

Buku Pedoman Kerja Mahasiswa
KETERAMPILAN DASAR PROFESI
(Panduan Praktik Klinik Keperawatan Dasar)



Universitas Muhammadiyah Jakarta
Fakultas Kedokteran dan Kesehatan
Program Studi Ilmu Keperawatan
2011-2012

Buku Pedoman Kerja Mahasiswa
KETERAMPILAN DASAR PROFESI
(Panduan Praktik Klinik Keperawatan Dasar)

Penyusun:

1. Anita Apriliawati, Skep, M.Kep, Sp.kep.An
- 2. Syamsul Anwar, SKM, M.Kep, Sp.Kep.Kom**
3. Eni widiastuti, S.Kp, M.Kep
4. Misparsih, SKp, M.Kep
5. Atih Suryati, M.Kes
6. Slametiningsih, Skep, M.Kep, Sp.Kep.J
7. Ninik Yunitri, Skep,M.Kep,Sp.KepJ
8. Giri Widagdo, SKp,MKM
9. Erni Rita, SKp, M.epid
10. Diana Irawati, SKp, M.Kep, Sp.KMB
11. Nyimas Heny P, Skep, M.Kep, Sp.An
12. Irna Nursanti, SKp,M.Kep, Sp.Mat

Nama Mahasiswa	:
NPM	:
Program	:

Universitas Muhammadiyah Jakarta
Fakultas Kedokteran dan Kesehatan
Program Studi Ilmu Keperawatan
2012-2013

MUKADIMAH

"Sesungguhnya dalam penciptaan langit dan bumi dan silih bergantinya malam dan siang terdapat tanda-tanda bagi orang yang berakal".

(QS. Ali Imran (3): 190)

"...Dan tolong menolonglah kamu dalam kebajikan dan takwa, dan jangan tolong menolong dalam perbuatan dosa dan pelanggaran..."

(QS. Al Maidah (5): 2)

"Orang yang beriman hati mereka tentram dengan mengingat Allah. Ingatlah hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram".

(QS. Ar-Ra'd (13): 28)

"...Ya Tuhanku, tambahkanlah kepadaku ilmu pengetahuan."

(QS. Thaahaa (20): 114)

"Amat besar kebencian disisi Allah jika kamu mengatakan apa-apa yang tiada kamu kerjakan."

(QS. Ash-Shaff (61): 3)

"...Kami tiada membebani seseorang melainkan menurut kesanggupannya..."

(QS. Al Mu'minuun (23): 62)

KATA PENGANTAR

Program profesi merupakan bagian terintegrasi dalam pendidikan Ners yang diselenggarakan setelah program akademik untuk menciptakan lulusan ners profesional. Agar mampu mengikuti program profesi ini dengan baik mahasiswa perlu menguasai pengalaman keterampilan klinik keperawatan dasar. Program keterampilan dasar profesi (KDP) merupakan sebuah program yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Program KDP akan diselenggarakan selama 8 minggu untuk program A sebelum mahasiswa masuk praktek profesi.

Buku pedoman kerja mahasiswa Keterampilan dasar profesi (KDP) ini disusun untuk membantu mahasiswa dalam mencapai kemampuan keterampilan klinik keperawatan dasar yang sesuai dengan kompetensi perawat profesional. Kemampuan klinik keperawatan dasar ini perlu dimiliki mahasiswa dalam memenuhi kebutuhan dasar klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Seluruh keterampilan klinik keperawatan dasar dalam buku ini diharapkan dapat dicapai setiap mahasiswa secara mandiri sepanjang praktik kliniknya. Pencapaian ini ditandai dengan lengkapnya seluruh prosedur ditandatangani (mendapat persetujuan) pembimbing klinik. Mahasiswa boleh melakukan prosedur secara mandiri bila sebelumnya telah melakukan observasi prosedur yang dilakukan oleh perawat lain (atau temannya) dan telah melakukan prosedur tersebut secara dibantu/disupervisi oleh pembimbing atau perawat ruangan yang ditunjuk. Mahasiswa diharapkan melakukan keseluruhan prosedur secara mandiri minimal tiga kali tiap prosedur sepanjang praktik kliniknya.

Buku ini sekaligus merupakan bukti pencapaian kemampuan mahasiswa. Oleh karena itu pembimbing diharapkan sangat cermat dalam memberikan penilaian. Bila buku ini hilang, mahasiswa diharapkan memenuhi kembali pencapaian target prosedur yang telah dicapainya sehingga bukti pencapaian kemampuan mahasiswa menjadi lengkap.

Kami menyadari buku ini memiliki banyak kekurangan, oleh karenanya saran dan masukan dari berbagai pihak sangat kami harapkan.

Penyusun.

DAFTAR ISI

MUKADIMAH	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
DAFTAR LAMPIRAN	5
BAB I PENDAHULUAN	6
BAB II TUJUAN PEMBELAJARAN	7
BAB III PROSES PEMBELAJARAN DI LAHAN PRAKTEK	8
BAB IV PROSES BIMBINGAN, TATA TERTIB, DAN LAHAN PRAKTEK	11
BAB V EVALUASI	14
DAFTAR ACUAN	15
LAMPIRAN	16
REKAPITULASI PENCAPAIAN TARGET	29
LAMPIRAN PROSEDUR KETERMPILAN KLINIK KEPERAWATAN DASAR	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Ruang Praktik dan Pembimbing

Lampiran 2 Laporan Pendahuluan

Lampiran 3 Laporan ADL

Lampiran 4 Analisa Sintesa Tindakan Keperawatan

Lampiran 5 Asuhan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Lampiran 6 Rekapitulasi Target Pencapaian Mahasiswa

Lampiran 7 Prosedur Keperawatan Dasar (Performance checklist)

Lampiran 8 Format Evaluasi Proses

Lampiran 9 Format Evaluasi Akhir

Lampiran 10 Kelompok dan Jadwal Dinas

BAB I PENDAHULUAN

Informasi Umum Program Keterampilan Dasar Profesi

Program KDP (Keterampilan dasar profesi) merupakan program yang disiapkan bagi mahasiswa sebelum masuk profesi tahap I sebagai dasar dalam melakukan praktik asuhan keperawatan klinik pada mata ajar selanjutnya. Program ini berfokus pada pengintegrasian seluruh teori dan praktikum laboratorium yang telah didapat oleh mahasiswa selama perkuliahan di program akademik terutama mata ajar KDM I, II, dan III secara langsung di tatanan pelayanan kesehatan dalam hal ini Rumah sakit. Mahasiswa akan mengikuti program KDP ini selama 4 minggu untuk program A.

