriksaan diagnostik.				
D.	EVALUASI 1. Kaji respon klien selama dan setelah pemeriksaan.	1			

	2. Kaji keluhan nyeri. 3. Observasi tanda-tanda vital, tanda-tanda infeksi atau hematoma. 4. Kaji tanda-tanda perdarahan dan luka bakar.				
E.	DOKUMENTASI 1. Catat respon klien selama dan setelah pemeriksaan 2. Catat adanya tanda-tanda infeksi atau hematoma pada klien	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Cholecystography**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Program medik. 2. Sensitivitas terhadap zat kontras. 3. Tanda dan gejala <i>jaundice</i> , seperti <i>sclera</i> mata kuning, kulit kuning dan serum bilirubin > 3 mg/dl. 4. Adanya muntah dan diare sebelum dilakukan pemeriksaan.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Obat <i>iodine radiopaque (Telepaque/chlorografin)</i> . 2. 1 gelas air putih. Persiapan Klien : 1. Jelaskan tentang tujuan pemeriksaan dan prosedur persiapan pemeriksaan yang akan dilakukan. 2. Mintakan surat persetujuan tindakan pada pasien.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Satu hari sebelum pemeriksaan klien dianjurkan tidak makan makanan berlemak 2. Klien dipuasakan kecuali minum air putih selama 12 jam sebelum pemeriksaan. 3. Berikan obat <i>iodine radiopaque</i> 2 jam sesudah makan malam (selambat-lambatnya jam 20.00). Jumlah tablet yang diberi kan berdasarkan berat badan klien (umum nya untuk orang dewasa 6 tablet). Setiap tablet diberikan tiap 5 menit dengan 1 gelas air putih. 4. Klien tetap puasa setelah pemberian obat <i>iodine radiopaque</i> .	3			
	5. Jelaskan prosedur pemeriksaan : a. Klien dilakukan <i>x-ray</i> dalam posisi berdiri dan tidur miring. b. Klien diberi makanan tinggi lemak. c. Klien dilakukan <i>x-ray</i> setelah makan makanan tinggi lemak. 6. Antar klien ke bagian radiologi				
D.	EVALUASI 1. Tanda dan gejala reaksi alergi terhadap <i>iodine radiopaque</i> seperti peningkatan suhu tubuh, kemerahan, urticaria, <i>hypotensi</i> , sulit bicara atau <i>dyspnea</i> . 2. Keluhan <i>dysuria</i> ringan.	1			

E.	DOKUMENTASI 1. Respon klien bila ada alergi obat <i>iodine radiopaque</i> 2. Respon klien terhadap pemeriksaan	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan dan Asisten Pungsi Asites (Paracentesis)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik 2. Kaji bila klien ada riwayat alergi obat anestesi. 3. Kaji tanda-tanda vital, khususnya tekanan darah.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Cairan antiseptik : Betadin dan Alkohol 2. Obat lokal anestesi: <i>Lidocain</i> 1 % 3. Kasa steril 4. Set punksi asites yang berisi: a. 1 pasang sarung tangan steril b. Botol steril c. Kapas lidi dan kasa steril d. Kain berlubang steril 5. <i>Abboath</i> no 19 - 21 atau Bisturi. 6. Kanul steril dengan <i>inner trocar</i> kateter (CAPD= <i>Continuous abdominal dialysis</i>) 7. S spuit steril : a. 1 spuit 5 cc b. 3 spuit 10 cc - 30 cc 8. 1 Pasang sarung tangan bersih 9. Kapas <i>alcohol</i> 10. Plester 11. Piala ginjal 12. Perlak dan kain alas kecil 13. Meteran 14. Tensi meter Persiapan Klien : 1. Jelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan. 2. Minta tanda tangan surat persetujuan. 3. Tutup tabir di sekeliling klien. 4. Kaji kandung kencing/anjurkan klien buang air kecil. 5. Ukur lingkaran perut dan beri tanda pada tempat yang diukur.	2			
	6. Atur posisi tidur pasien semi <i>fowler</i> atau duduk di kursi. 7. Jelaskan bahwa perawat akan mendampingi klien selama pemeriksaan.				
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan. 2. Meletakkan perlak dan kain alas di bawah bokong klien. 3. Membuka set steril dan dekatkan agar mudah dijangkau dokter. 4. Menggunakan sarung tangan bersih. 5. Asisten desinfektan dengan mengunjuk kan betadin dan alkohol.	5			

	6. Asisten dalam lokal anestesi : a. Mengunjukkan spuit b. Mengunjukkan obat anestesi c. Menyediakan botol steril 7. Asisten dalam aspirasi cairan. 8. Setelah jarum punksi dilepaskan, tutup bekas punksi dengan kasa steril. 9. Mengukur jumlah cairan yang keluar. 10. Melepaskan sarung tangan. 11. Merapihkan klien. 12. Membersihkan alat-alat. 13. Mencuci tangan				
D.	EVALUASI 1. Kaji tanda-tanda vital tiap 15 menit. 2. Kaji <i>output</i> urin. 3. Ukur lingkar perut. 4. Kaji tanda perdarahan atau keluar cairan pada kasa penutup bekas punksi. 5. Kaji toleransi klien selama prosedur.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat <i>type</i> prosedur punksi asites yang dilakukan. 2. Toleransi klien terhadap prosedur: perubahan tanda-tanda vital, keluhan nyeri abdomen. 3. Catat adanya rembesan cairan pada kasa. 4. Jumlah dan karakteristik cairan yang dikeluarkan. 5. Lingkar perut sebelum dan sesudah punksi asites.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Memberi Rendaman Duduk**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik tentang rencana <i>laparoscopy</i> dan persiapannya 2. Kaji tanda-tanda vital 3. Kaji adanya pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, PT, PTT dan masa pembekuan darah	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Kom, air hangat dan cairan antiseptik <i>phisohex</i> atau sesuai program medik. 2. Handuk. 3. Bila perlu obat untuk perawatan luka di anus. Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 2. Jelaskan bahwa rendaman dilakukan sesudah mandi/ buang air besar dengan frekuensi 1 - 2 kali/ hari.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Klien dianjurkan untuk mandi/ b.a.b. 2. Mencuci tangan. 3. Meletakkan kom berisi air hangat dan cairan antiseptik dengan dosis yang tepat di atas tempat duduk di kamar mandi. 4. Membantu klien untuk berendam di dalam kom. 5. Anjurkan klien untuk berendam selama 30 menit - 45 menit. 6. Area bokong dikeringkan dengan handuk setelah rendaman. 7. Bila perlu merawat luka di anus sesuai dengan program medik. 8. Membereskan alat-alat. 9. Mencuci tangan.	5			
D.	EVALUASI 1. Keluhan nyeri. 2. Respon klien sesudah rendaman duduk.	1			
E.	DOKUMENTASI Catat tanggal dan jam pemberian rendaman duduk dan respon klien sesudah rendaman duduk.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Laboratorium Tes Fungsi Liver**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tulis pada formulir pemeriksaan darah a) Identitas klien b) Beri tanda pada pemeriksaan: Bilirubin total, Protein total, Fosfatase alkalis, SGOT, SGPT dan Gamma GT 2. Tulis identitas klien pada tabung kimia darah 3. Venoject 4. Kapas alkohol 5. Piala ginjal Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Lihat prosedur ambil darah (Keperawatan Dasar)	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji adanya hematoma pada bekas pungsi 2. Kaji respon klien terhadap pemeriksaan	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat pada buku ekspedisi: nama pasien dan pemeriksaan yang dilakukan	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

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

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Persiapan dan Perawatan Pasien Pre dan Post Endoscopi
Retrograde Cholangio Pancreatografi (ERCP)**

Lahan Praktek :
Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN Kaji : 1. Program medik 2. Tanda-tanda vital 3. Riwayat hipersensitif terhadap <i>iodine</i> , <i>seafood</i> atau media kontras.	2			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Obat premedikasi sesuai program medik 2. S spuit steril 2 cc 2 buah Persiapan Klien : 1. Jelaskan tentang prosedur pemeriksaan a. Lama pemeriksaan 30 menit - 1 jam b. Klien akan diberikan premedikasi sedativa dan atropin. c. Anestesi lokal disemprotkan pada faring. d. Bila bahan kontras dimasukkan akan terasa panas. e. Kemungkinan ada rasa sakit di tenggorokan selama beberapa hari sesudah pemeriksaan 2. Minta tanda tangan surat persetujuan pemeriksaan	3			
C.	PELAKSANAAN 1. Puasakan 6 - 8 jam sebelum pemeriksaan 2. Anjurkan berkemih sebelum diantar ke bagian endoskopi. 3. Ukur tanda-tanda vital. 4. Pasang infus sesuai program medik. 5. Memberikan premedikasi. 6. Antar ke bagian endoskopi dengan membawa rekam medik dan hasil pemeriksaan diagnostik.				
	7. Selama pemeriksaan dokter akan melakukan : a. Anestesi lokal disemprotkan pada faring b. Sekretin IV c. Bahan kontras disuntikan setelah endoskopi kateter papila doudenum dan kateter berada dalam duktus pankreatik d. Atropin i.m. diberikan sesudah pemeriksaan endoskopi 8. Sesudah pemeriksaan : a. Klien tetap puasa 1 - 2 jam sampai				

	dengan refleks menelan positif. b. Anjurkan kumur-kumur dengan larutan salin hangat atau pemberian tablet hisap				
D.	EVALUASI 1. Periksa tanda dan gejala retensi urin. 2. Pantau tanda-tanda vital, tanda-tanda perdarahan, cholangitis atau pankreatitis 3. Pantau keluhan nyeri pada perut quadran kanan atas.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat jam pemeriksaan dilakukan dan respon klien sesudah pemeriksaan.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan dan Merawat Klien Percutaneous Transhepatic Cholangiography (PTC)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Program medik. 2. Riwayat hipersensitivitas terhadap <i>iodine, seafood</i> atau bahan kontras. 3. Hasil pemeriksaan laboratorium: masa perdarahan, masa pembekuan dan masa prothrombin serta jumlah trombosit.	1			
B.	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat : Pemeriksaan <i>diagnostic</i> yang dilakukan sebelumnya, status dan kartu opname klien. 2. Persiapan Klien: Jelaskan pada klien tentang prosedur tindakan dan peran klien selama dilakukan tindakan.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Puasakan klien 6 jam sebelum pemeriksaan 2. Antar klien ke ruang pemeriksaan 3. Jelaskan pada klien bahwa : a. Akan mendapat anestesi lokal dan terapi sedatif intravena b. Akan mendapat terapi antibiotika selama prosedur c. Sesudah anestesi local akan dimasukkan jarum fleksible ke hepar melalui titik pertemuan garis midclavikula sebelah kanan dan costa bawah sebelah kanan. Dengan USG dapat dilakukan punksi empedu. Cairan empedu diambil untuk pemeriksaan bakteriologi dan sitologi 4. Sesudah tindakan anjurkan klien untuk tirah baring selama 6 jam	5			
D.	EVALUASI 1. Cek tanda-tanda vital tiap 15 menit pada 1 jam pertama, setiap 30 menit pada 2 jam berikutnya. Dan seterusnya sampai kondisi klien stabil. 2. Kaji perdarahan, edema, ketidaknyamanan an pada lokasi bekas tusukan. 3. Kaji tanda-tanda peritonitis (menggigil, suhu > 38,9 - 39,4 ° C, nyeri abdomen, tidak nyaman, distensi abdomen, mual dan muntah).	1			

E.	DOKUMENTASI 1. Respon klien selama dan sesudah tindakan 2. Adanya tanda-tanda peritonitis, perdarahan, edema atau nyeri	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mempersiapkan Klien Untuk Pemeriksaan EKG**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN Kaji kebutuhan klien akan pemasangan EKG	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mesin EKG 2. Kabel EKG (12 lead) 3. 6 Chest elektroda 4. 4 limb elektoda 5. <i>Jelly</i> 6. Alat cukur (kalau perlu) 7. Kapas alkohol 8. Piala ginjal 9. <i>Washlap</i> basah 10. <i>Tissue</i> 11. Lem, gunting, kertas dokumentasi EKG. Persiapan Klien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tujuan tindakan EKG. 2. Melepaskan alat logam yang dipakai termasuk gigi palsu. 3. Menganjurkan klien tidak bergerak, batuk dan tertawa selama rekaman. 4. Menganjurkan klien untuk tidak memegang pagar tempat tidur. 5. Menganjurkan klien tetap berbaring selama rekaman dilakukan. 	2			
C.	PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Memasang tabir tempat tidur 3. Membuka pakaian atas 4. Bersihkan area ekstremitas dan dada yang akan dipasang elektroda dengan kapas alkohol 5. Beri <i>jelly</i> pelumas pada area pemasangan dan pada elektroda. 	5			
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Pasang elektroda dan kabel elektroda sesuai dengan lokasi elektroda (hindari memasang elektroda diatas massa otot yang besar dan struktur tulang) : <ol style="list-style-type: none"> a. Kabel merah (R) untuk tangan kanan b. Kabel kuning (L) untuk tangan kiri c. Kabel hijau (F) untuk kaki kiri d. Kabel hitam (N) untuk kaki kanan e. Kabel C1 untuk V1 di ICS 4 <i>Linea Sternalis</i> Kanan f. Kabel C2 untuk V2 di ICS 4 <i>Linea</i> 				

	<p><i>Sternalis Kiri</i></p> <p>g. Kabel C3 untuk V3 diantara V2 dan V4</p> <p>h. Kabel C4 untuk V4 di ICS 5 <i>Linea Midclavicularis Kiri</i></p> <p>i. Kabel C5 untuk V5 sejajar V4 di <i>Linea Axillaris Anterior</i></p> <p>j. Kable C6 untuk V6 sejajar V4 di <i>Linea Mid Axillaris</i></p> <p>7. Hubungkan kabel <i>ground</i> ke <i>washlap</i> basah yang diletakkan di piala ginjal.</p> <p>8. Hubungkan kabel listrik EKG ke sumber listrik</p> <p>9. Nyalakan sistem <i>power</i> listrik</p> <p>10. Set kecepatan pada 25mV</p> <p>11. Set ketinggian rekaman pada skala 1</p> <p>12. Lakukan kalibrasi 1 milivolt</p> <p>13. Lakukan rekaman 12 lead</p> <p>14. Setelah selesai, matikan power listrik dan lepaskan kabel/elektroda di tubuh klien, kemudian bersihkan sisa <i>jelly</i> yang menempel.</p> <p>15. Rapihkan klien.</p> <p>16. Rapihan alat-alat dan kembalikan pada tempatnya.</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Perhatikan respon/ reaksi verbal/ <i>non verbal</i> klien selama rekaman EKG.</p>	1			

E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Hitung HR dari hasil rekaman EKG dan laporkan adanya kelainan.</p> <p>2. Tuliskan reaksi klien sebelum, selama dan setelah melakukan rekaman EKG.</p> <p>3. Catat nama klien, umur, tanggal dan jam pembuatan serta nama perawat.</p>	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mengambil Darah untuk Pemeriksaan Preparat Malaria**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek kembali program medik. 2. Kaji tanda-tanda pada medikal record klien. 3. Kaji apakah klien pernah pergi kedaerah endemik malaria.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. 2 Obyek glass yang bersih, bebas lemak serta dibungkus (beri etiket langsung). 2. Lancet/ vaccinostil yang steril. 3. Kapas 4. Alkohol 70 % 5. Piala ginjal 6. Sarung tangan <i>disposable</i> . 7. Formulir laboratorium Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. mendesinfeksi ujung jari tangan yang akan ditusuk (prioritas pemilihan jari) 3. Menusuk jari memakai <i>vaccinostil</i> (posisi <i>vaccinostil</i> dan kecepatan menusuk). Membuat palitan : 1. Tetes darah pertama dilap dengan kapas kering. 2. Menyentuhkan tetesan darah pada kaca objek 1 ± 2 cm pada salah satu ujung. 3. Meletakkan kaca objek diatas meja yang datar. 4. Tangan kiri menahan kaca objek I dan tangan kanan meletakkan ujung dari kaca objek II diatas tetesan darah. 5. Menggeser kaca objek II ke kanan ± 1 cm sampai darah memenuhi sisi kaca objek glass I. 6. Ulangi langkah 5-8 untuk objek glass ke II. Kemudian teteskan darah menjadi 3 titik diatas objek glass II.	5			
	7. Bersihkan jari klien dengan kapas kering 8. Merapihkan klien dan alat-alat. 9. Letakkan palitan ditempat datar (piala ginjal) sampai darah kering sempurna oleh udara dan dijaga dari gangguan debu dan lalat. 10. Mengisi formulir pemeriksaan laboratorium.				
D.	EVALUASI 1. Pastikan sediaan darah harus bersih. 2. Volume darah yang diambil harus cukup yaitu 0,5 mm = 2 - 3 tetes. 3. Ketebalan objek glass harus baik.	1			