Selama proses KDP mahasiswa diharapkan mampu menguasai seluruh keterampilan dasar terutama yang tercantum dalam buku ini untuk memenuhi kebutuhan dasar klien. Mahasiswa juga diharapkan mampu melakukan *basic nursing skill* (keterampilan klinik dasar keperawatan) dengan pendekatan asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan sesuai teori yang telah dipelajari sebagai dasar atas setiap tindakan yang dilakukan dengan memperhatikan aspek perilaku Islami disetiap tindakannya.

Mahasiswa diharapkan memenuhi seluruh target yang ditetapkan. Apabila mahasiswa tidak dapat memenuhi pencapaian target selama masa KDP, maka pemenuhan target dapat dilengkapi pada mata ajar profesi berikutnya. Mahasiswa dinyatakan lulus KDP bila telah memenuhi seluruh target dengan predikat memuaskan. Pada minggu ke empat praktek mahasiswa akan dievaluasi melalui ujian praktik langsung pada klien meliputi seluruh aspek proses keperawatan.

Program KDP ini memiliki alokasi waktu empat (4) minggu untuk program A. Rumah Sakit yang digunakan untuk praktik adalah Rumah Sakit Islam Jakarta Pusat di ruangan rawat inap dan rawat jalan. Untuk ruangan rawat inap akan digunakan diantaranya, yaitu ruangan: Matahari Dua, Marwah Bawah, Marwah Atas, Shafa-shafa, Arafah Atas dan Zam-Zam. Untuk Ruang rawat jalan mahasiswa akan menggunakan ruang fisioterapi dan diagnostik. Selama praktik mahasiswa dibagi kedalam kelompok berdasarkan shift @ 4-5 orang tiap shift.

BAB II

TUJUAN PEMBELAJARAN

TUJUAN PROGRAM:

Setelah mengikuti program ini mahasiswa diharapkan memiliki kemampuan melakukan keterampilan klinik dasar sesuai dengan standard profesi dan prinsip etik profesi keperawatan diintegrasikan dengan ajaran Islam sehingga kemampuan ini dapat diterapkan pada mata ajar profesi selanjutnya.

TUJUAN INTRUKSIONAL UMUM:

Mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan Islami dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan bila merawat klien dengan gangguan kebutuhan dasar.

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS:

1. Mengintegrasikan prinsip Islam dalam memberikan asuhan keperawatan
2. Membina hubungan terapeutik
3. Melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan dasar

Setelah mengikuti program ini mahasiswa diharapkan memiliki kemampuan profesional dalam kemampuan tindakan:

1. Aplikasi perilaku Islami dalam setiap tindakan
2. Pemeriksaan tanda vital
3. Pemeriksaan fisik dasar
4. Pemeriksaan diagnostic EKG
5. Pengambilan darah vena
6. *Universal precaution* (cuci tangan, sarung tangan, alat pelindung diri)
7. Mengganti alat tenun
8. Perawatan kebersihan diri
9. Perawatan luka sederhana
10. Latihan nafas dalam dan batuk efektif
11. Fisioterapi dada
12. Pemberian Oksigen
13. *Suctioning*
14. Pemberian makan peroral
15. Pemberian makan melalui NGT
16. Pemsangan dan pelepasan NGT
17. Pengukuran intake dan output
18. Kanulasi intravena
19. Kateterisasi
20. Enema
21. Latihan ROM (*Range of Motion*)
22. Medikasi
23. Komunikasi terapeutik
24. Pentalaksanaan proses kehilangan
25. Perawatan menjelang ajal
26. Perawatan jenazah
27. Perencanaan pulang (*discharge planning*)

BAB III PROSES PEMBELAJARAN DI LAHAN PRAKTEK

A. Proses pembelajaran disetiap unit

Proses pembelajaran selama proses KDP terbagi dalam 4 fase yaitu pra interaksi, introduksi/orientasi, kerja, dan terminasi dengan rincian sebagai berikut:

Tahapan & Waktu	Kegiatan Pembimbing Klinik	Kegiatan Mahasiswa
Pra Interaksi Seminggu sebelum praktikum klinik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menginformasikan hal-hal yang terkait dengan praktik klinik, seperti: kegiatan, tata tertib, dsb ▪ Menjelaskan buku target/ panduan praktik klinik keperawatan dasar ▪ Memfasilitasi review keterampilan dasar di laboratorium (optional) ▪ Menginformasikan kasus klien yang akan dirawat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simulasi kegiatan praktikum klinik ▪ Menerima dan memahami buku target ▪ Melatih kembali kemampun keterampilan dasar di laboratorium (optional) ▪ Membuat dan memahami laporan pendahuluan
Introduksi/ Orientasi Hari pertama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mendampingi mahasiswa untuk memperkenalkan diri sambil orientasi ruangan dan klien ▪ Membuat kontrak kegiatan (fokus diskusi tiap hari, kegiatan harian, dll) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperkenalkan diri, orientasi ruangan dan klien ▪ Membuat dan menyepakati kontrak kegiatan
Kerja Setiap hari	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pre conference</i>: Kesiapan mahasiswa (laporan pendahuluan, pemahaman kasus yang akan dihadapi terkait dengan KDM) • <i>Bedside teaching</i>: Prosedur dan proses keperawatan • Kegiatan <i>perceptorship</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktif menjawab pertanyaan, ikut operan ruangan, baca laporan ruangan, membuat daftar aktifitas harian ▪ Mengobservasi kegiatan yang diajarkan dengan sebaik-baiknya. Dan membuat analisa sintesa ▪ Mengikuti kegiatan perawat yang menjadi perceptor dan Mencapai target melakukan prosedur dengan dibimbing dan mandiri

<p>Kerja (lanjutan)</p> <p>Setiap hari</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisi harian ▪ Supervisi prosedur ▪ Menguji praktek mahasiswa ▪ <i>Post conference</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan praktik asuhan keperawatan, dan membuat laporan harian sesuai kontrak ▪ Melakukan prosedur secara mandiri ▪ Ujian ▪ Evaluasi diri & merencanakan kegiatan selanjutnya
<p>Terminasi</p> <p>Hari terakhir</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memandu mahasiswa terminasi dengan klien dan ruangan ▪ Evaluasi dan penilaian 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminasi dengan klien dan ruangan ▪ Mengumpulkan laporan, makalah, dan buku target

B. Target Pencapaian keterampilan klinik

Target pencapaian keterampilan klinik:

1. Ruang rawat inap umum dewasa (Matahari dua, Marwah bawah, Marwah atas, Arafah Atas, Shafa-Shafa dan Zam-Zam):
Target yang harus dicapai adalah pembuatan kasus kelolaan dalam bentuk asuhan keperawatan lengkap 2 klien selama praktek, dan seluruh keterampilan klinik yang tercantum pada lampiran.
2. Ruang rawat jalan Fisioterapi
Target yang harus dicapai adalah Pengkajian fisik (kekuatan otot), latihan ROM, latihan ambulasi, fisioterapi dada, suction.
3. Ruang rawat jalan Diagnostik
Target yang harus dicapai adalah pemeriksaan diagnostik EKG.

C. Pedoman Penugasan

1. Sebelum praktik di RS mahasiswa diharuskan membuat Laporan pendahuluan (LP) tentang kebutuhan dasar sekaligus memahaminya sesuai dengan contoh lampiran. LP dibuat setiap 2 hari sekali untuk memberi kesempatan pada hari berikutnya untuk intervensi dan memikirkan LP berikutnya. Setiap mahasiswa dalam satu kelompok tidak boleh membuat LP yang sama pada hari yang sama.
2. Awal dinas mahasiswa mengikuti *pre conference* bersama pembimbing, untuk melihat kesiapan mahasiswa untuk praktik.
3. Mahasiswa melakukan praktik dalam bimbingan CI Rumah sakit dan *perceptor* yang telah ditunjuk oleh CI tersebut. Praktik yang dilakukan oleh mahasiswa adalah melakukan asuhan keperawatan terhadap klien sesuai dengan LP yang dibuat dengan pendekatan asuhan keperawatan (Pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi) dan pendekatan prosedur keterampilan sesuai target mulai dari observasi, dibimbing, dan mandiri.

4. Mahasiswa membuat analisa sintesa untuk setiap tindakan prosedur keperawatan yang diobservasi sesuai dengan contoh pada lampiran. Setiap prosedur hanya satu analisa sintesa dan dilaksanakan setiap 1 hari 1 analisa.
5. Setiap hari mahasiswa diharuskan untuk membuat laporan ADL (contoh terlampir). Dan di tanda tangani/paraf oleh pembimbing CI lahan.
6. Setiap akhir dinas mahasiswa mengikuti *post conference* untuk mendiskusikan proses pembelajaran pada hari tersebut, dan meminta tanda-tangan pembimbing untuk setiap target yang telah tercapai, LP, ADL, performance checklist, dan analisa sintesa yang telah dibuat.
7. Setiap praktik hari terakhir sebelum pindah ruangan mahasiswa diwajibkan meminta penilaian kepada pembimbing di ruangan tersebut sesuai format yang ada pada buku ini.
8. Selama proses KDP setiap mahasiswa diharuskan membuat 2 laporan asuhan lengkap minimal dengan 3 hari catatan perkembangan untuk 2 orang klien selama dinas di ruang rawat umum dewasa, dan tidak boleh sama dengan teman di satu ruangan tersebut. (contoh pembuatan laporan terlampir).
9. Pada Mahasiswa selama praktek akan melakukan supervise KDP berupa aplikasi proses keperawatan dari kasus kelolaan dengan orientasi gangguan kebutuhan dasar manusia waktunya ditentukan oleh pembimbing klinik Insitusi.
10. Mahasiswa diwajibkan mengumpulkan buku target dan buku laporan maksimal 1 minggu setelah proses KDP berakhir dengan lengkap. Keterlambatan 1 hari berarti pengurangan nilai 3 point.

BAB IV

PROSES BIMBINGAN, SUPERVISI, TATA TERTIB, DAN LAHAN PRAKTIK

PROSES PEMBIMBINGAN

Selama proses KDP, mahasiswa akan dibimbing oleh *clinical instructor* dari rumah sakit (Pembimbing klinik) dan supervisi oleh staf dosen dari jurusan PSIK. Adapun ketentuan proses pembimbingan dan Ujian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Setiap pembimbing klinik dari rumah sakit maupun pendidikan bertanggung jawab untuk satu ruangan.
2. Pembimbing klinik dari rumah sakit wajib membimbing mahasiswa setiap hari pada pagi hari. Apabila pembimbing rumah sakit terkena shift dinas diharapkan tetap melakukan pembimbingan pada mahasiswa bimbingannya.
3. Pembimbing klinik bertugas untuk: memberikan *bedside teaching* dan memfasilitasi mahasiswa untuk mencapai target tindakan; pre dan post conference dengan mahasiswa setiap hari; supervisi prosedur dan penilaian.
4. Pola pembimbingan yang diterapkan adalah *perceptorship* yaitu, setiap satu mahasiswa didampingi dengan satu perawat yang telah ditunjuk oleh pembimbing klinik rumah sakit untuk mengikuti pelayanan keperawatan yang dilakukan perawat tersebut sekaligus melakukan tindakan asuhan secara observasi dan dibimbing.
5. Pembimbing klinik rumah sakit berhak untuk menegur mahasiswa yang tidak mematuhi tata tertib dan memberikan sanksi yang sesuai.
6. Setiap pembimbing melakukan komunikasi melalui buku komunikasi tentang kondisi mahasiswa bimbingannya.

Supervisi

1. Setiap mahasiswa akan mengikuti supervisi program KDP di ruang rawat inap sesuai tempatnya praktek pada minggu 3 - 4 praktek.
2. Materi/klien yang akan menjadi bahan supervisi diundi pada hari H, dan mahasiswa melakukan perawatan berdasarkan kasus kelolaan dalam proses keperawatan dengan orientasi kebutuhan dasar manusia meliputi Pengkajian, Perencanaan (Tujuan/Kriteria hasil, Intervensi, Rasional), Implementasi, Evaluasi (pada akhir intervensi dan akhir dinas)
3. Mahasiswa akan disupervisi oleh pembimbing institusi, aspek penilaian supervisi meliputi aspek dokumentasi, analisa, dan keterampilan tindakan keperawatan dasar.