	4. Darah tidak boleh terfiksasi (untuk pengaruh alkohol). 5. Proses hemolisa harus berlangsung sempurna (bila proses hemolis tidak sempurna akan ditemukan tumpukan dinding sel darah merah).				
E.	DOKUMENTASI 1. Tanggal dan waktu pengambilan palitan dilakukan. 2. Kaji respon klien sebelum dan sesudah tindakan.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Persiapan Transfusi Darah**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek kembali program medik. 2. Kaji riwayat transfusi dan penyakit sebelumnya. 3. Cek kembali hasil pemeriksaan darah sebelumnya : Hb terakhir. 4. Kaji tanda-tanda vital pada medikal rekord klien. 5. Inspeksi integritas dan kekenyalan pembuluh darah.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. 1 Tabung EDTA dan 1 Tabung Kimia. 2. S spuit 5 cc / <i>Holder</i> dan <i>venoject</i> . 3. Formulir pemesanan darah dan golongan darah. 4. Tourniquet. 5. Sarung tangan bersih. 6. Kapas dan cairan antiseptik. 7. Perlak. 8. Piala Ginjal. 9. Plester. Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan pengambilan contoh darah untuk persiapan tranfusi. 2. Minta tanda tangan surat persetujuan.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan. 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 3. Kaji area yang dilakukan penusukan. 4. Gunakan sarung tangan di bawah area yang akan dilakukan penusukan. 5. Letakkan perlak. 6. Pasang <i>tourniquet</i> dan anjurkan klien untuk mengepalkan tangan. 7. Desinfektan area penusukan. 8. Lakukan penusukan dan ambil darah 3 cc untuk kimia dan 3 cc untuk EDTA.	5			
	9. Lepaskan tourniquet langsung sesegera mungkin setelah darah keluar saat diaspirasi. 10. Lepaskan jarum dan lakukan penekanan di daerah punksi dengan kapas alkohol dan difiksasi dengan plester.				
D.	EVALUASI 1. Mengobservasi tanda-tanda vital	1			
E.	DOKUMENTASI	1			

	1. Tanggal dan waktu pengambilan darah. 2. Lengkapi formulir pemesanan darah sesuai jumlah darah yang dipesan. 3. Respon klien setelah prosedur dilakukan.				
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Memberikan Transfusi Darah**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek kembali program medik. 2. Kaji riwayat transfusi sebelumnya. 3. Kaji TTV pada medikal record klien. 4. Inspeksi integritas dan kekenyalan pembuluh darah. 5. Pastikan jarum punksi vena yang akan digunakan no. 18 atau 19.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. 1 set transfusi darah dengan blood filter. 2. Cairan Normal Salin (NaCl 0,9 %). 3. Cairan desinfektan: Alkohol 70 %. 4. Sarung tangan bersih. 5. Tensimeter dan Termometer. 6. Kapas Suntik. 7. Formulir observasi khusus transfusi darah. 8. Bila perlu obat-obat sesuai dengan program medik (Antihistamin, Ca Glukonas). Persiapan Darah : Bersama dengan pembimbing memeriksa ketepatan produk darah dan identitas klien meliputi: 1. Nama klien atau Blood ID Bracelet (Panggil nama klien dan periksa gelang identitas). 2. Golongan darah dan tipe Rh.klien. 3. Kesesuaian <i>Crossmatch</i> . 4. Tipe dari produk darah. 5. Jumlah darah dan nomor kantong darah. 6. Masa berlaku. 7. Sedimen/ bekuan dalam darah dan warna darah. Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur transfusi. 2. Minta tanda tangan surat persetujuan. 3. Bila belum dilakukan punksi vena maka lihat prosedur punksi vena.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan. 2. Menggunakan sarung tangan bersih. 3. Melakukan observasi terhadap suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah. 4. Memasang NaCl 0,9 %. 5. Membuka set transfusi darah diatur dalam posisi clamp tertutup. 6. Desinfeksi botol NaCl lalu pasang set transfusi darah. 7. Memindahkan set transfusi ke kantong darah.	5			

	8. Alirkan transfusi darah 2 ml/menit dan dampingi klien selama 15 menit pertama. 9. Melepaskan sarung tangan. 10. Merapihkan klien dan lingkungannya. 11. Membereskan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya. 12. Melakukan observasi terhadap tanda-tanda vital setiap 5 menit pada 15 menit pertama, tiap 15 menit selama 1 jam berikutnya, selanjutnya tiap 1 jam sampai dengan transfusi selesai.				
D.	EVALUASI 1. Memperhatikan respon klien sehubungan dengan transfusi darah.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Tanggal dan waktu reaksi transfusi, jenis dan jumlah produk darah dan yang diberikan. 2. Macam produk darah dan nomor seri. 3. Catat reaksi tranfusi yang terjadi, tanda-tanda vital, terapi yang diberikan dan respon pasien sebelum dan sesudah transfusi. 4. Tanggal, jam tranfusi selesai diberikan.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan dan Melakukan Asisten Terhadap Klien dengan BMP
(Bone Marrow Pungsi)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pengetahuan klien mengenai prosedur 2. Kaji kemampuan klien dalam menjaga kestabilan posisi selama prosedur. 3. Kaji tanda-tanda vital. 4. Kaji status koagulasi klien; penggunaan antikoagulan, jumlah platelet dan <i>protrombin time</i> . 5. Cek program medik: tujuan dari prosedur 6. Cek Surat persetujuan terhadap tindakan 7. Kaji riwayat alergi terhadap cairan antiseptik, anastesi. 8. Kaji kebutuhan untuk pengobatan nyeri sebelum prosedur dilakukan.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Cairan antiseptik (betadin) 2. Kasa 3. Handuk 4. <i>Local</i> anastesi: lidokain 1 % 5. S spuit 3 cc, jarum 23 - 25 untuk anastesi, spuit 50 cc untuk aspirasi sumsum tulang 6. Spinal needle no. 18 7. Sarung tangan steril 8. Plester 9. Set BMP lengkap. 10. Perlak 11. Korentang 12. Tabung untuk pemeriksaan test diagnostik 13. Formulir pemeriksaan laboratorium. Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur kepada klien 2. Beri posisi klien yang nyaman sesuai lokasi punksi. 3. Anjurkan klien untuk mencegah pergerakan selama tindakan dilakukan.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan. 2. Menyiapkan lingkungan. 3. Mengatur posisi klien sesuai area yang akan dilakukan punksi (Posisi Supine: sternum atau spina iliac anterior. Posisi Prone atau lateral: spina illiac posterior). 4. Membuka area yang akan dilakukan punksi. 5. Meletakkan perlak dan handuk. 6. Membuka set BMP. 7. Mengunjukkan sarung tangan steril.	5			

	8. Mengunjukkan kassa dan cairan antiseptik untuk desinfektan. 9. Mengunjukkan spuit 3 cc dan cairan anastesi. 10. Mengunjukkan spinal needle atau jarum punksi yang ada didalam set BMP. 11. Mengunjukkan spuit 50 cc atau spuit yang ada didalam set BMP. 12. Mengunjukkan kasa dan cairan antisetik setelah punksi dan plester untuk fiksasi. 13. Merapihkan klien. 14. Membereskan alat-alat. 15. Membereskan lingkungan. 16. Mencuci tangan.				
D.	EVALUASI 1. Monitor tanda-tanda vital. 2. Observasi balutan setelah punksi dilakukan.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Tanggal dan waktu tindakan dilakukan. 2. Lokasi punksi dilakukan. 3. Jumlah dan warna sumsum yang diaspirasi. 4. Lamanya prosedur. 5. Toleransi klien terhadap prosedur: tanda-tanda vital, nyeri, dan gambaran komplikasi selama dan setelah prosedur dilakukan.	1			
	6. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan (dikirim ke laboratorium). 7. Keadaan balutan setelah punksi apakah ada cairan rembesan atau perdarahan.				
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Test Rumble Lead**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek kembali program medik. 2. Kaji tanda-tanda vital pada medikal record klien. 3. Cek hasil pemeriksaan laboratoium darah lengkap (terutama Hb, Ht, Leukosit dan Trombosit).	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tensimeter dan mansetnya 2. Alat tulis Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Klien dalam posisi baring terlentang 3. Mengukur tekanan darah klien 4. Menghitung batas tekanan yang akan dipertahankan (MAP) 5. $\frac{1 \text{ Sistole} + 2 \text{ Distole}}{3} = x \text{ mmHg}$ 6. Memompa kembali manset pada batas x mmHg dan mempertahankan selama 5 menit. 7. Menurunkan tekanan secara perlahan-lahan dan membuka manset. 8. Perhatikan timbulnya petekia pada kulit dibawah lengan bawah bagian medial pada sepertiga proximal. 9. Membaca hasil tes: positif/ negatif 10. (Uji dinyatakan positif apabila pada 1 inci persegi (2,8 x 2,8 cm) didapat lebih dari 20 petekia). 11. Merapihkan klien	5			
D.	EVALUASI 1. Perhatikan adanya petekie setelah dilakukan test. 2. Observasi tanda-tanda vital. 3. Kaji tanda-tanda perdarahan.	1			
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Tanggal dan waktu test dilakukan. 2. Hasil tes (positif atau negatif).	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan Lumbal Pungsi**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek kembali program medik 2. Periksa catatan medik untuk menilai adanya kontra indikasi seperti peningkatan tekanan intracranial atau gangguan degenerasi sendi 3. Kaji pengetahuan dan respon klien mengenai prosedur 4. Kaji tingkat kooperatif klien untuk mempertahankan posisinya dengan tidak banyak melakukan gerakan 5. Kaji riwayat alergi terhadap obat-obat yang akan di gunakan untuk lokal anestesi atau obat yang akan dimasukkan (Radiopaque dye) 6. Pastikan adanya surat persetujuan 	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Klien <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Kaji fleksibilitas muskuloskeletal untuk melakukan fetal posisi 3. Anjurkan klien mengosongkan kandung kemih (bak) dan bab sebelum dimulainya prosedur 4. Pasang tabir disekitar tempat tidur klien 5. Atur fetal posisi Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 Set lumbal punksi : 2 kasa steril ,2 tuffer, 2 kapas lidi, 1 pasang sarung tangan steril, glassmanometer dengan 3-way stopcock, 1 duk/ kain berlubang 2. Korentang steril 3. Cairan anti septik (alkohol 70%, Betadien 10%) 4. Obat untuk lokal anestesi 5. 2 tabung yang masing-masing berisi cairan nonne dan pandy 6. Sruit steril 3-5 cc 7. Jarum spinal no 21G-25G 8. Piala Ginjal 9. Perlak 10. Kapas suntik 11. Plester,gunting atau band aid 12. Formulir laboratorium yang berisi : <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas klien b. Jenis pemeriksaan: Protein, Glukosa, c. NaCl, Cell dan VDRL/ Khan 	2			

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
C.	PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Meletakkan pernak kecil dibawah bagian yang akan dipungsi 3. Mendekatkan Piala Ginjal 4. Membuka set pungsi lumbal dengan menggunakan korentang steril 5. Mengunjukkkan sarung tangan steril 6. Membantu desinfeksi dengan mengunjukkan Tuffer/Kapas lidi beserta betadin dan alkohol 7. Membantu dalam lokasi anestesi: <ol style="list-style-type: none"> a. Mengunjukkan spuit 3-5 cc b. Menggunjukkan obat anestesi lokal (Dokter memasang duk/kain steril untuk melindungi area pungsi) 8. Mengunjukkan spinal needle 9. Menampung 1-2 tetes LCS ke dalam tabung nonne dan pandy 10. Membantu menegakkan manometer 11. Membantu melakukan Queckenstedt tes 12. Menampung 2-3 tetes LCS dalam 2 botol steril 	5			
	<ol style="list-style-type: none"> 13. Menutup bekas pungsi dengan band aid atau kasa yang telah diberi betadin 14. Segera mencuci tangan, khususnya bila anda membantu menampung LCS dalam tabung 15. Anjurkan klien istirahat di tempat tidur selama 3-12 jam setelah prosedur. 16. Anjurkan banyak minum bila tidak ada kontra indikasi 17. Membereskan alat-alat 18. Memberi etiket pada masing-masing botol steril 19. Mengirim bahan dan formulir ke laboratorium 				
D.	EVALUASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keluhan klien 2. Kaji cairan yang keluar melalui bekas pungsi 3. Kaji perubahan tingkat kesadaran, tanda-tanda vital dan status pernafasan, reaksi pupil 	1			
E.	DOKUMENTASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur dilakukan tanggal, jam, dokter yang melakukan dan toleransi klien terhadap prosedur 2. Warna LCS dan pemeriksaan yang dilakukan 3. Tanda-tanda vital sesudah pemeriksaan, kesadaran, istirahat 	1			

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
	tempat tidur yang dianjurkan dan adakah rembesan cairan pada bekas punksi				
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Klien Sebelum Dan Sesudah Pemeriksaan Cerebral Angiography**

Lahan Praktek :
Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik 2. Kaji pengetahuan klien mengenai prosedur pemeriksaan	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan klien 1. Jelaskan agar selama pemeriksaan tidak melakukan gerakan dan penting untuk imobilisasi kepala 2. Jelaskan bahwa klien mungkin akan merasa hangat, perasaan kulit menjadi merah dan rasa asin di mulut selama prosedur pemeriksaan 3. Kaji riwayat alergi medium kontras 4. Puasakan 6-8 jam sebelum pemeriksaan atau hanya boleh minum air putih pada pagi hari (kolaborasi medik) 5. Kaji tanda-tanda vital dan tes neurology 6. Minta tanda tangan persetujuan 7. Anjurkan untuk mengosongkan kandung kemih (b.a.k) 8. Berikan obat sedatif sesuai program medik	2			
C.	PELAKSANAAN Sebelum Pemeriksaan 1. Mengkaji kelengkapan administrasi 2. Mengkaji kesiapan klien untuk prosedur pemeriksaan 3. Mengantar klien ke bagian rontgen Sesudah Pemeriksaan 1. Mempertahankan tekanan pada bagian atas punksi	5			
	2. Berikan kompres es atau bantal pasir sesuai program medik pada bekas punksi selama 6 – 12 jam 3. Beri istirahat baring selama 24 jam 4. Bila dilakukan punksi pada area ekstremitas, pertahankan posisi ekstremitas ekstensi, hindari fleksi 5. Monitor tanda-tanda vital dan tes neurologik sesering mungkin 6. Kaji tanda-tanda pendarahan dan hematoma pada area punksi 7. Kaji pembengkakan di leher, kesulitan menelan dan bernafas bila dilakukan punksi pada arteri karotis 8. Kaji nadi, warna kulit dan				

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
	temperatur pada bagian distal ekstremitas yang dipungsi dan capillary refill 9. Memberikan banyak minum bila tidak ada kontraindikasi				
D.	EVALUASI 1. Bandingkan dengan kondisi klien sebelum dan sesudah pemeriksaan	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal dan jam dilakukan pemeriksaan 2. Catat hasil pengkajian dan laporkan setiap perubahan dengan segera	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Klien Sebelum Dan Sesudah Pemeriksaan Myelography**

Lahan Praktek :

Tanggal :

No	Komponen	Bobot	Nilai	Bobot X nilai	Keterangan
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik 2. Kaji pengetahuan klien mengenai prosedur pemeriksaan 3. Kaji fungsi ginjal dan liver	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Klien 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Kaji riwayat alergi iodine atau seafood 3. Kaji riwayat kejang 4. Kaji tanda-tanda vital dan tes neurology 5. Sejak sehari sebelum pemeriksaan diberi banyak minum atau infus 6. 46 jam sebelum pemeriksaan tidak boleh diberikan obat phenothiazines dan CNS depressant maupun stimulan 7. Jelaskan bahwa klien tidak perlu cemas menghadapi pemeriksaan: a. Jelaskan klien akan diberikan anestesi lokal untuk mengurangi nyeri b. Medulla spinalis berakhir antara L1-L2, sedangkan punksi dilakukan antara L3-L4 jadi sangat kecil kemungkinan merusak medulla spinalis 8. Menganjurkan klien untuk b.a.b dan b.a.k sebelum pemeriksaan 9. Minta tanda tangan persetujuan dilakukan tindakan	2			
C.	PELAKSANAAN Sebelum Pemeriksaan 1. Mengkaji kelengkapan administrasi 2. Mengkaji kesiapan klien untuk prosedur pemeriksaan 3. Mengantar klien ke bagian rontgen Sesudah Pemeriksaan 1. Bila menggunakan “oil dye”, klien diberi tidur datar selama 12 jam dan beri banyak minum 2. Bila menggunakan “water dye” maka posisi tidur klien : a. Bagian kepala tempat tidur ditinggikan 30-45° selama 8 – 12 jam dan beri banyak minum b. Melakukan antisipasi risiko kejang c. Hindari pemberian terapi golongan Phenothiazine selama 24 jam sesudah pemeriksaan. d. Beri tidur datar bila ada keluhan nyeri kepala	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji keluhan mual, muntah, sakit kepala	1			