4. Mahasiswa diwajibkan mempersiapkan sendiri alat-alat yang dibutuhkan untuk supervisi, dengan meminjam pada petugas laboratorium institusi sesuai prosedur administratif yang ada. Mahasiswa bertanggung jawab atas kerusakan atau kehilangan alat yang dipinjamnya dengan mengganti alat tersebut dalam jenis dan jumlah yang sama.

TATA TERTIB

1. Mahasiswa wajib hadir praktik 100%. Bila tidak hadir, mahasiswa wajib mengganti hari ketidakhadirannya dengan persetujuan pembimbing.
2. Waktu praktik mahasiswa adalah dibagi dalam 2 shift (07.00-14.00, 13.00-20.00). Mahasiswa diharapkan telah hadir 15 menit sebelum jam praktik lengkap dengan seragam, atribut, dan **Nursing Kit** (stetoskop, pinset, gunting, klem, thermometer, *pen light*, meteran, reflek *hammer*, dan sarung tangan, masker).
3. Keterlambatan kehadiran setiap praktik paling lambat 15 menit. Jika melewati waktu tersebut maka dianggap tidak hadir atau harus dengan persetujuan pembimbing.
4. Mahasiswa **wajib membawa buku target** / BPKM KDP dan berusaha memenuhi target klinik. Bila buku tidak dibawa, mahasiswa **tidak diperkenankan** mengikuti praktik klinik.
5. Mahasiswa wajib menyelesaikan:
 - o Laporan pendahuluan, berdasarkan kebutuhan sesuai contoh sebelum mulai praktikum.
 - o Laporan ADL, setiap hari praktik.
 - o Pengisian buku target dimulai dengan mengisi tanggal kegiatan observasi, kegiatan dibimbing, dan bila keduanya telah terpenuhi baru mengisi tindakan mandiri, kemudian meminta tanda tangan pembimbing.
 - o Pembuatan analisa sintesa tindakan keperawatan, untuk setiap prosedur yang diobservasi (tidak perlu dilakukan dua kali untuk keterampilan yang sama)
 - o Asuhan keperawatan lengkap dengan minimal tiga hari catatan perkembangan, untuk dua klien kelolaan selama praktik.
6. Demi terwujudnya praktik klinik profesional sesuai teori mahasiswa diperkenankan untuk meminjam alat-alat laboratorium selama praktik KDP dengan memenuhi peraturan administrasi peminjaman yang telah ditetapkan oleh institusi PSIK – FKK UMJ.
7. Dalam melakukan tindakan klinik dasar mahasiswa harus memperhatikan:
 - Etika Islam dan keperawatan
 - Respon klien
 - Tindakan awal dan akhir

*** Kebutuhan dasar manusia berdasarkan Henderson:**

1. Bernafas normal
2. Makan dan minum cukup
3. Eliminasi
4. Bergerak dan mempertahankan sikap yang dibutuhkan (bergerak, duduk, berbaring).
5. Tidur dan istirahat
6. Memilih, menentukan, dan mengganti pakaian
7. Mempertahankan suhu tubuh normal dengan cara menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan.
8. Mempertahankan kebersihan tubuh, penampilan yang baik, serta melindungi kulit
9. Menghindari bahaya lingkungan dan menghindari melukai orang lain
10. Berkomunikasi dengan orang lain untuk mengekspresikan kebutuhan, perasaan
11. Membantu melaksanakan ibadah sesuai dengan kepercayaan
12. Melakukun pekerjaan yang dapat memberikan kepuasan
13. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi
14. Belajar menemukan sesuatu yang baru atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarahkan perkembangan dan kesehatan yang normal

Tindakan awal

1. Baca Basmallah dan Do'a
 2. Periksa kembali *medical record* yang terkait dengan prosedur
 3. Siapkan diri perawat/ mahasiswa:
 - Kuasai konsep yang terkait dengan prosedur meliputi alasan tindakan (rasional), tujuan, langkah-langkah, dan rasional setiap langkah
 - Cuci tangan
 - Jaga keselamatan dan keamanan perawat (terhadap bahaya fisik dan infeksi) saat melakukan tindakan
- Siapkan alat yang dibutuhkan dalam prosedur dan dekatkan ke klien
- Siapkan klien
- Berikan salam terapeutik
 - Validasi perlunya prosedur
 - Lakukan kontrak: waktu, aktifitas, langkah-langkah prosedur, dll
 - Dukung privasi klien dan beri klien posisi yang nyaman

Tindakan akhir

1. Rapikan alat dan klien
2. Cuci tangan
3. Evaluasi respon akhir klien
4. Dokumentasikan hasil tindakan
5. Terminasi dan kontrak tindak lanjut prosedur
6. Baca Hamdallah

8. Selama praktik mahasiswa harus memelihara alat-alat praktik baik milik klien, Rumah sakit, maupun dari PSIK-UMJ. Jika ada kerusakan yang disebabkan oleh kelalaian mahasiswa wajib mengganti kerusakan tersebut.

LAHAN PRAKTIK

Lahan praktik yang digunakan untuk proses KDP adalah Rumah Sakit Islam Jakarta Pusat meliputi ruangan Matahari dua, Marwah bawah, Marwah atas, Shafa-shafa, Arafah Atas, Fisioterapi, dan Diagnostik.

TIME SCHEDULE PRAKTEK

Minggu ke	Target
1	Orientasi LP : 2 buah ADL : 5 hari Analisa Kesenjangan : 1 hari satu tindakan Performance checklist/target tindakan: Keterampilan no 1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,14,15,20,23,28,29,30,31
2	LP : 2 buah ADL : 5 hari Analisa Kesenjangan : 1 hari satu tindakan Performance checklist/target tindakan: Keterampilan nomor 3,4,5,10,11,12,14,15,16,17,18,19,21,22,24, 25,26,27,28,32,33 Askep Kelolaan 1 kelolaan minimal 3 hari perawatan
3	Minggu Supervisi LP : 1 buah ADL: 5 hari Analisa Kesenjangan: 1 hari satu tindakan Performance checklist/target tindakan: Keterampilan nomor 3,4,5,10,11,12,14,15,16,17,18,19,21, 22, 24, 25,26,27,28,32,33
4	Minggu Her dan penyelesaian target LP: 2 buah ADL: 5 hari Analisa Kesenjangan: satu hari satu tindakan Performance checklist/target tindakan: Seluruh keterampilan ASKEP lengkap: 1 klien kelolaan minimal 3 hari perawatan

Keterangan:

1. Nomor keterampilan dapat dilihat pada rekapitulasi target
2. Target tindakan dapat dilakukan secara fleksibel sesuai kondisi ruangan
3. Pengambilan kasus boleh dilakukan sebelum minggu ke empat

BAB V EVALUASI

INSTRUMEN DAN BOBOT EVALUASI

Instrumen evaluasi yang digunakan pada proses KDP adalah:

- | | |
|---------------------------------------|-------|
| 1. Kedisiplinan (ketepatan waktu) | :10% |
| 2. Kehadiran (presensi) dan Kinerja | :10% |
| 3. LP | : 10% |
| 4. Laporan ADL dan analisa sintesa | : 15% |
| 5. Pencapaian target | : 20% |
| 6. Laporan asuhan keperawatan lengkap | : 15% |
| 7. Supervisi | : 20% |

PENGEVALUASI

Proses evaluasi dan penilaian dilakukan oleh CI/ pembimbing klinik dari RS dan Pembimbing dari institusi pendidikan PSIK. Khusus penilaian ujian dilakukan oleh dosen yang telah memenuhi kriteria Jabatan akademik minimal asisten ahli.

PENILAIAN PENCAPAIAN TARGET (PROSEDUR)

1. Mahasiswa dapat **dinilai** bila **telah** melakukan prosedur keperawatan secara mandiri **sesuai target**.
2. Pastikan mahasiswa telah melengkapi diagnosa keperawatan sebelum memulai prosedur (khusus tindakan yang berhubungan langsung dengan klien)
3. Penilaian dilakukan bersama oleh teman yang mengobservasi (*peer group*) dan pembimbing klinik yang mensupervisi
4. Tuliskan kesimpulan hasil keseluruhan prosedur dengan pernyataan lulus atau tidak lulus. Bila lulus berikan juga tanda tangan pembimbing klinik di lembar rekapitulasi target pencapaian mahasiswa serta berikan tanggapan dalam kolom komentar
5. Langkah prosedur yang diberi tanda bintang (*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan mahasiswa
6. Setiap prosedur meliputi pula penilaian terhadap tindakan awal dan tindakan akhir

KRITERIA KELULUSAN

Mahasiswa dinyatakan lulus jika:

1. Memenuhi kehadiran 100%.
2. Mendapat nilai minimal 70 untuk seluruh aspek evaluasi.
3. Mematuhi semua tata tertib yang ada.

DAFTAR ACUAN

Kozier, Erb, Oliveri. 2004. *Fundamental of nursing*, California: Addison-Wesley Publishing Company.

Craven, Hirnle. 2000. *Fundamentals of nursing (Human health and function)*, Philadelphia: Lippincott.

Carpenito, LJ. 1995. *Buku saku diagnosa keperawatan*, Jakarta: EGC

Dewit, Susan. 2001. *Student learning guide for fundamental concepts and skills for nursing*, Philadelphia: WB. Saunders company.

Johnson, Marion. 2000. *Nursing outcomes classification (NOC)*, St. Louis: Mosby year book.

McCloskey, Joanne. 1996. *Nursing interventions classification (NIC)*, St. Louis: Mosby year book.

Priharja, Robert. 2000. *Teknik dasar pemberian obat*, Jakarta: EGC

Steven. 2000. *Ilmu Keperawatan 1 &2*, Jakarta: EGC

Perry, dan Potter. 2000. *Buku saku keterampilan dan prosedur dasar*, Jakarta: EGC

Lampiran 1

RUANGAN PRAKTIK DAN PEMBIMBING

NAMA RUANGAN	PEMBIMBING
Matahari Dua	Ns. Nana Supriatna, S.Kep CI Ruang (Ns. Triswandi, S.Kep)
Marwah Bawah	Ns. Slametiningih, Skep CI Ruang (Sri Mulati, S.Kp)
Marwah Atas	Ns. Yani Sofiani, M.Kep, Sp. KMB CI Ruang (Ns. Sri Rahayu, S.Kep)
Shafa-Shafa	Syamsul Anwar, M.Kep, Sp. Kom CI Ruang (Ns. Tri, S.Kep)
Arfah Atas	Ns. Nini Yunitri, S.Kep CI Ruang (Ns. Neneng K, S.Kep)
Zam-Zam	Ns. Nyimas Heni P, S.Kep, M.Kep CI Ruang (.....)
Fisioterapi RSIJ Pusat	Sutarmin, S.Si
Diagnostik RSIJ Pusat	Nurul Hikmah, Amd

LAPORAN PENDAHULUAN

- I. **Konsep Kebutuhan**
 - 1.1 Definisi/deskripsi kebutuhan.....
 - 1.2 Fisiologi sistem/ Fungsi normal sistem.....
 - 1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi sistem.....
 - 1.4 Macam-macam gangguan yang mungkin terjadi pada sistem.....

- II. **Rencana asuhan klien dengan gangguan kebutuhan**
 - 2.1 Pengkajian
 - 2.1.1 Riwayat keperawatan
 - 2.1.2 Pemeriksaan fisik: data fokus
 - 2.1.3 Pemeriksaan penunjang

 - 2.2 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul
(Minimal 2 diagnosa keperawatan yang sering muncul, penjelasan berdasarkan buku saku diagnosa keperawatan)
Diagnosa 1:
 - 2.2.1 Definisi
 - 2.2.2 Batasan karakteristik
 - 2.2.3 Faktor yang berhubunganDiagnosa 2:
 - 2.2.4 Definisi
 - 2.2.5 Batasan karakteristik
 - 2.2.6 Faktor yang berhubungan

 - 2.3 Perencanaan
(Berdasarkan dua diagnosa pada 2.2)
Diagnosa 1:
 - 2.3.1 Tujuan dan Kriteria hasil (*outcomes criteria*): berdasarkan NOC (lihat daftar rujukan)
 - 2.3.2 Intervensi keperawatan dan rasional: berdasarkan NIC (lihat daftar rujukan)Diagnosa 2:
 - 2.3.3 Tujuan dan Kriteria hasil (*outcomes criteria*): berdasarkan NOC (lihat daftar rujukan)
 - 2.3.4 Intervensi keperawatan dan rasional: berdasarkan NIC (lihat daftar rujukan)

- III. **Daftar Pustaka**

Jakarta,
Pembimbing

(.....)