No	Komponen	Bobot	Nilai	Bobot X nilai	Keterangan
	2. Kaji cairan yang keluar melalui bekas punksi 3. Kaji perubahan tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, status pernapasan				
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal dan jam dilakukan tindakan 2. Tanda-tanda vital sesudah pemeriksaan, kesadaran, istirahat tempat tidur yang dianjurkan dan kondisi area bekas punksi. 3. Catat respon klien terhadap pemeriksaan	1			
	TOTAL	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan CT Scan**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik 2. Pastikan bahwa klien tidak menggunakan jepit rambut 3. Cek riwayat alergi iodine bila menggunakan medium kontras	1			
B.	PERENCANAAN 1. Persiapan Klien : a. Beri gambaran ketika dilakukan scanner b. Anjurkan klien untuk tetap berbaring selama prosedur pemeriksaan 2. Persiapan Alat : a. Status klien, kartu opname dan pemeriksaan diagnostik sebelumnya	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Kaji kelengkapan administrasi 2. Kaji kesiapan klien untuk prosedur pemeriksaan 3. Mengantar klien ke bagian CT Scan	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji respon klien terhadap pemeriksaan	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat waktu dilakukan tindakan 2. Catat respon klien terhadap 3. prosedur tindakan	1			
	TOTAL	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Electroencephalography (EEG)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur pemeriksaan 2. Kolaborasi medik untuk tidak memberikan obat-obat yang dapat menekan atau merangsang (stimulant) aktivitas otak selama 24 – 48 jam sebelum pemeriksaan 3. Kolaborasi medik tentang obat antikonvulsan 4. Hindari pemberian kopi, teh, coklat, cola dan merokok 8 jam sebelum pemeriksaan 5. Beri makan dan minum sebelum pemeriksaan 6. Periksa rambut klien harus bersih dan tidak menggunakan jepit, sprays atau minyak rambut	2			
C.	PELAKSANAAN <u>Sebelum Pemeriksaan</u> 1. Kaji kelengkapan administrasi 2. Kaji kesiapan klien untuk prosedur pemeriksaan 3. Mengantar klien ke bagian EEG <u>Sesudah Pemeriksaan</u> 1. Gunakan acetone untuk membersihkan kepala dari jelly atau salep 2. Cuci rambut 3. Obat-obat yang distop sementara dapat dilanjutkan lagi 4. Beri kesempatan untuk tidur sebentar	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji tanda-tanda kejang	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat waktu dilakukan tindakan 2. Catat respon klien terhadap prosedur pemeriksaan 3. Catat tindakan keperawatan yang dilakukan	1			
	TOTAL	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Electromyography (EMG)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan klien : 1. Jelaskan prosedur pemeriksaan 2. Jelaskan bahwa kenyamanan sedikit 3. terganggu akibat rangsangan listrik 4. melalui jarum 5. K/p berikan sedativa ringan 6. (kolaborasi medik) 7. Kolaborasi medik untuk menghentikan obat-obat yang berdampak relaksasi otot selama beberapa hari sebelum pemeriksaan	5			
C.	PELAKSANAAN <u>Sebelum Pemeiksaan</u> 1. Kaji kelengkapan administrasi 2. Kaji kesiapan klien untuk prosedur pemeriksaan 3. Mengantar klien ke bagian EMG <u>Sesudah Pemeriksaan</u> 1. Berikan kompres es pada bekas tusukan jarum	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji respon klien terhadap pemeriksaan 2. Kaji adanya hematoma pada bekas jarum elektrode	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat waktu dilakukan prosedur 2. Catat keluhan klien 3. Catat kondisi kulit bekas jarum elektrode	1			
	TOTAL	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....
Pembimbing,

Jenis Keterampilan : **Merawat Klien Sebelum dan Sesudah Pemeriksaan
Pneumoencephalography**

Lahan Praktek :
Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik 2. Kaji pengetahuan klien mengenai prosedur pemeriksaan	1			
B.	Perencanaan Persiapan Klien 1. Menjelaskan prosedur pemeriksaan 2. Menganjurkan klien BAB dan BAK sebelum pemeriksaan 3. Puasakan 6 – 8 jam sebelum tindakan 4. Kaji tanda-tanda vital dan tes neurologi sebagai data dasar 5. Minta tanda tangan persetujuan dilakukan tindakan	2			
C.	Pelaksanaan Sebelum Pemeriksaan 1. Kaji kelengkapan administrasi 2. Kaji kesiapan klien 3. Mengantar klien ke bagian Rontgen Sesudah Pemeriksaan 1. Beri tidur datar dan sering lakukan perubahan posisi (miring kiri dan kanan) 2. Beri banyak minum 3. Monitor tanda-tanda vital dan tes neurologi 4. Berikan obat analgesik dan antiemetik sesuai program medik	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji respon klien terhadap pemeriksaan 2. Kaji cairan yang keluar melalui bekas punksi 3. Kaji perubahan tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, status pernapasan	1			
E.	Dokumentasi 1. Catat tanggal dan jam dilakukan tindakan 2. Tanda-tanda vital sesudah pemeriksaan, kesadaran, istirahat tempat tidur yang dianjurkan dan adakah rembesan cairan pada bekas punksi	1			

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
	TOTAL	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,,.....
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Irigasi Mata**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji kembali program medik: jenis cairan, jumlah, suhu cairan dan frekuensi irigasi 2. Inspeksi daerah mata: apakah ada benda asing, kemerahan, ukuran pupil 3. Kaji apakah ada keluhan: rasa terbakar, nyeri, penglihatan kabur, photofobia	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Cairan irigasi sesuai pesanan medik (NaCl 0,9%). Suhu cairan 37°C 2. S spuit 10 cc steril tanpa jarum/pipet 3. Piala ginjal, handuk, perlak, set balut 4. Kom steril untuk cairan irigasi 5. Sarung tangan bersih, kapas bulat Persiapan Klien : 1. Jelaskan pada klien dan keluarga mengenai prosedur yang akan dilakukan 2. Beri posisi duduk atau tidur miring kearah mata yang diirigasi 3. Memasang tabir disekeliling tempat tidur	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan, siapkan lingkungan 2. Letakkan perlak dan handuk di bawah kepala dan bahu klien 3. Pakai sarung tangan bersih 4. Letakkan piala ginjal disamping mata yang akan di irigasi untuk menampung cairan irigasi 5. Tutup telinga dengan kapas bulat (sesuai mata yang akan diirigasi) 6. Dengan kapas bulat yang sudah dibasahi dengan cairan NaCl, bersihkan dengan lembut batas kelopak mata dan bulu mata dari kantung dalam kekantus luar. 7. Isi spuit 10 cc dengan cairan irigasi 8. Tangan yang tidak dominan menarik dengan lembut kelopak mata bawah untuk memaparkan kantung konjungtiva. Untuk mempertahankan agar kelopak mata tetap terbuka, berikan tekanan pada tulang orbital dan tulang prominens dibawah alis, jangan menekan mata. 9. Tangan dominan mengalirkan cairan irigasi dengan tekanan rendah ke kantung konjungtiva bawah dari	5			

	<p>kanthus dalam kearah kantung luar. Tinggi irrigator 2,5 inch. Hindari tersentuhnya struktur mata dengan alat irrigasi.</p> <p>10. Anjurkan klien untuk melihat ke atas</p> <p>11. Anjurkan klien menutup mata secara periodik.</p> <p>12. Lakukan irrigasi sampai bersih (jumlah cairan yang ditentukan habis/untuk irrigasi zat kimia perlu 15 menit)</p> <p>13. Keringkan kelopak mata dan daerah wajah dengan kapas bulat. Lepaskan kapas penutup telinga. Lepaskan dan buang sarung tangan lalu mencuci tangan</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Kaji tingkat kenyamanan klien setelah irrigasi dilakukan</p> <p>2. Observasi adanya tanda verbal dan non verbal kecemasan saat di irrigasi</p> <p>3. Kaji apakah terjadi penglihatan kabur selama irrigasi</p> <p>4. Observasi reaksi pupil dan pergerakan ekstraokuler</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat :</p> <p>1. Waktu melakukan irrigasi, jenis, jumlah cairan yang digunakan untuk irrigasi dan lama irrigasi</p> <p>2. Keluhan klien akan adanya nyeri dan status penglihatan</p>	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Irigasi Telinga**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek kembali program medik. 2. Kaji riwayat kesehatan klien, apakah pernah dilakukan operasi pada liang telinga, ruptur membran timpani, <i>myringotomi</i> . 3. Kaji kemampuan mendengar klien pada telinga yang akan diirigasi. 4. Kaji kondisi pinna dan meatus auditorius eksternal apakah ada kemerahan, bengkak, abrasi, pengeluaran cairan, adaya serum atau benda asing lainnya, keutuhan membran timpani. 5. Kaji pengetahuan klien tentang perawatan telinga. 6. Kaji tingkat rasa nyaman klien.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Cairan irigasi sesuai pesanan medik (NaCl 0,9%, H ₂ O ₂ , Minyak). Suhu cairan 37 °C. 2. S spuit otologi/ spuit 10 cc steril tanpa jarum. 3. Otoskop, penlight/ senter. 4. Kom steril untuk cairan irigasi. 5. Set balut, piala ginjal. 6. Handuk, perlak, sarung tangan bersih. Persiapan klien : 1. Jelaskan pada klien dan keluarga mengenai prosedur yang akan dilakukan. 2. Anjurkan agar klien mengungkapkan jika ada rasa nyeri, vertigo, nausea saat dilakukan irigasi. 3. Beri posisi duduk atau tidur miring ke arah telinga yang akan diirigasi. 4. Memasang tabir di sekeliling tempat tidur.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan. 2. Pakai sarung tangan bersih.	5			
	3. Letakkan perlak dan handuk di bawah kepala dan bahu klien. 4. Dekatkan pila ginjal ke telinga yang akan diirigasi. 5. Bersihkan kanal telinga bagian luar dengan lidi kapas. Jangan mendorong serumen/ benda asing kedalam telinga. 6. Isi spuit 10 cc dengan cairan irigasi, keluar kan udara dari spuit. 7. Tarik daun telinga keatas dan				

	<p>kebelakang (pada orang dewasa) atau tarik daun telinga kebawah dan belakang (pada anak kecil) dengan tangan yang tidak dominan. Tangan yang dominan memegang spuit dan letakkan di pangkal kanal.</p> <p>8. Alirkan secara perlahan menuju dinding kanal posterior dan pertahankan posisi telinga.</p> <p>9. Pertahan aliran irigasi, amati drainage cairan apakah terdapat serumen atau benda asing.</p> <p>10. Secara periodik kaji apakah klien merasa nyeri, vertigo atau nausea.</p> <p>11. Ulangi irigasi selama diperlukan, sediakan waktu istirahat diantara irigasi.</p> <p>12. Keringkan daun telinga dan liang telinga dengan kapas/ tuffer/ lidi kapas.</p> <p>13. Taruh tuffer pada liang telinga, anjurkan klien miring ke arah telinga yang sudah diirigasi selama 5 - 10 menit.</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Observasi secara reaksi verbal dan <i>non verbal</i> adanya kecemasan klien selama di irigasi.</p> <p>2. Kaji tingkat kenyamanan klien setelah irigasi dilakukan.</p> <p>3. Kaji kondisi meatus eksternal dan liang telinga klien.</p> <p>4. Kaji kemampuan mendengar pada telinga yang diirigasi.</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat :</p> <p>1. Waktu melakukan irigasi, jenis dan jumlah cairan yang digunakan untuk irigasi.</p> <p>2. Hasil drainage irigasi.</p> <p>3. Semua keluhan klien selama dilakukan irigasi.</p>	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan Tes ANA (Anti Nuclear Antibody)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN Kaji : 1. Penggunaan obat-obatan yang dapat menimbulkan hasil “false positif/positif palsu. 2. Penggunaan kontrasepsi oral. 3. Pesanan medik.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Formulir pemeriksaan 2. Tabung kimia 3. S spuit 5 cc 4. Kapas + alkohol 70% 5. Perlak + tourniquet 6. Plester 7. Sarung tangan bersih Persiapan Klien : 1. Menjelaskan tujuan pemeriksaan 2. Menjelaskan prosedur pemeriksaan secara singkat, tidak perlu pembatasan makan dan minum.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Ambil darah vena 5 cc masukkan dalam tabung kimia 2. Tulis obat-obat yang dapat mempengaruhi hasil pada formulir lab 3. Segera kirim bahan ke lab karena serum harus dipisahkan dari sel.	5			
D.	EVALUASI 1. Observasi area penusukan. 2. Hasil positif : SLE, Leukemia, Rheumatoid Arthritis, Sirosis Hepatis, Sclerosis Sistemik, Scleroderma, Mononucleosis, Myasthenia Gravis, Lymphoma, Raynaud’s Disease, TB Paru.	1			
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Tanggal, waktu pengambilan bahan. 2. Respon klien sebelum, selama dan sesudah prosedur.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....
Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Perawatan Klien dengan GIPS**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Periksa seluruh permukaan gips, apakah ada permukaannya yang peot. Tangani gips dengan lembut dengan menggunakan permukaan jari/ telapak tangan, tidak dengan ujung jari. 2. Periksa gips dimana terdapat area dimana darah merembes keluar. Lingkari area tersebut dengan tinta dan tulis tanggal dan waktu pada gips. 3. Kaji tepi gips yang kasar dan di bawah tepi gips yang dekat dengan kulit. 4. Kaji pengetahuan klien tentang perawatan gips. 5. Tanya klien apakah merasakan gatal atau iritasi di bagian dalam gips.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Pena untuk menandai drainase. Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur dan rencanakan untuk mengkaji ulang gips tiap jam dalam 24 jam pertama dan tiap 2 s/d 4 jam seterusnya.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Lapsi setiap tepi gips yang kasar dengan 1,5 s.d 2 buah plester. 2. Beritau dokter jika ada area gips yang terlalu kencang. 3. Tinggikan ekstremitas yang terpasang gips sehingga sama tinggi dengan jantung. 4. Untuk klien yang terpasang gips yang luas, tempatkan posisi tempat tidur dalam posisi Trendelenburg untuk hari pertama atau kedua untuk mencegah bengkak, kecuali ada kontraindikasi dengan kondisi klien. 5. Ubah posisi klien pada waktu-waktu tertentu sehingga semua permukaan gips terpapar udara sehingga dapat kering : a. Jika gips masih basah, ubah posisi klien tiap jam. b. Jika gips sudah kering, ubah posisi tiap 2 jam saja sudah cukup kecuali klien merasa tidak nyaman. c. Beri bantuan pada klien sehingga dapat mencegah injuri. 6. Minta klien untuk tidak menggunakan	5			

	pisau, pulpen atau benda-benda keras lainnya untuk menggaruk kulit di bawah permukaan gips. 7. Cium/membaui tepi gips yang terbuka untuk mengkaji adanya infeksi di bawah gips				
D.	EVALUASI 1. Evaluasi gips dengan memeriksa apakah ada retak atau remuk, dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan ini: Apakah ada rasa tidak nyaman di bawah gips? Apakah gips menggesek kulit? Apakah tepi gips lembut? Apakah gips kering? Berbau?	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat temuan-temuan dari pengkajian dan intervensi dalam catatan perawat	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Perawatan Klien Dengan Traksi**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek instruksi dokter untuk jumlah pemberat yang diinginkan. 2. Kaji traksi skeletal yang terpasang. Kaji tali dan katrol, apakah bekerja secara baik dan pemberatnya tergantung bebas. 3. Kaji kulit, sirkulasi perifer dan sensasi yang dirasakan klien.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Zat pembersih untuk perawatan pin 2. Salep anti bakteri (jika diperlukan) 3. Kantong sampah infeksius 4. Sarung tangan steril 5. Kassa steril 6. Balutan (jika diperlukan) Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur pada klien. 2. Rencanakan waktu dalam jadual klien untuk melakukan pengkajian, pengobatan dan ADL.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Atur posisi klien dalam posisi lurus di tempat tidur untuk mempertahankan tarikan traksi yang optimal. 2. Cuci tangan, siapkan alat-alat dan sarung tangan dan bersihkan kulit sekitar pin sesuai instruksi dokter/ protokol RS, pertahankan teknik steril. 3. Beri salep anti bakteri jika diperlukan sesuai protokol RS. 4. Buang alat-alat yang telah dipakai ke dalam plastik khusus infeksius. 5. Lepas sarung tangan dan cuci tangan.	5			
D.	EVALUASI Evaluasi tanda-tanda komplikasi dengan pertanyaan sebagai berikut : 1. Apa ada drainage berwarna di area insersi? 2. Apa suhu tubuh klien meningkat? 3. Ada nyeri di area insersi?	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat intervensi yang dilakukan pada catatan keperawatan	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Membantu Pasien Menggunakan Tongkat/Kruk dan Penyangga Tubuh**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Pengetahuan klien tentang penggunaan kruk dan teknik ambulasi. 2. Riwayat medis, tingkat aktivitas klien sebelumnya. 3. Kesiapan fisik klien: tanda-tanda vital, orientasi terhadap tempat, waktu dan orang. 4. Indikasi penggunaan kruk pada klien: secara tipikal diberikan pada pasien dengan injuri pada ekstremitas bawah atau pasien yang mengalami kelemahan. 5. Kekuatan otot tubuh bagian atas, ROM, keseimbangan tubuh klien dan adanya deformitas pada kaki. 6. Adanya defisit visual, perceptual atau sensori. 7. Kaji lingkungan: adanya ancaman terhadap keselamatan klien.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Alat untuk ambulasi (kruk) 2. Safety belt Persiapan Klien : 1. Jelaskan alasan melakukan latihan teknik penggunaan kruk pada klien.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Deskripsikan tentang jenis kruk yang akan digunakan. 2. Pastikan bahwa jenis kruk yang akan digunakan sudah disesuaikan dengan tinggi klien. 3. Pasang <i>safety belt</i> jika merasa tidak yakin dengan keseimbangan klien. 4. Bantu klien dalam keadaan berdiri dan amati keseimbangan tubuh klien. Jika klien tampak lemah, bawa klien ke tempat tidur. 5. Pilih kruk yang sesuai : <u>Four-point gait :</u> a. Mulai dalam posisi tripod. Kruk ditempatkan 15 cm di depan dan 15 cm disamping tiap kaki. b. Gerakkan kruk sebelah kanan 10-15 cm c. Gerakkan kaki kiri ke depan sejajar dengan kruk sebelah kiri d. Gerakkan kruk kiri ke depan sejauh 10-15 cm e. Gerakkan kaki kanan ke depan sejauh kruk sebelah kanan f. Ulangi gerakan <u>Three-point gait :</u>	5			