LAPORAN ADL

Hari :.....
Tanggal :.....
Ruangan :.....

No	Jam	Kegiatan	Nama Klien	Ttd perawat

Jakarta,
Pembimbing

(.....)

ANALISA SINTESA TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Tindakan keperawatan yang dilakukan:

.....

Nama klien :

Diagnosa medis :

2. Diagnosa keperawatan:

.....

3. Prinsip-prinsip tindakan dan rasional:

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

4. Bahaya-bahaya yang mungkin terjadi akibat tindakan tersebut dan cara pencegahannya:

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

5. Tujuan tindakan tersebut dilakukan:

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

6. Hasil yang dididapat dan maknanya:

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

7. Identifikasi tindakan keperawatan lainnya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah/ diagnosa tersebut. (mandiri dan kolaborasi):

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

Lampiran 5

**PROGRAM STUDY ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**
Jln Cempaka Putih Tengah I/I Jakarta Pusat Telp 021 42802202

Nama Mahasiswa :
NPM :

IDENTITAS KLIEN

Nama Klien :
Umur :
Diagnosa Medis :
Tanggal Pengkajian :

DATA SUBJEKTIF

DATA OBJEKTIF

ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA

R E N C A N A K E P E R A W A T A N

NO DX	TUJUAN & KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	PARAF

CATATAN KEPERAWATAN

HARI TANGGAL	NO DX	TINDAKAN & RESPON	NAMA JELAS PARAF

**CATATAN PERKEMBANGAN
(SOAP)**

HARI TANGGAL	NO DX	TINDAKAN & RESPON	NAMA JELAS PARAF

Lampiran 6

REKAPITULASI TARGET PENCAPAIAN MAHASISWA

Tuliskan tanggal pencapaian target & paraf pembimbing pada kolom observasi, dibimbing, mandiri.

No	Kegiatan	Target	Observasi	Dibimbing	Mandiri	Komentar & Saran
1.	Aplikasi perilaku Islami	Setiap tindakan				
2.	Pemeriksaan tanda vital	6	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
3.	Pemeriksaan fisik dasar	6	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
4.	Pemeriksaan diagnostik EKG	5	1. 2.	1.	1. 2.	
5.	Pengambilan darah vena	6	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
6.	Mencuci tangan	6	1.	1. 2.	1. 2. 3.	
7.	Memakai/melepaskan sarung tangan	6	1.	1. 2.	1. 2. 3.	
8.	Memakai alat pelindung diri	3	1.	1.	1.	
9.	Mengganti alat tenun dengan klien di tempat tidur	6	1.	1. 2.	1. 2. 3.	
10.	Perawatan kebersihan rambut	3	1.	1.	1.	
11.	Memandikan klien di tempat tidur	3	1.	1.	1.	
12.	Perawatan oral klien tidak sadar	3	1.	1.	1.	
13.	Perawatan gigi palsu	2	1.	1.		
14.	Perawatan perineal	4	1.	1.	1. 2.	
15.	Perawatan luka	6	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
16.	Latihan nafas dlm&batukefektif	4	1.	1.	1. 2.	
17.	Postural drainage dan fisioterapi dada	3	1. 2.	1.		
18.	Pemberian terapi oksigen dengan nasal kanul/masker	5	1.	1. 2.	1. 2.	

19.	Suction	4	1. 2.	1.	1.	
20.	Pemberian makan peroral	4	1.	1.	1. 2.	
21.	Pemberian makan NGT	3	1.	1.	1.	
22.	Pemasangan dan pelepasan NGT	3	1.	1.	1.	
23.	Pengukuran intake & output	5	1.	1. 2.	1. 2.	
24.	Kateterisasi intra vena	3	1. 2.	1. 2.	1.	
25.	Kateterisasi	3	1. 2.	1.	1.	
26.	Enema	2	1.	1.	1.	
27.	ROM	5	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
28.	<i>Positioning</i> 1. <i>supine</i> 2. <i>prone</i> 3. <i>sims'</i> 4. <i>lateral</i> 5. <i>dorsal recumbent</i> 6. <i>fowler</i>	6	1. 2. 3. 4. 5. 6.	1. 2. 3. 4. 5. 6.	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
29.	Pemberiaan obat A. Intramuskular B. Intradermal C. Subcutan D. Intravena	@3	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
30.	Komunikasi terapeutik	6	1.	1. 2.	1. 2. 3.	
31.	Penatalaksanaan kehilangan	3	1.	1.	1.	
32.	Perawatan menjelang ajal	3	1.	1.	1.	
33.	Perawatan jenazah	3	1.	1.	1.	
	Perencanaan pulang/ penkes	2	1.	1.	1.	

LAMPIRAN PROSEDUR KETERAMPILAN KLINIK DASAR



1. APLIKASI PERILAKU ISLAMI

BATASAN

Mengaplikasikan perilaku Islami dalam setiap asuhan dan tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien.

TUJUAN

Mewujudkan praktik keperawatan profesional dan Islami

PRINSIP

Sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan ajaran Islam

ALAT

-

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Mengucapkan salam pada awal pertemuan dengan klien						
2.	Memulai pekerjaan dengan Basmalah dan do'a						
3.	Senyum, ramah, dan perhatian selama berinteraksi dengan klien						
4.	Melakukan asuhan keperawatan sesuai standar praktik keperawatan						
5.	Cepat dan tanggap terhadap respon klien						
6.	Berbicara dengan sopan terhadap klien						
7.	Membimbing klien dalam pemenuhan kebutuhn spiritualnya, terutama ibadah						
8.	Menjaga akhlaq Islami selama praktik						
9.	Mengucapkan salam saat mengakhiri pertemuan dengan klien						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

2. PEMERIKSAAN TANDA VITAL

BATASAN

Pemeriksaan tanda vital merupakan bagian dari pemeriksaan fisik kesehatan klien. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan suhu aksila (atau tempat lainnya seperti oral/ anal), nadi, pernafasan, dan tekanan darah.

TUJUAN

Sumber data awal untuk tindakan selanjutnya dan monitoring status kesehatan klien

PRINSIP

Akurat dan sistematis

ALAT

1. Termometer pada tempatnya
2. Jam dengan penunjuk detik
3. *Sphygmomanometer* dan stetoskop
4. Kapas alkohol, tissue, bak instrumen, nampan

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan	Tidak Memuaskan
Pengukuran Suhu			
1.	Lakukan tindakan awal*		
2.	Kaji keadaan aksila klien dan keringkan		
3.	Lakukan kalibrasi termometer*		
4.	Tempatkan termometer pada aksila klien*		
5.	Anjurkan klien menyilangkan tangan di dada		
6.	Baca termometer setelah waktu yang ditentukan*		
7.	Bersihkan termometer yang telah dipakai		
Pengukuran Nadi			
8.	Tentukan titik nadi yang akan dikaji		
9.	Tempatkan tiga jari tengah di atas titik nadi*		
10.	Kaji ritme nadi dan volume nadi 1 menit penuh*		
Pengukuran Pernapasan			
11.	Observasi/Palpasi pergerakan dada klien		
12.	Kaji kedalaman dan ritme respirasi 1 mt penuh*		
Pengukuran Tekanan Darah			
13.	Posisikan klien dalam keadaan duduk/ berbaring		
14.	Luruskan tangan klien sejajar jantung		
15.	Palpasi arteri brachialis		
16.	<i>Tutup kunci pompa manset</i>		
17.	Palpasi arteri radialis, pompa manset sampai arteri radialis tak teraba, naikkan 30 mmHg*		
18.	Letakkan setetoskop pada arteri brachialis		
19.	Buka pompa sambil diturunkan 2-3 mmHg/ detik		
20.	Auskultasi sistole dan diastole (Korotkof 5)*		
21.	Lepaskan manset		
22.	Lakukan tindakan akhir*		

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

3. PEMERIKSAAN FISIK DASAR

BATASAN

Pemeriksaan fisik dasar merupakan suatu kegiatan pemeriksaan dan pengkajian kondisi keadaan umum kesehatan klien

TUJUAN

1. Sumber data pengkajian untuk tindakan keperawatan selanjutnya
2. Monitoring status kesehatan klien

PRINSIP

1. Akurat dan sistematis (dapat dilakukan sesuai sistem tubuh atau dari kepala ke kaki)
2. Bersih

ALAT

1. Formulir pengkajian dan alat tulis
2. Timbangan berat badan dan meteran
3. Termometer pada tempatnya
4. Stetoskop dan *sphygmomanometer*
5. Alat khusus yang diperlukan, seperti garpu tala, kartu Snellen, palu refleksi, *penlight*, otoskop, dll

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	<i>Lakukan tindakan awal*</i>						
2.	Timbang berat badan dan ukur tinggi badan klien*						
3.	Ukur tanda vital klien*						
4.	Lakukan pemeriksaan setiap sistem tubuh * (dapat secara keseluruhan atau hanya satu sistem). Pemeriksaan dilakukan secara berurutan: <ul style="list-style-type: none"> - kepala-leher - kulit-ekstremitas (sistem muskuloskeletal) - dada (sistem pernafasan & kardiovaskuler) - abdomen (sistem pencernaan & perkemihan) 						
5.	Lakukan pemeriksaan penunjang bila diperlukan						
6.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

4. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK: EKG

BATASAN

Elektrokardiogram (EKG) adalah grafik hasil catatan potensial listrik yang dihasilkan oleh denyut jantung (Goldman dalam Widjaya, 1990)

TUJUAN

1. Melengkapi data pemeriksaan fisik
2. Memperoleh gambaran kondisi jantung klien

PRINSIP

Hasil gambaran EKG perlu dibandingkan dengan data lainnya agar lebih akurat

ALAT

1. Mesin EKG, sandapan, dan kertas EKG
2. *Jelly* atau penghantar lainnya
3. *Tissue*
4. Bengkok/ tempat sampah

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	<i>Lakukan tindakan awal*</i>						
2.	Bersihkan area kulit yang akan dipasang sandapan: pergelangan tangan & pergelangan kaki (kanan & kiri)						
3.	Berikan <i>jelly</i> dan pasang elektroda pada area sandapan ekstremitas atas dan bawah*						
4.	Hubungan kabel elektroda EKG dengan tepat						
5.	Bersihkan area sandapan dada klien						
6.	Berikan <i>jelly</i> pada keenam sandapan dada						
7.	Pasang elektroda pada area tersebut*						
8.	Nyalakan mesin EKG						
9.	Rekam jantung klien sesuai kebutuhan*						
10.	Matikan mesin EKG						
11.	Tandai pojok kiri atas kertas EKG dengan nama, usia klien, tanggal, dan jam pemeriksaan serta nama dan paraf pemeriksa						
12.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

5. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK & PENGUMPULAN SPESIMEN: PENGAMBILAN DARAH VENA

BATASAN

Pengambilan darah vena merupakan salah satu prosedur invasif pemeriksaan penunjang dengan cara mengambil sampel darah vena melalui jarum suntik

TUJUAN

Pemeriksaan diagnostik sampel darah klien

PRINSIP

Steril, aman dan nyaman (nyeri seminimal mungkin)

ALAT

1. Spuit *disposable* atau spuit khusus seperti vacutainer dengan ukuran yang sesuai
2. Kapas alkohol
3. Torniquet dan pengalas
4. Sarung tangan
5. Kontainer spesimen darah, formulir laboratorium, dan label
6. Bengkok/ tempat sampah

PROSEDUR

No	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Gunakan sarung tangan						
3.	Pilih tempat penusukan vena yang sesuai						
4.	Pasang pengalas dan torniquet 5 cm di atas bagian vena yang akan ditusuk						
5.	Bersihkan area penusukan dengan desinfektan						
6.	Tusukkan jarum ke vena & ambil darah sesuai kebutuhan*						
7.	Lepaskan torniquet*						
8.	Cabut jarum dari vena dan gunakan kassa kering untuk menekan area penusukan. Bila darah telah berhenti mengalir, berikan plester*						
9.	Tempatkan darah dalam kontainernya (bila diperlukan). Untuk pengambilan darah tidak beku, pastikan antikoagulan merata dengan menggerakkan kontainer						
10.	Buang alat habis pakai, lepaskan sarung tangan, dan cuci tangan						
11.	Beri label pada tubes dan siapkan untuk dibawa ke laboratorium						
12.	Lakukan tindakan akhir *						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

6. MENCUCI TANGAN

BATASAN

Mencuci tangan yang dimaksud adalah mencuci tangan biasa bukan untuk persiapan operasi