	<ul style="list-style-type: none"> a. Mulai dengan posisi tripod b. Majukan kedua kruk dan kaki yang lumpuh c. Gerakkan kaki yang kuat ke arah depan d. Ulangi gerakan <p><u>Two-point gait :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mulai dalam posisi tripod b. Gerakkan kruk kiri dan kaki kanan ke depan c. Gerakkan kruk kanan dan kaki kiri ke depan d. Ulangi gerakan <p>6. Menaiki tangga dengan kruk</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mulai dalam posisi tripod. b. Klien memindahkan beban tubuh ke kruk c. Kaki yang sehat bergerak maju. d. Sejajarkan kedua kruk dengan kaki yang sehat. e. Ulangi gerakan hingga klien mencapai bagian atas tangga. <p>7. Menuruni tangga dengan kruk</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mulai dengan posisi tripod. b. Pindahkan beban tubuh ke kaki yang sehat. c. Pindahkan kruk ke anak tangga di bawahnya, dan instruksikan klien untuk memindahkan beban tubuh ke kruk dan pindahkan kaki yang sakit ke depan 				
	<ul style="list-style-type: none"> d. Pindahkan kaki yang sehat menuruni tangga dan letakkan sejajar dengan kedua kruk. e. Ulangi gerakan hingga klien mencapai anak tangga terakhir. 				
D.	<p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Observasi klien saat menggunakan alat bantu kruk. 2. Periksa tangan dan aksila, lihat adanya kemerahan, bengkak, atau iritasi kulit yang disebabkan karena penggunaan alat bantu. 3. Evaluasi rasa ketidaknyamanan yang dirasakan klien setelah melakukan latihan 4. Monitor adanya hipotensi postural, peningkatan HR, TD, RR atau sesak setelah ambulasi. 	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Seberapa jauh jumlah bantuan yang diperlukan selama latihan. 2. Toleransi klien terhadap aktivitas yang dilakukan. 3. Jarak yang dapat ditempuh klien dalam latihan. 	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Membantu Klien Menggunakan Walker**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Pengetahuan klien tentang penggunaan walker dan teknik ambulasi. 2. Riwayat medis, tingkat aktivitas klien sebelumnya. 3. Kesiapan fisik klien : tanda-tanda vital, orientasi terhadap tempat, waktu dan orang. 4. ROM, keseimbangan tubuh klien dan adanya deformitas pada kaki. 5. Adanya defisit visual, perceptual atau sensori. 6. Lingkungan : adanya ancaman terhadap keselamatan klien.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Alat utk ambulasi (walker) yang sudah disesuaikan dengan tinggi badan klien. Persiapan Klien : 1. Jelaskan alasan perlunya melakukan latihan menggunakan walker untuk klien.	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Bantu klien berdiri di tengah walker, dan instruksikan untuk memegang handgrips dengan kuat. Perawat berdiri di belakang klien. 2. Angkat walker, pindahkan 15 - 20 cm ke depan, pastikan keempat kaki walker telah bertumpu pada lantai. 3. Kaki klien juga melangkah ke depan dengan kaki secara bergantian, pertahankan langkah yang seimbang, yakinkan keseimbangan, dan ulangi langkah tersebut dengan mengangkat walker kembali 4. Jika klien mengalami kelemahan unilateral (kaki), setelah walker digerakkan maju, instruksikan klien untuk melangkah maju dengan kaki yang lemah, didukung dengan kedua lengan, dan diikuti dengan kaki yang sehat. 5. Jika pasien mengalami hemiplegia/ hemiparese, berdiri disamping sisi tubuh yang sehat. Kemudian dukung pada bagian panggul dan bahu klien. 6. Lakukan beberapa langkah ke depan bersama klien. Lalu kaji kekuatan dan keseimbangan.	5			
D.	EVALUASI 1. Observasi klien saat menggunakan alat	1			

	bantu walker. 2. Evaluasi rasa ketidaknyamanan yang dirasakan klien setelah melakukan latihan. 3. Monitor adanya hipotensi postural, peningkatan HR, TD, RR atau sesak setelah ambulasi.				
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Tipe walker yang digunakan. 2. Derajat bantuan perawat yang diperlukan klien. 3. Tingkat toleransi klien terhadap ambulasi.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan GDS**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A	PENGKAJIAN 1. Kaji adanya tanda-tanda hypoglikemi/hyperglykemi 2. Kaji ulang pesanan medik 3. Kaji pengetahuan klien tentang tujuan pemeriksaan 4. Kaji obat-obat yang digunakan dan makanan yang telah dimakan	1			
B	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. Formulir pemeriksaan → tandai GDS b. Darah vena: tabung kimia, spuit 2 cc, kapas alkohol, plester, piala ginjal + perlak, gunting, taournikeut c. Darah perifer: glukometer, kapas, alkohol, piala ginjal, plester 2. Persiapan Klien Pasien tanpa persiapan	2			
C	PELAKSANAAN 1. Jelaskan tujuan pemeriksaan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Ambil darah vena 2 cc atau darah prifer dengan glukotest 3. Membereskan alat	5			
D	EVALUASI 1. Klien dapat menjelaskan tujuan pemeriksaan dan prosedur singkat 2. Klien mengatakan siap dan tidak takut untuk dilakukan pengambilan bahan 3. Kaji kemampuan klien untuk dapat melakukannya sendiri	1			
E	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal dan waktu pengambilan bahan 2. Catat hasil pemeriksaan gula darah 3. Catat metode yang digunakan untuk pengambilan bahan 4. Catat respon klien selama prosedur 5. Laporkan hasil abnormal dan catat instruksi selanjutnya	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Dan Bahan untuk NPP**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A	PENGKAJIAN 1. Kaji adanya gejala hyperglikemi/hypoglikemi 2. Kaji ulang pesanan medik 3. Kaji pengetahuan klien tentang tujuan pengambilan spesimen 4. Kaji obat-obat yang digunakan dan makanan yang telah dimakan	1			
B.	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. 2 bokal urine yang beretiket b. 2 tabung kimia (bila pengambilan darah vena) atau glukometer (bila pengambilan darah secara perifer) c. Sarung tangan bersih d. Kapas + alcohol 70% /alcohol swab e. Spuit 2 cc f. Piala ginjal g. Tournikuet, plester, perlak h. Formulir pemeriksaan 2. Persiapan Klien a. Sehari sebelumnya (\pm pk1 20.00) klien dijelaskan akan dilakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah dan dalam urine untuk memastikan apakah klien menderita DM b. Anjurkan klien untuk puasa 6-7 jam (\pm mulai pk1 24.00) sampai dengan pengambilan urine dan darah pagi hari. Pasien diperbolehkan minum hanya air putih saja (air yg tidak mengandung glukosa)	2			

C.	PELAKSANAAN 1. Pengumpulan sebanyak 2 kali yaitu saat pasien puasa (jam 06.00) dan 2 jam setelah pasien makan (pk.11.00) 2. Urine dan darah Nucter (saat puasa) diambil dan selanjutnya bahan darah dan urine diambil 2 jam setelah makan (pp) 3. Catat jumlah urine yang diproduksi klien saat pengambilan bahan di etiket bokal urine 4. Bahan pemeriksaan dan formulir selanjutnya dikirim ke laboratorium	5			
D.	EVALUASI 1. Klien dapat menjelaskan tujuan tes sebelum dilakukan pemeriksaan 2. Klien menjelaskan prosedur secara singkat 3. Klien mengatakan tidak takut untuk dilakukan test 4. Evaluasi tingkah laku non verbal tentang kecemasan sebelum, selama dan sesudah dilakukan prosedur 5. Tanyakan klien apakah ada yang belum jelas 6. Evaluasi kemampuan klien untuk melakukan test secara mandiri	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat prosedur yang telah dilakukan dan respon klien. 2. Catat tanggal waktu pengambilan bahan dan jumlah urine yang diproduksi klien	1			
	TOTAL NILAI	10-			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Pasien Dan Bahan Untuk Pemeriksaan KH (Kurve Harian)**

Lahan Praktek :
Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji adanya gejala hyperglikemi/hypoglikemi 2. Kaji ulang pesanan medik 3. Kaji pengetahuan klien tentang tujuan pengambilan spesimen 4. Kaji obat-obat yang digunakan dan makanan yang telah dimakan	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat 1. Formulir: tandai kurva harian dalam formulir urine KH 2. 3 bokal urine dan tabung kimia dilengkapi dengan etiket 3. Sput 2 cc, kapas, alkohol, tourniket, perlak Persiapan Klien 1. Menjelaskan pasien tentang persiapan dan tujuan prosedur. Pasien dianjurkan untuk puasa malam hari (6-8 jam) sebelum pengambilan bahan, tapi boleh minum air putih yang tidak mengandung glukosa	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Pengumpulan sebanyak 3 kali yaitu saat pasien puasa (jam 06.00), 2 jam setelah pasien makan (pk.11.00) dan pk 16.00 2. Urine dan darah Nucter (saat puasa) diambil, selanjutnya bahan darah dan urine diambil 2 jam setelah makan (pp) dan jam 16.00 3. Catat jumlah urine yang diproduksi klien saat pengambilan bahan di etiket bokal urine 4. Bahan pemeriksaan dan formulir selanjutnya dikirim ke laboratorium	5			
D.	EVALUASI Klien dapat menjelaskan tujuan tes sebelum dilakukan pemeriksaan 1. Klien menjelaskan prosedur secara singkat 2. Klien mengatakan tidak takut untuk dilakukan test 3. Evaluasi tingkah laku non verbal tentang kecemasan sebelum,selama dan	1			

	sesudah dilakukan prosedur 4. Tanyakan klien apakah ada yang belum jelas 5. Evaluasi kemampuan klien untuk melakukan test secara mandiri				
E.	DOKUMENTASI 1. Catat prosedur yang telah dilakukan dan respon klien. 2. Catat tanggal waktu pengambilan bahan dan jumlah urin yang diproduksi klien	1			
	TOTAL NILAI				

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Pemeriksaan Gula Darah Dengan Glucometer**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A	PENGKAJIAN 1. Kaji adanya gejala hypoglikemia/hyperglykemi 2. Kaji pengetahuan pasien tentang tujuan pengumpulan bahan 3. Kaji obat-obat yang digunakan dan makanan yang telah dimakan	1			
B	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. Sarung tangan bersih b. Alcohol swab/ cairan antiseptik c. Jarum steril d. Glukometer e. Reagent strips glukosa darah 2. Persiapan Klien a. Menjelaskan tujuan pemeriksaan dan prosedur yang akan dilakukan b. Persiapan klien dengan jenis pemeriksaan (NPP, KH, GDS)	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bersih 2. Anjurkan klien untuk cuci tangan dengan sabun dan air hangat jika memungkinkan 3. Beri posisi pasien yang nyaman duduk dikursi atau semifowler di tempat tidur 4. Ambil reagent strip dari tempatnya dan pasang pada glukometer 5. Tekan tombol "on" 6. Pemilihan lokasi penusukan di ujung jari pasien 7. Jari yang dipilih dilakukan massage pada lokasi yang akan ditusuk 8. Bersihkan lokasi dengan antiseptik dan tunggu sampai kering	5			

	9. Ambil <i>blood letting</i> yang sudah berisi jarum steril 10. Letakkan <i>blood letting</i> diujung permukaan jari dan tekan sehingga jarum menembus kulit 11. Hapus darah pertama yang keluar dengan kapas bulat kering 12. Tempelkan reagent strip pada lokasi penusukan sehingga sejumlah darah masuk, jangan hanya hapusan darah 13. Sambil menunggu hasil, tekan lokasi penusukan 14. Baca hasil pada layar 15. Tekan tombol "off" 16. Lepaskan strip test dan jarum 17. Lepaskan sarung tangan dan masukkan dalam kantong kotor 18. Beritahu hasil kepada klien				
D	EVALUASI 1. Pasien dapat menjelaskan tujuan test sebelum dilakukan pemeriksaan 2. Klien menjelaskan prosedur singkat untuk test 3. Klien mengatakan tidak takut saat pengambilan bahan 4. Klien siap setiap saat dilakukan test 5. Kaji sikap nonverbal tingkat kecemasan sebelum, selama dan sesudah prosedur 6. Tanyakan klien apakah ada yang belum jelas 7. Observasi kemampuan klien untuk melakukan test sendiri	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat metoda yang digunakan untuk mendapatkan specimen, tanggal, waktu, pengambilan, type test, pengiriman bahan 2. Catat toleransi/ respon klien selama prosedur 3. Lapor hasil abnormal kepada dokter dan perubahan instruksi selanjutnya	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Pemeriksaan Glukosa Dalam Urine**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A	PENGKAJIAN 1. Kaji kemampuan klien untuk BAK bila spesimen dibutuhkan 2. Kaji warna,dan bau urine 3. Kaji ketepatan waktu bilamana test harus dilakukan dan kaji pesanan medik 4. Cek kembali test diagnostik dan obat-obatan yang dapat mempengaruhi tes	1			
B	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. Sarung tangan bersih b. Bokal urine tidak steril c. Kertas diastik 2. Persiapan klien a. Menjelaskan prosedur dan tujuan yang akan dilakukan b. Menganjurkan klien untuk berkemih, spesimen diambil 10-20 menit setelah berkemih yang pertama kali	2			
C	PELAKSANAAN 1. Gunakan sarung tangan sebelum memegang urine 2. Ambil spesimen urine, dalam bokal yang telah disediakan 3. Masukkan satu buah kertas diastik ke dalam urine selama 30 detik (sesuai petunjuk pemakaian diastik) 4. Angkat kertas diatik diamkan selama 30 detik – 1 menit, amati perubahan warna yang timbul 5. Baca hasilnya : bandingkan perubahan warna pada diastik dengan warna standar pada tabung diastik 6. Bereskan alat-alat	5			

D	EVALUASI 1. Klien mampu berkemih bila test dilakukan 2. Menyimpulkan hasil pengukuran kadar gula dalam urine 3. Lapor dokter bila ada hasil yang abnormal	1			
E	DOKUMENTASI 1. Mencatat hasil pada catatan perawatan. 2. Mencata tanggal,waktu pengambilan, respon klien dan rencana perawatan selanjutnya	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Injeksi Insulin**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Lihat pesanan dokter dalam daftar obat. Cek nama pasien, jenis insulin, dosis insulin, waktu dan rute pemberian 2. Kaji cara kerja insulin yang akan diberikan, tujuan, rute pemberian yang tepat, waktu kerja dan masa efek puncak insulin, efek samping yang mungkin timbul 3. Kaji tanggal kadaluwarsa insulin 4. Kaji adanya tanda dan gejala Hipoglikemia atau alergi terhadap human insulin 5. Kaji riwayat medik klien, riwayat alergi. 6. Kaji keadekuatan jaringan adipose, amati apakah ada pengerasan atau penurunan jumlah jaringan 7. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang pengobatan yang akan diberikan (pemberian insulin) 8. Observasi respon verbal dan non verbal pasien sebelum dilakukan injeksi insulin	1			
B.	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. S spuit insulin/ Insulin pen (Actrapid Novolet) b. Vial insulin c. Kapas + Alkohol 70%/ alkohol swab d. Sarung tangan bersih e. Daftar obat pasien 2. <u>Persiapan Alat</u> a. Jelaskan tujuan pemberian insulin pada pasien b. Tutup tirai	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Ambil vial insulin dan hisap sebanyak dosis yang diperlukan untuk pasien (berdasarkan daftar obat pasien) 2. Pilih lokasi penusukan. Periksa apakah di permukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, edema 3. Rotasi tempat/ lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya 4. Desinfeksi area penyuntikan dengan kapas alkohol/alkohol swab, dimulai dari bagian tengah area penusukan dan bergerak ke arah luar secara sirkular \pm 5 cm 5. Cubit kulit tempat area penyuntikan	5			

	<p>dengan tangan yang tidak dominan</p> <p>6. Dengan tangan yang dominan, suntik insulin dengan pelan dan lembut</p> <p>7. Cabut jarum dengan cepat, tidak boleh dimasase, hanya dilakukan penekanan pada area penyuntikan dengan kapas alcohol</p> <p>8. Buang spuit ke tempat yang ditentukan dalam keadaan jarum sudah ditutup dengan capnya</p> <p>Khusus Insulin pen (Actrapid Novolet)</p> <p>1. Cek apakah Novolet berisi tipe insulin yang sesuai</p> <p>2. Ganti jarum pada insulin pen dengan yang baru</p> <p>3. Pasang cap Novolet sehingga angka nol (0) terletak sejajar dengan indikator dosis</p> <p>4. Pegang Novolet secara horizontal & Gerakkan insulin pen (bagian cap) sesuai dosis yang ditentukan sehingga indikator dosis sejajar dengan jumlah dosis insulin yang akan diberikan ke pasien. Skala pada cap : 0, 2, 4, 6, 8, 01, 12, 14, 16, 18 unit.</p> <p>5. Setiap rasa “klik” yang dirasakan perawat saat memutar cap Novolet menandakan 2 unit insulin telah tersedia</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>Peningkatan/ penurunan kadar gula darah dari nilai normal perlu diwaspadai</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat respon pasien setelah pemberian insulin</p> <p>2. Catat kondisi tempat tusukan injeksi insulin</p>	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Dan Mengambil Darah Untuk Pemeriksaan T3**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji penggunaan oral kontrasepsi, Esterogen, Progesterone, Iiothyonine (T3), Methadone 2. Kaji obat-obat Propylthiouracil, Methylthiouracil, Methimazole (Tapazole), Phenytoin (Dilantin), Salicylate (Aspirin), Conrco steroid dan Hemolisis	1			
B.	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. Tabung kimia b. Formulir pemeriksaan c. Sduit 2 cc d. Kapas alcohol e. Tournikeut + perlak f. Plester 2. Persiapan Klien a. Pasien tanpa persiapan : jelaskan tujuan pemeriksaan dan prosedur secara singkat	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Kaji ulang pesanan medik 2. Cuci tangan 3. Ambil darah vena 3 cc masukkan dalam tabung kimia dan jangan dikocok	5			
D.	EVALUASI 1. Peningkatan kadar : Hiperteroid, Struma Hashimoto's, Thyrotoxicosis, Toxic Adenoma 2. Observasi tanda gejala hipertiroid 3. Penurunan kadar: infeksi berat, trauma berat, malnutrisi	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat prosedur yang telah dilakukan, tanggal dan waktu pemeriksaan Catat respon klien, selama dan sesudah pemeriksaan	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Dan Mengambil Darah Untuk Pemeriksaan T4**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji apakah klien menggunakan obat-obat yang dapat meningkatkan serumT4 : pil KB, Estrogen, Perfenazin (Trilaton), Klofibrat 2. Kaji obat-obat yang dapat menurunkan nilai serum T4: Kortison, Klorpromazin (Thorazine), Fenitoin (Dilatin), Heparin, Litium, Sulfonamid, Reserpin (Serpacil), Testosteron, Propranolol (Inderal), Tolbutamid (Orinase), Salisilat (dosis tinggi) 3. Kaji kondisi-kondisi yang meningkatkan kadar: Hypertiroid, Tiroiditis Akut, Virus Hepatitis, Miastenia Gravis, Kehamilan dan Preeklamsia 4. Kaji kondisi yang menurunkan kadar : hipotiroid (kretinisme, mixedema) Malnutrisi Terhadap Protein, Hypofisis Anterior, Latihan Berat dan Gagal Ginjal	1			
B	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. Tabung kimia b. Formulir pemeriksaan c. Sduit 2 cc d. Kapas alkohol e. Tourniquet + perlak 2. Persiapan Klien a. Menjelaskan pada klien tujuan pemeriksaan. b. Berikan instruksi yang singkat dan jelas tentang prosedur tindakan	2			

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
C	PELAKSANAAN 1. Ambil darah vena 3 cc dan masukkan ke dalam tabung kimia, hindari hemolisis 2. Tuliskan nama obat-obat yang mungkin mempengaruhi hasil pada formulir	5			
D	EVALUASI 1. Membandingkan hasil yang di dapat dengan nilai normal	1			
E	DOKUMENTASI 1. Catat prosedur yang telah dilakukan, tanggal, waktu dilakukan prosedur 2. Catat respon klien sebelum, selama dan sesudah prosedur dilakukan	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan dan Mengambil Darah Untuk Pemeriksaan TSH**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A	PENGKAJIAN 1. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang prosedur 2. Kaji ulang pesanan medik 3. Kaji obat-obat yang dapat menurunkan nilai TSH: Aspirin, Steroid, Dopamine, Heparin 4. Kaji obat-obat yang dapat meningkatkan nilai TSH : Litium, Kalium Iodid	1			
B	PERENCANAAN 1. Persiapan Alat a. Tabung kimia b. Formulir pemeriksaan c. Sduit 2 cc d. Kapas alkohol e. Tournikeut + perlak f. Piala ginjal g. Plester 2. Persiapan Klien a. Informasikan pada klien tujuan pemeriksaan untuk menentukan adanya gangguan pada thyroid b. Tidak perlu pembatasan cairan dan makanan	2			
C	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan 2. Ambil darah vena 2-3 cc, masukkan ke dalam tabung kimia dan cegah terjadinya hemolisis	5			
D.	EVALUASI 1. Peningkatan kadar : Struma Hashimoto's, Hipotiroid Primer, Sirosis 2. Penurunan kadar : Syndrome Klinefelter's, Hipotiroid Sekunder, Hipofungsi Pituitary Anterior	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat prosedur yang telah dilakukan, tanggal, waktu prosedur dilakukan 2. Catat respon klien sebelum, selama dan sesudah dilakukan	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing :

.....
.....

Nilai Rata-rata :

Jakarta,,.....

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Dan Bahan Untuk Pemeriksaan Urine Secara Midstream**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kemampuan klien untuk memahami instruksi dan bagaimana tehnik pengambilan urin 2. Adanya tanda dan gejala UTI bila ada: sering bak, <i>urgency</i> , <i>dysuria</i> , <i>hematuria</i> , demam dan adanya sedimen dalam urin 3. Intake dan <i>output</i> klien	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Air hangat dalam kom, sabun, waslap, handuk bawah, cairan antiseptik dan kapas bulat steril, bokal urin steril dan diberi etiket, urinal, sarung tangan bersih, formulir. Persiapan Klien : 1. Identifikasi ulang program medik 2. Jelaskan tujuan pemeriksaan dan prosedur yang akan dilakuakn secara singkat	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan dan beri lingkungan yang nyaman 2. Jelaskan prosedur kepada klien 3. Gunakan sarung tangan 4. Cuci perineal dengan sabun dan air kemudian dikeringkan 5. Bersihkan meatus uretra dengan cairan antiseptik (tehnik seperti memasang kateter) 6. Tanyakan klien apakah sudah ingin berkemih 7. Setelah urin keluar, tempatkan bokal urin pada saat urin mengalir dan angkat bokal urin sebelum klien berhenti berkemih. 8. Anjurkan klien untuk mengumpulkan urin di kamar mandi atau dengan urinal ditampung dalam bokal urin sebanyak 30 cc	5			
	9. Anjurkan klien untuk membersihkan kembali <i>meatus urinary</i> dan mengenakan pakaian bawah klien 10. Bereskan alat dan sarung tangan 11. Cuci tangan				
D.	EVALUASI 1. Kaji jumlah dan karakteristik urine	1			

E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Metoda yang digunakan untuk mendapat kan specimen, tanggal, waktu, pengam bilan, <i>type test</i> , pengiriman bahan 2. Toleransi/ respon klien selama prosedur 3. Lapor hasil abnormal kepada dokter dan perubahan instruksi selanjutnya.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Dan Bahan Untuk Pemeriksaan Urine Biakan**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji dan catat obat antibiotika yang telah diberikan 2. Kaji tanda dan gejala UTI	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Sama dengan pemeriksaan urine midstream Persiapan Klien : 1. Sama dengan pemeriksaan urine midstream	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Sama dengan pemeriksaan urine midstream	5			
D.	EVALUASI 1. Sama dengan pemeriksaan urine midstream	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Sama dengan pemeriksaan urine midstream	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Bahan Pemeriksaan Serum Ureum Kreatinin**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji kembali program medik 2. Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi hasil pemeriksaan seperti obat-obatan <i>nefrotoxic</i>	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tabung kimia, formulir, spluit 2 cc, kapas <i>alcohol</i> , <i>tourniket</i> Persiapan Klien : 1. Jelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Tidak perlu pembatasan makan dan minum dan sebelum test 2. Ambil darah vena 3 cc masukkan dalam tabung kimia 3. Kirim bahan pemeriksaan ke laboratorium. 4. Sikap : teliti, hati-hati 5. Jelaskan pada klien	5			
D.	EVALUASI 1. Observasi lokasi bekas tusukan 2. Kaji hasil pemeriksaan dan lapor medik bila ada keistimewaan pada hasil.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat prosedur yang telah dilakukan dan respon klien selama prosedur.	1			
Total Nilai		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Dan Bahan Untuk Pemeriksaan CCT (Creatinine Clearance Test)**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Pengetahuan klien tentang perlunya pemeriksaan 2. Tanda dan gejala infeksi traktur urinarius: disuria, hematuria, urin yang berwarna keruh, demam 3. Pola eliminasi 4. Kemampuan klien untuk kooperatif dalam pelaksanaan prosedur	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Formulir kimia darah: kreatinin 2. 1 tabung kimia yang sudah diberi etiket 3. Bokal urin yang besar/ dirigen yang sudah diberi etiket 4. Zat pengawet urin (thymol) 5. 1 Sput 2 cc, kapas dan alkohol 70%, plester, alat pembendung dan perlak kecil, pila ginjal 6. Timbangan berat badan dan alat pengukur tinggi badan dibuang Persiapan Klien : 1. Jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan: nama tes, tujuan tes, langkah-langkah pemeriksaan CCT 2. Kosongkan kandung kemih dan urin 3. Anjurkan klien menghindari makan daging, telur, ikan, teh dan kopi 6 jam sebelum pemeriksaan dan selama tes atau atas pesanan medik 4. Catat obat-obatan yang diberikan pada klien 5. Anjurkan klien untuk tidak melakukan aktifitas berat selama pemeriksaan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Diskusikan alasan pengumpulan spesimen 2. Jelaskan bahwa urin harus bebas dari feses dan tisu 3. Pagi hari sebelum pemeriksaan, kandung kemih dikosongkan dan urin dibuang 4. Beri <i>privacy</i> dan bantu klien saat mengumpulkan spesimen 5. Buang spesimen pertama saat tes dimulai, catat waktu saat tes dimulai 6. Selanjutnya selama 24 jam urin ditampung dalam botol urin yang telah diberi pengawet	3			

D.	EVALUASI 1. Kaji kembali tujuan prosedur yang dilakukan 2. Inspeksi specimen urin dari kontaminasi tisu atau feses 3. Periksa kembali tempat penusukan 4. Amati apakah klien tetap cemas atau mengeluh nyeri pada tempat pengambilan darah	1			
E.	DOKUMENTASI Catat : 1. Metode pengumpulan urin, tanggal dan waktu dikumpulkan, jenis tes 2. Karakteristik specimen 3. Keadaan lokasi penusukan 4. Respon klien terhadap prosedur	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
 Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan USG Ginjal**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur yang akan dilakukan	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Status klien, kartu opname dan hasil pemeriksaan diagnostik sebelumnya. Persiapan Klien : 1. Cek program medik dan rencana keperawatan klien 2. Jelaskan prosedur	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Membuat perjanjian dengan petugas bagian USG 2. Membawa klien ke tempat pemeriksaan dengan kursi roda atau kereta dorong sesuai kondisi klien, identitas klien dan catatan medik 3. Jelaskan klien tindakan selama prosedur berlangsung 4. Jaga <i>privacy</i> klien 5. Atur posisi klien (berbaring pada tempat tidur pemeriksaan dan lubrikan/ jelly dioleskan pada area kulit yang akan diperiksa)	5			
D.	EVALUASI 1. Respon klien terhadap pelaksanaan prosedur 2. Evaluasi pengetahuan klien tentang prosedur yang dijalani.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal, jam pelaksanaan 2. Catat respon klien	1			
Total Nilai		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Melakukan Irigasi Kandung Kemih Pada Klien Post Operasi BPH**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji tanda-tanda vital klien 2. Kaji program medik terhadap rencana irigasi 3. Kaji adanya perdarahan aktif 4. Kaji tingkat kesadaran dan kemampuan klien untuk kooperatif 5. Palpasi kandung kemih terhadap adanya distensi dan tegang 6. Catat jumlah urine yang keluar dari kandung kemih 7. Tanyakan klien tentang adanya nyeri kandung kemih atau rasa tidak nyaman dan mungkin membutuhkan lumen kateter irigasi yang lebih besar 8. Observasi warna urine, jumlah, konsistensi dan adanya mucus, darah atau sedimen 9. Bandingkan jumlah cairan irigasi infus dengan <i>urine output</i> 10. Kaji intake dan <i>output</i> 11. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang tujuan irigasi kateter 12. Kaji tanggal kadaluwarsa cairan irigasi	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Sarung tangan bersih 2. Cairan irigasi sesuai dengan pesan medik (biasanya normal saline) 3. Slang infus 4. Cairan anti septic: alkohol dan <i>povidone - iodine</i> 5. Klem kateter, 6. <i>Folley</i> kateter dengan <i>triple lumen</i> dan <i>urine bag</i> Persiapan Klien : 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan kepada klien dan keluarga	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan dan alasannya. 2. Cuci tangan dan beri <i>privacy</i> . Tempatkan klien pada posisi yang nyaman 3. Lihat kembali standar prosedur sesuai <i>protocol RS</i> 4. Letakkan label cairan irigasi yang digunakan : tanggal, waktu, <i>type</i> cairan 5. Siapkan cairan (harus steril). Isi slang infus dengan cairan, keluarkan udara	5			

	<p>dalam slang</p> <p>6. Lumen kateter 3 cabang, bagian irigasi didesinfeksi dengan cairan antiseptik dan hubungkan dengan slang infus</p> <p>7. Lepaskan sarung tangan</p> <p>8. Atur tetesan infus sesuai instruksi dokter/ sesuai <i>protocol</i></p> <p>9. Bila urine tampak merah/ada bekuan darah, tingkatkan irigasi tetesan sampai dengan bersih</p> <p>10. Ganti cairan irigasi bila dibutuhkan, jangan biarkan botol cairan irigasi kosong</p> <p>11. Gunakan sarung tangan, kosongkan urine bag bila dibutuhkan. Perhatikan prinsip steril</p> <p>12. Bandingkan urine output dengan cairan irigasi yang diberikan tiap 1 - 2 jam</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Observasi klien terhadap adanya bekuan darah pada urine dan sedimen</p> <p>2. Tanyakan klien adanya keluhan nyeri dan adanya demam</p> <p>3. Bandingkan urine output dengan cairan irigasi total</p> <p>4. Kaji kelancaran tetesan infus cairan irigasi, lapor medik bila terjadi obstruksi irigasi</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat :</p> <p>1. Prosedur yang dilakukan,</p> <p>2. Respon klien</p> <p>3. Jumlah cairan irigasi dan hitung intake <i>output</i> cairan</p> <p>4. Karakteristik dan penampilan urine yang keluar</p> <p>5. Tanggal, waktu pemberian</p>	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien untuk Pemeriksaan USG Ginjal**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur yang akan dilakukan	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Status klien, kartu opname dan hasil pemeriksaan diagnostik sebelumnya. Persiapan Klien : 1. Cek program medik dan rencana keperawatan klien 2. Jelaskan prosedur	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Membuat perjanjian dengan petugas bagian USG 2. Membawa klien ke tempat pemeriksaan dengan kursi roda atau kereta dorong sesuai kondisi klien, identitas klien dan catatan medik 3. Jelaskan klien tindakan selama prosedur berlangsung 4. Jaga <i>privacy</i> klien 5. Atur posisi klien (berbaring pada tempat tidur pemeriksaan dan lubrikan/ jelly dioleskan pada area kulit yang akan diperiksa)	5			
D.	EVALUASI 1. Respon klien terhadap pelaksanaan prosedur 2. Evaluasi pengetahuan klien tentang prosedur yang dijalani.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal, jam pelaksanaan 2. Catat respon klien	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan BNO - IVP**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji program medik terhadap rencana pemeriksaan 2. Kaji riwayat alergi khususnya makanan laut,yodium atau zat kontras. Bila ada riwayat terhadap yodium beri prednisone dan dypenhidramin sesuai instruksi dokter selama 3 hari sebelum dan 3 hari sesudah prosedur 3. Periksa BUN darah. Jika BUN> 40 mg/dl beritahu dokter 4. Periksa kadar creatinin 5. Catat tanda-tanda vital 6. Lapor dokter bila klien pernah mendapat enema barium atau pemeriksaan GI sebelumnya.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Kursi/ brankard untuk membawa klien ke unit <i>radiology</i> 2. Pemeriksaan diagnostik sebelumnya, status dan kartu opname klien Persiapan Klien : 1. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang tujuan dan prosedur pemeriksaan 2. Meminta klien atau keluarga mengisi dan menandatangani surat persetujuan pemeriksaan 3. Buat perjanjian dengan unit <i>radiology</i> 4. Puasakan klien 8-12 jam sebelum pemeriksaan 5. Beri pencahar pada malam hari sebelum pemeriksaan dan enema pada pagi hari menjelang pemeriksaan. 6. Koordinasi pada unit <i>radiology</i> mengenai persiapan pemeriksaan.	2			
C	PELAKSANAAN 1. Jelaskan pada klien tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan yaitu untuk melihat organ ginjal, ureter dan kandung kemih. 2. Jelaskan pada klien bahwa kemerahan atau rasa terbakar dan rasa asin atau logam akan terjadi selama atau setelah zat kontras disuntikkan per IV 3. Anjurkan klien untuk bertanya dan mengekspresikan perasaannya 4. Bawa klien ke unit radiology dan beri posisi supine 5. Anjurkan klien sebelum pemeriksaan ia harus mengosongkan kandung kemih 6. Klien baring terlentang di meja sinar x. Sinar X dilakukan 3,5,10,15 dan 20	5			

	<p>menit sesudah kontras disuntikkan.</p> <p>7. Setelah diinjeksi, kaji tanda-tanda vital dan gejala <i>anaphylaxis</i> seperti kegagalan nafas, shock dan TD turun. Obat-obat dan alat-alat <i>emergency</i> disiapkan</p> <p>8. Setelah prosedur, kaji adanya keluhan kelemahan. Ajurkan untuk <i>bedrest</i> dan ambulasi dibantu.</p>				
D.	EVALUASI 1. Kaji tanda-tanda vital	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Cacat prosedur pemeriksaan, tanggal, waktu dan respon klien.	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Pemeriksaan CT Scan Ginjal**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji kembali program medik 2. Kaji riwayat alergi terhadap zat kontras atau alergi terhadap <i>seafood</i> 3. Kaji tanda-tanda vital	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Status klien, kartu opname dan hasil pemeriksaan diagnostik sebelumnya. Persiapan Klien : 1. Jelaskan tentang prosedur dan persiapan yang akan dilakukan pada klien 2. Mintakan surat persetujuan pemeriksaan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Puaskan klien 8 jam sebelum pemeriksaan 2. Jelaskan pada klien untuk melepaskan benda-benda yang terbuat dari metal seperti jam tangan atau perhiasan. 3. Antar klien ke ruangan radiologi 4. Jelaskan pada klien bahwa kemungkinan klien akan mendapatkan zat kontras yang diinjeksikan secara intravena 5. Setelah pemeriksaan anjurkan klien untuk banyak minum.	5			
D.	EVALUASI 1. Kaji respon klien terhadap pemeriksaan yang dilakukan 2. Kaji adanya reaksi alergi terhadap kontras.	1			

E.	DOKUMENTASI 1. Catat waktu dilakukannya 2. Catat respon klien terhadap prosedur tindakan	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Klien Dengan Cystostomy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN Kaji : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran klien dan kemampuan untuk kooperatif 2. Balutan yang ada (warna, jumlah, dan bau) 3. Tempat insersi kateter terhadap kemerahan,edema,drainage dan bau 4. Urine perkateter atau bag : warna, konsistensi dan bau 5. Peningkatan temperatur tubuh 6. Beberapa lama kateter telah dipasang 7. Tempat penempelan plester terhadap tanda iritasi. 	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan bersih dan sarung tangan steril 2. Cairan antiseptik (<i>povidone-iodine solution</i>), <i>swab antiseptic</i> 3. Kasa steril 4. Set ganti balutan yang berisi pinset steril 5. Kain berlobang 6. Urine bag 7. Plester non alergik 8. Piala ginjal dan kantong plastik 9. Alas/ perlak Persiapan Klien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada Klien dan keluarga secara singkat 	2			
C.	PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kembali program medik 2. Cuci tangan 3. Ciptakan suasana yang nyaman. 4. Jelaskan prosedur secara singkat kepada klien dan keluarga. 5. Beri klien posisi berbaring telentang. 6. Pasang alas/ perlak di bawah klien. 	5			
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Gunakan sarung tangan bersih. Angkat balutan kotor dan tempatkan pada kantong balutan kotor 8. Ganti sarung tangan bersih dengan sarung tangan steril 9. Kaji lokasi insersi dan kepatenan (lihat pengkajian) 10. Pertahankan sterilisasi,bersihkan lokasi dengan swab/ cairan antiseptik secara sirkuler dimulai dari tempat 				

	<p>pemasangan kateter dan terus-menerus keluar sampai mencapai diameter 5 cm. Kalau perlu gunakan tangan yang tidak dominant untuk mengangkat kateter saat dibersihkan.</p> <p>11. Ulangi langkah no.5 setiap saat bila dibutuhkan untuk membersihkan lokasi</p> <p>12. Ambil satu kasa basahi dengan cairan antiseptic dan bersihkan kateter dari proksimal ke bagian distal</p> <p>13. Dengan tangan yang dominant ambil kasa steril, lingkari kateter bila perlu tambahkan kasa kering diatasnya kemudian dilester</p> <p>14. Fiksasi kateter ke arah abdomen</p> <p>15. Atur posisi urine bag dan kateter</p> <p>16. Tanyakan klien apakah ada pertanyaan tentang perawatan kateter</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Observasi urine terhadap sediment</p> <p>2. cek kembali laboratorium kultur urine dan sensitivity untuk mengetahui adanya bakteri</p> <p>3. Monitor temperature tubuh dan peningkatan lekosit</p> <p>4. Observasi lokasi pemasangan kateter</p> <p>5. Monitor urine yang keluar melalui kateter suprapubik.</p> <p>6. Tanyakan dan kaji adanya tanda dan gejala UTI dan infeksi di lokasi insersi</p> <p>7. Tanyakan klien adanya rasa tidak nyaman (<i>range 0-10</i>).</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Perawatan meliputi pengkajian luka dan toleransi klien untuk perawatan luka</p> <p>2. Warna dan jumlah serta karakteristik cairan drainage yang keluar</p> <p>2. Kondisi klien</p>	1			
Total Nilai		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,

Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Klien Untuk Cystoscopy**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji tanda-tanda vital terutama selama prosedur. 2. Kaji kemampuan klien untuk mempertahankan posisi saat prosedur. 3. Kaji pengetahuan klien tentang prosedur. 4. Kaji kembali pesanan medik.	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Kursi roda atau brankard untuk mengantar klien 2. Status klien, kartu opname dan pemeriksaan diagnostik sebelumnya. Persiapan Klien : 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan kepada klien dan keluarga. 2. Meminta persetujuan tertulis kepada klien atau keluarga. 3. Membuat perjanjian dengan bagian <i>endoscopy</i> .	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Antar klien kebagian <i>cystoscopy (endoscopy)</i> 2. Tempatkan klien pada posisi <i>lithotomy</i> . Tutup bagian genitalia dengan kain steril 3. Jelaskan peralatan dan prosedur detail pada klien <ol style="list-style-type: none"> Pada Pria : penis, lubang uretra diolesi dengan gel diolesi desinfektan serta obat anastesi local. Pada Wanita : vulva dan sekelilingnya serta uretra dibersihkan, kemudian diolesi zat pelumas yang telah diberikan desinfektan. Setelah beberapa menit bahan pelumas ini akan mempengaruhi selaput lendir uretra, lalu dimasukkan cystoscope. Anestesi local mungkin dimasukkan ke uretra sebelum scope dimasukkan. <i>Cystoscope</i> dimasukkan ke uretra untuk melihat kandung kemih dan dinding uretra dan membantu untuk <i>biopsy</i>. 	5			
	e. Kandung kemih diirigasi dengan cairan steril untuk membantu dalam distensi kandung kemih dan irigasi kandung kemih terhadap bekuan darah. f. Kandung kemih dikosongkan dan				

	<i>scope</i> dikeluarkan. 4. Membereskan klien dan kembali keruangan 5. Jelaskan pada klien kemungkinan selama beberapa jam masih menggunakan kateter intermiten setelah tindakan. 6. Anjurkan klien banyak minum bila tidak ada kontra indikasi.				
D.	EVALUASI 1. Monitor tanda-tanda vital post prosedur 2. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi saluran kemih 3. Monitor tanda dan gejala obstruksi saluran kemih 4. Setelah prosedur kaji gangguan rasa nyaman: rasa terbakar saat bak, hematuri, sering bak, retensi urine dan tanda-tanda UTI 5. Monitor urine yang keluar terhadap adanya hematuri 6. Kaji adanya keluhan nyeri hebat (nyeri kolik adalah normal pada cateter uretra), sering berkemih, rasa panas saat b.a.k 7. Monitor kemungkinan retensi urine pada klien dengan prostat hiperplasia.	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal, waktu, prosedur yang dilakukan serta respon klien sebelum, selama dan sesudah prosedur. 2. Catat adanya gangguan rasa nyaman dan adanya hematuri.	1			
Total Nilai		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
 Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Pasien Untuk Pemeriksaan Elisa**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik 2. Kaji riwayat perilaku beresiko tinggi 3. Kaji riwayat transfusi 4. Kaji riwayat drug abuse : jarum suntik, akupuntur, tindik/ tato 5. Kaji riwayat ibu dengan HIV (dari hamil ke janin) 6. Kaji tanda dan gejala HIV	2			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tabung kimia 2. Sput 5 cc 3. Sarung tangan bersih 2 buah (Double) 4. Kapas alkohol 5. Tourniquet 6. Perlak 7. Piala ginjal 8. Plester 9. Formulir laboratorium Persiapan Klien : 1. Kaji pemahaman klien mengenai prosedur 2. Beri konseling/pendampingan khusus. 3. Minta <i>inform consent</i> . 4. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan.	3			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan bersih (<i>double</i>). 2. Menutup tabir tempat tidur. 3. Meletakkan peralatan di dekat pasien pada lokasi yang mau ditusuk. 4. Menentukan lokasi vena yang mau ditusuk. 5. Meletakkan perlak di bawah lokasi. 6. Memasang tourniquet dan menganjurkan pasien mengepal bila lokasi penusukan di tangan. 7. Melakukan disinfeksi area penusukan. 8. Melakukan penusukan, bila tampak darah keluar pada pangkal jarum, tourniquet dilepas, darah dihisap dalam spuit sebanyak 5 cc. 9. Mencabut jarum, bekas tusuk ditutup dengan kapas alkohol dan plester. 10. Melakukan komunikasi therapy dengan pasien. 11. Merapikan pasien. 12. Merapikan alat. 13. Mengirimkan bahan pemeriksaan darah dan formulirnya ke laboratorium.	5			

D.	EVALUASI 1. Kondisi pasien 2. Respon pasien 3. Keluhan pasien 4. Kondisi vena bekas penusukan	1			
E.	DOKUMENTASI Catat semua hal pengkajian, observasi pasien, tindakan yang diberikan dan respon pasien.	1			
	Total Nilai	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Menyiapkan Pasien Untuk Pemeriksaan Western Blot Assay**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Cek program medik 2. Kaji riwayat perilaku beresiko tinggi 3. Kaji riwayat transfusi 4. Kaji riwayat drug abuse : jarum suntik, akupuntur, tindik/ tato 5. Kaji riwayat ibu dengan HIV (dari hamil ke janin) 6. Kaji tanda dan gejala HIV	1			
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat : 1. Tabung kimia 2. Sput 5 cc 3. Sarung tangan bersih 2 buah (<i>double</i>) 4. Kapas alkohol 5. <i>Torniquet</i> 6. Perlak 7. Piala ginjal 8. Plester 9. Formulir laboratorium Persiapan Klien : 1. Kaji pemahaman klien mengenai prosedur 2. Beri konseling/ pendampingan khusus 3. Minta <i>inform consent</i> 4. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan bersih (<i>double</i>). 2. Menutup tabir tempat tidur. 3. Meletakkan peralatan di dekat pasien pada lokasi yang mau ditusuk. 4. Menentukan lokasi vena yang mau ditusuk. 5. Meletakkan perlak di bawah lokasi. 6. Memasang torniquet dan menganjurkan pasien mengepal bila lokasi penusukan di tangan	5			
	7. Melakukan disinfeksi area penusukan. 8. Melakukan penusukan, bila tampak darah keluar pada pangkal jarum, tourniquet di lepas, darah dihisap dalam spuit sebanyak 5 cc. 9. Mencabut jarum, bekas tusuk ditutup dengan kapas alkohol dan plester. 10. Melakukan komunikasi <i>therapy</i> dengan pasien. 11. Merapikan pasien. 12. Merapikan alat. 13. Mengirimkan bahan pemeriksaan darah dan formulirnya ke laboratorium.				

D.	EVALUASI 1. Kondisi pasien 2. Respon pasien 3. Keluhan pasien 4. Kondisi vena bekas penusukan	1			
E.	DOKUMENTASI Catat semua hal pengkajian, observasi pasien, tindakan yang diberikan dan respon pasien.	1			
	TOTAL NILAI	10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mengajarkan Latihan Nafas Dalam**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Identifikasi jenis pembedahan yang akan dilakukan pada klien 2. Kaji tipe anastesi yang akan diberikan kepada klien 3. Kaji kebutuhan klien akan proses pembelajaran 4. Tentukan metode pembelajaran dengan tepat 5. Kaji kemauan dan kemampuan klien untuk belajar	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat: 1. Bantal 2. K/p spirometri Persiapan klien dan lingkungan: 1. Jelaskan prosedur dan tujuan latihan kepada klien 2. Menyiapkan lingkungan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Anjurkan klien untuk duduk di tepi tempat tidur 2. Perawat berdiri dihadapan klien 3. Instruksikan pada klien untuk menyilangkan kedua lengan di depan dada dan jari-jari terbuka menempel pada dinding thorax 4. Klien mengambil nafas dalam perlahan-lahan melalui hidung, tahan 1-2 detik dan hitungan 1-2-3, lalu buang nafas melalui mulut 5. Anjurkan klien untuk melakukan latihan nafas 10 kali setiap 2 jam setelah operasi	5			
D.	EVALUASI 1. Klien secara psikologis dan fisik siap dalam menghadapi pembedahan 2. Klien mampu melakukan tehnik nafas dalam	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Jam pelaksanaan tindakan 2. Kemampuan klien untuk melakukan latihan nafas dalam 3. Reaksi klien terhadap tindakan yang diberikan	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mengajarkan Latihan Batuk efektif**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Identifikasi jenis pembedahan yang akan dilakukan pada klien 2. Kaji tipe anestesi yang diberikan kepada klien 3. Kaji kebutuhan klien akan proses pembelajaran 4. Tentukan metode pembelajaran dengan tepat 5. Kaji kemauan dan kemampuan klien untuk belajar	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat: 1. Bantal 2. Tissue 3. Piala ginjal Persiapan klien: 1. Jelaskan prosedure dan tujuan latihan kepada klien 2. Menyiapkan lingkungan dan privacy klien	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Beri posisi duduk atau setengah duduk 2. Anjurkan pasien untuk nafas dalam 3 kali 3. Anjurkan klien untuk batuk yang kuat sekali hentakkan 4. Jika pasien mengeluh nyeri pada daerah operasi, ajarkan klien menyokong daerah operasi dengan kedua tangan atau menggunakan bantal 5. Anjurkan klien untuk membatukkan 2 – 3 kali setiap 2 jam	5			
D.	EVALUASI 1. Klien secara fisik dan psikologis siap dalam menghadapi pembedahan 2. Klien mampu melakukan tehnik batuk efektif	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Jam pelaksanaan tindakan 2. Kemampuan klien untuk melakukan latihan nafas dalam 3. Reaksi klien terhadap tindakan yang diberikan	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mencukur**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji jenis pembedahan 2. Inspeksi kondisi umum kulit 3. Kaji lokasi pembedahan untuk menentukan daerah pencukuran	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat: 1. Handuk 2. Pisau cukur 3. Sarung tangan 4. Sabun/ larutan pembersih Persiapan klien dan lingkungan: 1. Jelaskan prosedur kepada klien 2. Jaga privacy klien dengan menutup tabir	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Klien diberi posisi yang nyaman pada daerah yang akan dioperasi 2. Letakkan handuk dibawahnya 3. Gunakan bedak/ basahi kulit dengan sabun 4. Regangkan kulit yang halus dengan tangan kiri dan cukur searah dengan tumbuhnya rambut 5. Menghilangkan sabun dengan keringkan, observasi kembali daerah pencukuran 6. Membereskan alat	5			
D.	EVALUASI 1. Lokasi pembedahan disiapkan secara benar 2. Bila terjadi penyimpangan baik secara fisik maupun emosional dapat teridentifikasi lebih dini sebelum operasi	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal dan waktu, persiapan area operasi 2. Kondisi kulit sebelum dan sesudah pencukuran 3. Toleransi klien pada saat pencukuran 4. Catat kejadian istimewa seperti adanya laserasi, abrasi pada saat pencukuran	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Memasang gurita**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Lokasi luka klien	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat: 1. Gurita Persiapan klien: 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 2. Siapkan lingkungan dan privacy klien dengan menutup tabir, jendela dan	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Membantu klien dalam posisi tidur terlentang 3. Membebaskan pakaian didaerah yang akan dipasang gurita 4. Meletakkan gurita dibawah badan klien sesuai kebutuhan 5. Mengikat tali gurita dengan cukup kuat dan rapi, perhatikan posisi tali jangan diikat tepat diatas luka 6. Merapikan klien dan lingkungan 7. Mencuci tangan	5			
D.	EVALUASI 1. Rasa nyaman klien 2. Respon klien terhadap prosedur 3. Keadaan integritas kulit klien terhadap pemasangan gurita	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Respon klien terhadap prosedur 2. Tingkat rasa nyaman klien	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pemasangan Restraint**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji kebutuhan klien akan penggunaan restrain sesuaikan tipe dan ukuran yang digunakan 2. Inspeksi area pemasangan termasuk kondisi kulit dan sirkulasi	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat: 1. Jakcket restraint 2. Belt restraint 3. Extremity restraint Persiapan klien dan lingkungan: 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasang tirai di sekeliling tempat tidur 3. Inform consent K/p, sesuai dengan SOP rumah sakit masing-masing	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan 2. Tempatkan klien dalam posisi tubuh yang sesuai dengan pemasangan restrain 3. Alasi bagian tubuh klien yang akan dipasang restraint 4. Pasang restraint (ikatan harus mudah dibuka) Jacket restraint 1. Rompi restraint dilektakkan diatas pakaian klien 2. Tempatkan klien diatas tempat tidur/ kursi roda 3. Agar pemasangan restrain tidak terbalik, baca instruksi dari bahan yang digunakan 4. Bila klien menggunakan kursi roda, restraint diikat dibelakang kursi Belt restraint 1. Mengamankan klien ditempat tidur/ kursi roda 2. Letakkan restraint jangan terlalu kencang dengan cara memasukkan 2 jari di bawah restraint Extremitas restraint 1. Bantu klien dalam posisi lateral K/p gunakan alas di bawah restraint 2. Pasang restraint jangan terlalu kencang dengan cara memasukkan 2 jari dibawah restraint 3. Sebelum meninggalkan klien, pastikan bel tempat tidur mudah dijangkau 4. Setiap 15 – 30 menit, restraint harus dicek penempatannya, observasi nadi,	5			

	temperature, warna dan sensasi bagian distal ekstremitas 5. Setiap 2 jam, lepaskan restraint selama 30 menit dan berikan latihan ROM				
D.	EVALUASI 1. Observasi keefektifan penggunaan restraint untuk mencegah cedera pada klien 2. Observasi sirkulasi pada lokasi pemasangan restraint (nadi, temperature, warna dan sensasi setiap 15 – 30 menit) 3. Pastikan terapi yang sudah diresepkan diberikan tanpa ada interupsi	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Tingkah laku klien setelah pemasangan 2. Tingkat orientasi 3. Pendidikan untuk klien dan keluarga 4. Tipe dan ukuran restraint yang digunakan 5. Kaji oksigenisasi, sirkulasi dan integritas kulit pasien 6. Latihan ROM, perpindahan posisi yang diberikan 7. Waktu restraint dilepas respon klien	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mengganti Balutan Luka**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pesanan dokter termasuk jenis balutan, prosedur rawat luka dan frekuensi ganti balut 2. Kaji jenis dan lokasi luka/ incise 3. Kaji tingkat nyeri klien dan kapan terakhir mendapatkan obat penghilang nyeri 4. Kaji riwayat alergi terhadap obat atau plester. 5. Pada geriatrik dan anak-anak klien mengalami imunosperesi dan resistensi, perlu tindakan aseptis yang ketat untuk mengurangi paparan mikroorganisme	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat: 1. Set ganti balut steril (Pinset cirurgis, pinset anatomis, kassa, lidi kapas) 2. K/p kassa steril dan bantalan penutup 3. Plester 4. Sarung tangan steril 5. Sarung tangan tidak steril 6. Handuk/ kain penutup 7. Bethadine 8. Alkohol 70% 9. Piala ginjal 10. Kapas bulat dan lidi kapas steril 11. Korentang steril 12. Kantong plastik 13. Meja dorong 14. Perlak/ alas plastik Persiapan klien dan lingkungan: 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Siapkan lingkungan privacy klien dengan menutup tabir tempat tidur, k/p tutup pintu dan jendela 3. Atur ketinggian tempat tidur klien	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan dan dekatkan meja dorong ke tempat tidur klien a. Buka set ganti balut b. K/p tambahkan kassa steril dan lidi kapas steril secukupnya ke dalam set ganti balut 3. Pakai sarung tangan tidak steril 4. Letakkan handuk menutup bagian tubuh privasi klien yang terbuka 5. Letakkan perlak dibawah luka	5			

	6. Beri klien posisi yang nyaman dan tepat untuk perawatan luka 7. Beri plester searah tumbuhnya rambut dan buka balutan secara hati-hati 8. Kemudian dibersihkan 9. Masukkan balutan kotor ke dalam plastik 10. Buka sarung tangan non steril 11. Pakai sarung tangan steril 12. Bersihkan sekitar luka dengan menggunakan alkohol swab <ul style="list-style-type: none"> a. Bersihkan diri arah atas ke bawah di setiap sisi luka dengan arah keluar menjauh dari luka (1 alkohol swab untuk 1 kali usapan) b. Bersihkan sisi sebelah luka dari bagian atas ke bawah diikuti sisi sebelahnya dengan arah usapan menjauh dari luka (1 alkohol swab untuk 1 kali usapan) c. Olesi luka dengan bethadine mulai dari tengah luka/ dari daerah kotor ke bersih 13. Tutup luka dengan kassa steril 14. Beri plester pada pinggiran kassa pembalut 15. Tuliskan tanggal dan waktu mengganti balutan dengan plester atau tempelkan pada balutan 16. Bereskan alat-alat yang telah digunakan beserta dengan lingkungannya 17. Beri klien posisi yang nyaman 18. Cuci tangan				
D.	EVALUASI 1. Kebutuhan frekuensi ganti balut 2. Efek plester pada kulit 3. Tanda-tanda infeksi dan adanya cairan luka	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Lokasi, jenis luka dan keadaan luka/ incise 2. Keadaan balutan sebelumnya 3. Cairan atau obat yang digunakan untuk merawat luka 4. Pendidikan yang telah diberikan untuk klien 5. Toleransi klien terhadap prosedur	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Luka dengan Drain**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji jenis drain 2. Kaji pesanan dokter untuk tindakan perawatan drain dan frekuensi ganti balut 3. Kaji jenis, penampilan dan lokasi luka atau insisi 4. Kaji waktu pemberian obat anti nyeri terakhir 5. Kaji riwayat alergi klien terhadap bethadine atau plester	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Set angkat jahitan (pinset anatomis, gunting, kassa, lidi kapas) atau set ganti balut 2. Sarung tangan non steril 3. Handuk atau kain penutup 4. Bethadine 10% 5. Meja dorong 6. Kantong plastik 7. Alkohol 70% 8. Perlak/ alas plastik 9. Korentang 10. Piala ginjal 11. Plester Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Siapkan lingkungan privacy klien dengan menutup tabir tempat tidur, k/p tutup pintu dan jendela 3. Atur ketinggian tempat tidur klien untuk memudahkan kerja perawat	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan dan siapkan alat-alat yang digunakan 2. Letakkan handuk menutupi daerah privacy klien dan perlak di bawah luka klien 3. Siapkan peralatan di atas meja dorong a. Buka set angkat jahitan dan atur posisi alat dengan korentang steril b. K/p tambahkan kassa dan tuffer kassa secukupnya ke dalam set c. Siapkan plastik dan piala ginjal ke dekat luka 4. Beri klien posisi yang tepat untuk perawatan drain 5. Pakai sarung tangan non steril 6. Buka plester searah tumbuhnya rambut	5			

	<p>dan buka balutan dengan hati-hati</p> <p>7. Masukkan bekas balutan ke dalam kantong plastik</p> <p>8. Buka sarung tangan non steril</p> <p>9. Pakai sarung tangan steril</p> <p>10. Bersihkan sekitar luka drain menggunakan alcohol swab dengan arah memutar ke arah luar</p> <p>11. Beri betadine di daerah luka dan drain, dari daerah bersih ke kotor</p> <p>12. Lipat kassa dengan arah memanjang dan letakkan mengelilingi drain hingga terbungkus</p> <p>13. Tutup luka dengan kassa atau bantalan</p> <p>14. Pasang plester</p> <p>15. Bereskan alat-alat dan lingkungan</p> <p>16. Buka sarung tangan</p> <p>17. Cuci tangan</p> <p>18. Beri klien posisi yang nyaman</p>				
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Adanya tanda-tanda infeksi dan tingkat penyembuhan luka</p> <p>2. Toleransi klien terhadap prosedur yang dilakukan</p>	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Lokasi dan jenis luka atau insisi</p> <p>2. Status balutan sebelumnya</p> <p>3. Lokasi dan jenis luka atau insise</p> <p>4. Status balutan sebelumnya</p> <p>5. Status luka dan jenis drain yang digunakan</p> <p>6. Karakteristik cairan drainage (jumlah, warna, konsistensi, bau)</p> <p>7. Obat dan cairan yang digunakan untuk merawat luka</p> <p>8. Toleransi klien terhadap prosedur</p>	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Mengangkat Jahitan**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji pesanan dokter untuk prosedur pengangkatan jahitan 2. Kaji jenis jahitan atau benang yang dipakai 3. Kaji lokasi luka 4. Kaji tingkat toleransi klien terhadap nyeri dan waktu pemberian obat anti nyeri terakhir 5. Kaji riwayat alergi terhadap bethadine atau plester	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Set angkat jahitan (pinset anatomis, gunting, kassa, lidi kapas) 2. Sarung tangan non steril 3. Sarung tangan steril 4. Handuk 5. Perlak/ alas karet 6. Bethadine 7. Alkohol 70% 8. Kantong plastik 9. Piala ginjal 10. K/p tromol kassa 11. Lidi kapas 12. Korentang steril 13. Plester Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Siapkan lingkungan privacy klien dengan menutup tabir tempat tidur, k/p tutup pintu dan jendela 3. Atur ketinggian tempat tidur klien untuk memudahkan kerja perawat	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Mencuci tangan 2. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan didekat klien: a. Buka set angkat jahitan b. K/p tambahkan kassa steril dan lidi kapas steril secukupnya ke dalam set, kemudian set tutup kembali 3. Pakai sarung tangan tidak steril 4. Letakkan handuk menutup bagian tubuh privasi klien yang terbuka 5. Letakkan perlak dibawah luka 6. Beri klien posisi yang nyaman dan tepat untuk perawatan luka 7. Buka plester searah tumbuhnya rambut	5			

	<p>dan balutan secara hati-hati</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Masukkan balutan kotor ke dalam plastic 9. Buka sarung tangan non steril 10. Pakai sarung tangan steril 11. Bersihkan sekitar luka dengan menggunakan alcohol swab 12. Beri bethadine 10% pada luka, dengan arah dari daerah bersih ke kotor 13. Pegang pinset anatomis dengan tangan non dominan dan gunting pada tangan dominan 14. Angkat simpul benang jahitan dengan pinset dan masukkan ujung gunting di sela-sela antara benang dan kulit 15. Gunting benang jahitan dan tarik secara perlahan-lahan 16. Gunting sisa benang yang ada dengan prosedur yang sama satu per satu, sambil di observasi adanya luka jahitan yang belum menutup 17. Bersihkan daerah yang mongering pada daerah bekas jahitan dengan cairan antiseptic/ bethadine 18. Tutup luka dengan kassa steril 19. Beri plester 20. Bereskan alat-alat dan lingkungan 21. Buka sarung tangan 22. Cuci tangan 23. Beri posisi yang nyaman pada klien 				
D.	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda-tand infeksi dan tingkat penyembuhan luka 2. Toleransi klien terhadap prosedur yang dilakukan 	1			
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi dan jenis luka atau incise 2. Status balutan sebelumnya 3. Obat dan cairan yang digunakan untuk merawat luka 4. Jumlah jahitan yang diangkat/ jahitan yang masih tersis 5. Toleransi klien terhadap prosedur 	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
 Pembimbing,

Jenis Keterampilan : **Memperpendek Drain**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji jenis drain yang digunakan klien 2. Kaji pesanan dokter untuk prosedur memperpendek drain (panjang drain yang dipotong) 3. Kaji jenis, penampilan dan lokasi luka atau incise 4. Kaji tingkat nyeri klien dan waktu pemberian obat anti nyeri terakhir 5. Kaji riwayat alergi klien terhadap bethadine atau plester	3			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan 2. Tempatkan alat-alat yang diperlukan di dekat tempat tidur klien a. Buka set angkat jahitan dan atur posisi alat dengan korentang steril b. K/p tambahkan kassa dan tuffer secukupnya ke dalam set 3. Letakkan handuk menutupi daerah privacy klien dan perlak di bawah luka klien 4. Beri klien posisi yang tepat untuk perawatan drain 5. Pakai sarung tangan non steril 6. Buka plester searah tumbuhnya rambut dan buka balutan luka hati-hati 7. Masukkan bekas balutan ke dalam kantong plastik 8. Buka sarung tangan non-steril 9. Pakai sarung tangan steril 10. Bersihkan sekitar luka drain dengan arah memutar ke arah luar dengan menggunakan alcohol swab 11. Olesi luka dengan bethadine 10% dari bagian yang bersih ke kotor 12. Dengan menggunakan pinset steril, tarik drain keluar secara pelan-pelan dengan panjang sesuai dengan intruksi dokter 13. Pasang peniti steril 1 cm diatas luka 14. Potong drain diatas peniti dengan menggunakan gunting steril dan tinggalkan 2 inch drain di luar luka 15. Olesi daerah luka dengan bethadine 10% 16. Tutup luka dengan kassa steril 17. Beri plester 18. Bereskan alat-alat dan lingkungan 19. Buka sarung tangan 20. Cuci tangan 21. Beri posisi yang nyaman untuk klien	5			

D.	EVALUASI 1. Adanya tanda-tanda infeksi dan tingkat penyembuhan luka 2. Toleransi klien terhadap prosedur yang dilakukan 3. Aliran drainage cairan luka melalui drain yang sudah diperpendek	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Lokasi dan jenis luka atau incise 2. Status balutan sebelumnya 3. Keadaan luka dan jenis drain yang digunakan klien 4. Panjang drain yang dipotong 5. Karakteristik cairan drainage (jumlah, warna, konsistensi, bau) 6. Obat dan cairan yang digunakan untuk merawat luka 7. Toleransi klien terhadap prosedur	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Merawat Luka Dekubitus**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Pesanan dokter mengenai jenis balutan, prosedur, frekuensi ganti balut dan cairan yang digunakan irigasi luka 2. Jenis dan lokasi decubitus 3. Faktor-faktor dari klien yang mempengaruhi timbulnya decubitus 4. Kaji tingkat nyeri klien dan waktu pemberian obat anti nyeri terakhir 5. Riwayat alergi terhadap bethadine atau plester 6. Kaji penggunaan bantal pelindung yang ada 7. Kemampuan klien beraktivitas 8. Kaji tingkat pengetahuan klien mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya decubitus	1			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Set nekrotomie (pinset anatomis, gunting, kasa, lidi kapas) 2. Sarung tangan non steril 3. Sarung tangan steril 4. Handuk 5. Perlak/ alas karet 6. Bethadine 7. Alkohol 70% 8. Kantong plastik 9. Piala ginjal 10. K/p tromol kassa 11. Lidi kapas 12. Korentang steril 13. Plester Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Siapkan lingkungan privacy klien dengan menutup tabir tempat tidur, k/p tutup pintu dan jendela 3. Atur ketinggian tempat tidur klien untuk mempermudah kerja perawat	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Cuci tangan 2. Siapkan area dan alat-alat yang akan digunakan untuk merawat luka a. Buka set angkat jahitan dan set ganti balut kemudian atur posisi alat dengan korentang steril b. K/p tambahkan kassa, tuffer,	5			

	<p>bantalan kapas steril secukupnya ke dalam set</p> <p>c. Siapkan cairan yang akan digunakan untuk irigasi luka</p> <p>d. Siapkan cairan atau obat yang akan digunakan untuk kompres luka decubitus sesuai intruksi medik, kemudian masukkan ke dalam kom steril</p> <p>3. Pakai sarung tangan non steril</p> <p>4. Beri pasien posisi yang tepat untuk perawatan luka</p> <p>5. Letakkan handuk dan perlak atau alas karet dibawah luka</p> <p>6. Dekatkan kantong plastic dan piala ginjal untuk tempat kotoran</p> <p>7. Buka plester searah tumbuhnya rambut dan buka balutan luar, masukkan ke kantong plastic</p> <p>8. Basahi dengan normal saline bila balutan menempel pada luka dan buka balutan dengan hati-hati</p> <p>9. Buka sarung tangan non-steril</p> <p>10. K/p cuci tangan</p> <p>11. Dekatkan piala ginjal dibawah luka</p> <p>12. Pakai sarung tangan steril</p> <p>13. Lakukan prosedur irigasi luka</p> <p>a. Isap cairan yang akan digunakan untuk irigasi luka (sesuai intruksi medik) dengan spuit steril</p> <p>b. Pegang tip spuit dengan jarak sekitar 1 inch (2,5 cm) dari luka semprotkan cairan dari arah atas ke bawah. Ulangi tindakan sampai luka bersih atau sesuai dengan jumlah cairan yang diintruksikan dokter. K/p gunakan jarum atau plastik kateter ukuran 20.</p> <p>c. Keringkan luka dan kulit disekitarnya dengan kassa dari arah tengah luka ke arah luar</p> <p>14. K/p lakukan nekrotomie pada jaringan yang sudah mati.</p> <p>15. Berikan obat topical sesuai order medik/ beri kompres pada luka dengan menggunakan cairan sesuai intruksi medik.</p> <p>16. Tutup luka dengan kassa dan bantalan kemudian di plester</p> <p>17. Tulis tanggal dan waktu merawat luka dan tempelkan diatas pembalut</p> <p>18. Bereskan alat-alat dan lingkungan</p> <p>19. Buka sarung tangan</p> <p>20. Berikan posisi yang nyaman untuk klien</p> <p>21. Cuci tangan</p>				
--	--	--	--	--	--

D.	EVALUASI 1. Adanya tanda-tanda infeksi dan tingkat penyembuhan luka 2. Toleransi klien terhadap prosedur yang dilakukan	1			
E.	DOKUMENTASI 1. Lokasi, ukuran dan jenis luka 2. Status luka dan jenis tingkat penyembuhan 3. Keadaan balutan sebelumnya 4. Cairan dan obat yang dipakai untuk merawat 5. Pendidikan yang diberikan kepada klien 6. Toleransi klien terhadap prosedur	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pemeriksaan Fisik Kepala dan Leher**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji riwayat sakit flu atau infeksi, nyeri leher, pembesaran kelenjar, trauma hidung, alergi, infeksi mata dan telinga	1			
B	DIAGNOSA 1. Resiko infeksi 2. Gangguan menelan 3. Perubahan mukosa mulut 4. Ketidakmampuan merawat diri 5. Perubahan persepsi/ sensori penglihatan dan pendengaran	0,5			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Alat tulis 2. Stetoskop 3. Speculum 4. Pen light 5. Penggaris 6. Optotype snellen Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan kepada klien 2. Beri posisi yang nyaman 3. Siapkan lingkungan dan perhatikan privacy klien	2			
C.	PELAKSANAAN Inspeksi dan palpasi 1. Rambut, kulit kepala 2. Finger print Mata 1. Visus 2. Palpebrae 3. TIO 4. Sclera 5. Konjungtiva 6. Pupil Hidung 1. Septum 2. Mukosa 3. Rongga hidung 4. Sinus Telinga 1. Pinna 2. Kanal 3. Membrane tympani Mulut 1. Bibir 2. Gigi 3. Kebersihan mulut-bau mulut 4. Lidah 5. Mukosa 6. Ovula	5			

	Leher 1. Kaku kuduk 2. JVP				
D.	EVALUASI 1. Bandingkan data hasil pemeriksaan dengan data yang seharusnya	0,5			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat setiap data sesuai pemeriksaan hindari kata tidak ada kelainan dan normal	1			
TOTAL NILAI		10			

Jenis Keterampilan : **Pemeriksaan Fisik Thoraks, Paru-Jantung-Payudara**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji riwayat kesehatan keluarga (kanker, TBC, alergi, asthma, COPD, diabetes, hipertensi, jantung). 2. Kaji sakit infeksi pernafasan, batuk, nyeri dada, hemoptosis. 3. Kaji faktor resiko penyakit paru, jantung dan kanker payudara.	1			
B	DIAGNOSA 1. Kecemasan 2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas 3. Ketidakefektifan pola nafas 4. Perubahan perfusi jaringan perifer 5. Penurunan curah jantung 6. Intoleransi aktivitas	0,5			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Alat tulis 2. Stetoskop Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan prosedur yang dilakukan kepada klien 2. Beri posisi yang nyaman 3. Siapkan lingkungan dan perhatikan privacy klien	2			
C.	PELAKSANAAN Inspeksi Paru-paru 1. Bentuk dada, pergerakan dada, pola nafas (frekuensi, irama dan kedalaman). 2. Mukosa bibir dan kuku Jantung 1. Inspeksi pulsasi apical Payudara 1. Anjurkan klien dalam posisi baring dengan tangan keatas yang disanggah oleh bantalan. 2. Inspeksi ukuran, bentuk, simetris 3. Inspeksi kulit (warna, lesi. Vaskularisasi dan edema) 4. Inspeksi areola, putting (retraksi, sekresi dan ulkus) 5. Inspeksi axilla dan klavikula (pembengkakan dan kemerahan)	5			

	Palpasi Jantung 1. Palpasi secara sistematis dari aorta, pulmonal, trikuspidalis apical dan epigastrik Payudara 1. Palpasi sekitar puting, axilla dan klavikula 2. Palpasi payudara secara bimanual dengan gerakan sirkular/ memutar dari tepi areola searah jarum jam Perkusi Paru-paru 1. Perkusi paru-paru anterior dan posterior di setiap spasium interkostalis. Jantung 1. Perkusi semua are jantung (batas atas, kanan dan kiri jantung). Auskultasi Paru-paru 1. Auskultasi bunyi nafas di semua lapang paru Jantung 1. Auskultasi pada lima area utama yaitu katup aorta, pulmonalis, tricuspid, apical dan epigastrik 2. Kaji ritme dan kecepatan jantung				
D.	EVALUASI 1. Bandingkan data hasil pemeriksaan dengan data yang seharusnya	0,5			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat setiap data hasil pemeriksaan dan hindari kata tidak ada kelainan, normal 2. Perjelas setiap data yang ditemukan menyimpang dari data yang seharusnya	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
 Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pemeriksaan Fisik Abdomen**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji riwayat kesehatan, faktor risiko dan setiap tanda gejala penyakit sistem pencernaan	1			
B	DIAGNOSA 1. Perubahan eliminasi: diare, konstipasi dan retensi urin 2. Perubahan nutrisi: kurang atau lebih dari kebutuhan	0,5			
C.	PERENCANAAN Persiapan Alat: 1. Alat tulis 2. Stetoskop Persiapan klien dan lingkungan: 1. Jelaskan prosedur yang dilakukan kepada klien 2. Beri posisi yang nyaman 3. Siapkan lingkungan dan perhatikan privacy klien 4. Anjuran untuk BAK sebelum prosedur 5. Tanyakan area abdomen yang nyeri	2			
C.	PELAKSANAAN Inspeksi Bentuk, kontur permukaan perut, retraksi, skar, distensi, penonjolan dan adanya bayangan vena Auskultasi 1. Letakkan diafragma stetoskop disetiap 4 kuadran dan dengarkan selama 1 menit 2. Letakkan bell stetoskop di atas aorta, arteri renal dan iliaka dan dengarkan suara arteri/ bruit Perkusi 1. Perkusi mulai kuadran kanan atas kemudian searah jarum jam 2. Perkusi pada area timpani dan redup 3. Perkusi pada area sudut kostovertebra Palpasi 1. Lakukan palpasi ringan dan perhatikan ekspresi wajah klien 2. Lakukan palpasi dalam disemua area empat kuadran dan area yang sensitive/ nyeri dilakukan terakhir 3. Lakukan palpasi hepar, lien, ginjal dan kandung kemih	5			
D.	EVALUASI 1. Bandingkan data hasil pemeriksaan dengan data yang seharusnya	0,5			

E.	DOKUMENTASI 1. Catat setiap data hasil pemeriksaan dan hindari kata tidak ada kelainan dan normal 2. Perjelas setiap data yang ditemukan menyimpang dari data seharusnya	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....

.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pemeriksaan Fisik Muskuloskeletal**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji riwayat kesehatan, faktor risiko dan setiap tanda gejala penyakit sistem muskuloskeletal	1			
B	DIAGNOSA 1. Gangguan gambaran diri 2. Gambaran mobilitas fisik 3. Nyeri	0,5			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Alat tulis Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan prosedur yang dilakukan kepada klien 2. Beri posisi yang nyaman 3. Siapkan lingkungan dan perhatikan privacy klien	2			
C.	PELAKSANAAN Inspeksi, Palpasi dan Perkusi 1. Inspeksi cara berdiri dan postur 2. Amati ukuran otot dan palpasi nyeri otot 3. Amati area persendian dan palpasi nyeri sendi 4. Amati struktur tulang dan palpasi nyeri tulang 5. Uji kekuatan otot 6. Uji rentang gerak persendian (ROM)	5			
D.	EVALUASI 1. Bandingkan data hasil pemeriksaan dengan data yang seharusnya	0,5			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat setiap data hasil pemeriksaan dan hindari kata tidak ada kelainan dan normal 2. Perjelas setiap data yang ditemukan menyimpang dari data yang seharusnya	1			
TOTAL NILAI		10			

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

Jenis Keterampilan : **Pemeriksaan Fisik Neurologi**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji riwayat kesehatan, faktor risiko dan setiap tanda dan gejala penyakit sistem neurologik seperti cidera kepala, pembedahan persarafan, pingsan dan stroke. 2. Kaji riwayat perubahan sensasi pendengaran, penglihatan, penghiduan, pengecap dan perabaan. 3. Kaji riwayat penyimpangan status mental	1			
B	DIAGNOSA 1. Perubahan proses berpikir 2. Risiko injury/ perlukaan 3. Gangguan mobilitas fisik 4. Resiko gangguan integritas kulit	0,5			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat 1. Alat tulis 2. Refles hammer 3. Kapas/ tissue 4. Wadah berisi gula, garam, kopi atau pewangian Persiapan klien dan lingkungan 1. Jelaskan prosedur yang dilakukan kepada klien 2. Beri posisi yang nyaman 3. Siapkan lingkungan dan perhatikan privacy klien	2			
C.	PELAKSANAAN 1. Kaji kesadaran klien secara kualitatif dan kuantitatif (menggunakan Glasglow Coma Scale) 2. Kaji mentasi (perhatian/ atensi, kemampuan mengingat, perasaan/ afektif, kemampuan berpikir dan persepsi spasial) 3. Kaji fungsi saraf kranial (I-XII) 4. Kaji reflex fisiologis dan patologis	5			
D.	EVALUASI 1. Bandingkan data hasil pemeriksaan dengan data yang seharusnya	0,5			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat setiap data hasil pemeriksaan dan hindari kata tidak ada kelainan atau normal 2. Perjelas setiap data yang ditemukan menyimpang dari data yang sebenarnya 3. Catat semua perubahan tingkat kesadaran, perilaku lebih detail 4. Lapor semua perubahan status mental ke dokter	1			

TOTAL NILAI	10	
--------------------	-----------	--

Rekomendasi Pembimbing:

.....
.....

Nilai Rata-rata:

Jakarta,
Pembimbing,

(.....)

Jenis Keterampilan : **Pemeriksaan Fisik Genetalia-Anus**

Lahan Praktek :

Tanggal :

NO	KOMPONEN	BOBOT	NILAI	BOBOT X NILAI	KETERANGAN
A.	PENGKAJIAN 1. Kaji riwayat kesehatan, faktor risiko dan setiap tanda gejala penyakit sistem reproduksi 2. Kaji riwayat dan perilaku seksualitas 3. Kaji riwayat reproduksi 4. Kaji masalah eliminasi (hemoroid, melen, dan nyeri pada rektal)	1			
B	DIAGNOSA 1. Gangguan integritas kulit 2. Kurang pengetahuan 3. Risiko infeksi 4. Ketidakmampuan seksual 5. Perubahan pola seksualitas	0,5			
C.	PERENCANAAN Persiapan alat : 1. Sarung tangan 2. Lampu Persiapan klien : 1. Jelaskan prosedur yang dilakukan kepada klien 2. Beri posisi yang nyaman 3. Siapkan lingkungan dan perhatikan privacy klien	2			
C.	PELAKSANAAN Wanita 1. Anjurkan BAK 2. Beri posisi Litotomi/ dorsal recumbent 3. Amati rambut pubis (distribusi dan jumlah) 4. Amati kulit dan area pubis (lesi, eritema, fisura, eksoriasi) 5. Buka labia mayora dan amati bagian dalam labia mayora, minora, klitoris dan meatus uretra 6. Amati area inguinal 7. Amati area rectal dan anjurkan klien mengedan Pria 1. Anjurkan BAK 2. Beri posisi supine 3. Amati rambut pubis (distribusi dan jumlah) 4. Amati penis (kulit, ukuran, lubang uretra dan gland panis) 5. Amati skrotum (kemerahan, bengkak, ulkus dan nodul) 6. Palpasi penis, skrotum dan testis 7. Amati area inguinal	5			

	8. Amati area rektal dan anjurkan klien mendedan				
D.	EVALUASI 1. Bandingkan data hasil pemeriksaan dengan data yang seharusnya	0,5			
E.	DOKUMENTASI 1. Catat setiap data hasil pemeriksaan dan hindari kata tidak ada kelainan, normal 2. Perjelas setiap data yang ditemukan menyimpang dari data yang seharusnya	1			
TOTAL NILAI		10			

DAFTAR PUSTAKA

- Perry, A dan Potter, P (2000). *Nursing Interventions dan Clinical Skills*. Second edition. St. Louis : Mosby, Inc.
- Smith, S dan Martin, B (2000). *Clinical Nursing Skills : Basic to Advanced Skills*. Fifth edition. New Jersey : Prentice-Hall, Inc
- Black, J.M dan Hawk, H. (2005). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Postive Outcomes*. 7th Edition. St. Louis : Elsevier Inc
- Smeltzer, S dan Bare, B. (2004). *Brunner dan Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing*. 10th Edition. Philadelphia : Lippincott
- Lewis, S.M. (2000). *Medical Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems*. 5th Edition. St. Louis : Mosby's Inc
- Thompson dan McFarland (2002). *Mosby's Clinical Nursing*. Fifth edition. St. Louis : Mosby, Inc.
- Mills, E dan Kowalak, J (2004). *Nursing Procedures*. Fourth edition. Philadelphia : Lippincott
- Ignatavicius, D dan Bayne, V.M (1991). *Medical Surgical Nursing : Nursing Process Approach*. Philadelphia : WB. Saunders Company.
- Dewitt, S (2001). *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. Philadelphia : WB. Saunders Company.