TUJUAN

Meminimalkan transmisi mikroorganisme dari tangan

PRINSIP

Bersih

ALAT

1. Air mengalir
2. Sabun/ desinfektan
3. Handuk atau tissue

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Atur jarak berdiri dari depan wastafel untuk mencegah kontaminasi dengan pakaian						
2.	Lepaskan perhiasan yang digunakan di tangan dan angkat lengan baju di atas siku*						
3.	Alirkan air dengan kecepatan sedang dan suhu cukup						
4.	Basahi tangan sampai lengan dan pakai 2-4 ml sabun cair*						
5.	Bersihkan tangan secara menyeluruh dengan gerakan menggosok dan berputar meliputi telapak, punggung tangan, jari-jari, sela jari, pergelangan, dan lengan bawah \pm 10-20 detik*						
6.	Bilas tangan (dari jari jari ke pangkal tangan)*						
7.	Pertahankan posisi tangan menghadap atas*						
8.	Keringkan tangan dari ujung jari ke lengan						
9.	Matikan kran tanpa mengkontaminasi tangan (dengan handuk, tissue, atau siku)*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

7. MEMAKAI DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN STERIL

BATASAN

Memakai sarung tangan steril sebelum melakukan tindakan steril dan melepaskan setelah selesai digunakan.

TUJUAN

Meminimalkan transmisi mikroorganisme

PRINSIP

Steril

ALAT

Sarung tangan steril

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Buka bungkus/ mengambil sarung tangan dengan tindakan steril*						
2.	Ambil sarung tangan dominan dengan tangan non dominan hanya menyentuh bagian dalam sarung tangan yang terlipat*						
3.	Pakai sarung tangan pertama pada tangan yang dominan*						
4.	Ambil sarung tangan kedua dengan tangan yang steril*						
5.	Pakai sarung tangan kedua pada tangan yang tidak dominan*						
6.	Atur sarung tangan sehingga pas di tangan						
7.	Pertahankan sterilitas saat memakai sarung tangan steril*						
8.	Lepaskan sarung tangan secara baik dan benar (tangan tidak menyentuh bagian luar sarung tangan dan bagian luar sarung tangan berada di dalam)*						
9.	Letakkan sarung tangan kotor pada tempatnya						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

8. MEMAKAI & MELEPASKAN ALAT PELINDUNG DIRI

BATASAN

Teknik pencegahan perpindahan moorganisme patogen dari seseorang ke orang lain disebut "barrier" (Craven, 2000). *Barrier* yang umum digunakan tenaga kesehatan meliputi: masker, kaca mata pelindung, gaun (apron), sarung tangan, penutup kepala, dan atau penutup sepatu.

TUJUAN

Melindungi tenaga kesehatan dan klien dari kemungkinan transmisi material infeksius (Kozier, 2004 & Craven, 2000)

PRINSIP

Bersih/ steril (tergantung kebutuhan)

ALAT

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. Masker | 4. Sarung tangan |
| 2. Kaca mata pelindung | 5. Penutup kepala |
| 3. Gaun/ apron | 6. Penutup sepatu |

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Pasang masker menutupi hidung dan mulut. Ikat dengan tepat*						
3.	Gunakan kaca mata pelindung (jika diperlukan)						
4.	Gunakan gaun/ apron dengan tepat*						
5.	Gunakan sarung tangan*						
6.	Gunakan penutup kepala dan sepatu (jika diperlukan)						
7.	Lepaskan peralatan yang telah digunakan dengan tepat						
8.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

9. MENGGANTI ALAT TENUN DENGAN KLIEN DI TEMPAT TIDUR

BATASAN

Mengganti alat tenun meliputi seluruh alas tidur dengan klien tetap berada di tempat tidurnya

TUJUAN

1. Meningkatkan kebersihan lingkungan klien (bersih, kering, tidak kusut)
2. Mencegah iritasi kulit dan infeksi klien

PRINSIP

1. Berkesinambungan
2. Alat tenun dapat diganti sebagian/ keseluruhan (sesuaikan dengan kondisi alat tenun)

ALAT

1. Laken (sprei) 2. Sarung bantal 3. Perlak 4. Selimut 5. *Stick laken*

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Pasang pengaman sisi tempat tidur (TT) yang berlawanan dari arah perawat *						
3.	Ambil perlahan bantal dari bawah kepala klien						
4.	Miringkan klien ke sisi berlawanan dari perawat						
5.	Buka ujung spre, perlak, dan <i>stick laken</i> . Gulung ke tengah Ttdengan bagian kotor berada di dalam.						
6.	Letakkan spre, perlak, dan <i>stick laken</i> yang baru dengan menggulung bagian yang bersih berada di dalamnya						
7.	Buat lipatan sudut pada ujung2 spre dan masukkan tepi spre beserta perlak dan <i>stick laken</i>						
8.	Lepaskan pengaman sisi tempat tidur yang tadi dipasang & pasang kembali pada sisi seberangnya						
9.	Lakukan tindakan 4-7 pada sisi seberangnya						
10.	Ganti sarung bantal klien & pasang kembali*						
11.	Ganti selimut klien (libatkan klien)*						
12.	Tawarkan bantuan lain yang diperlukan klien *						
13.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

10. MEMANDIKAN KLIEN DI TEMPAT TIDUR

BATASAN

Memandikan klien di tempat tidur merupakan suatu tindakan membersihkan seluruh tubuh klien di atas tempat tidur klien

TUJUAN

1. Meningkatkan kebersihan diri klien dari kotoran, keringat, sel kulit mati, bau, dan bakteri
2. Meningkatkan rasa nyaman klien
3. Memperlancar sirkulasi darah klien

PRINSIP

1. Bersih
2. Sistematis (dari area yang lebih bersih ke area yang lebih kotor)

ALAT

1. Pispot atau urinal
2. Selimut mandi
3. Sarung tangan (jika memberikan perawatan perineal)
4. Washlap (*wash cloth*)
5. Sabun
6. Standar waskom *double* dan waskom (2 buah)
7. Air dengan suhu 43-46°C (dewasa) dan 38-40°C (anak)
8. Handuk mandi (2 buah)
9. Tambahan sprengi dan handuk (jika diperlukan)
10. Baju bersih yang dibutuhkan
11. Peralatan kebersihan diri, seperti lotion, bedak, dan deodorant

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Tawarkan pispot/ urinal atau tanyakan apakah klien mau ke kamar mandi*						
3.	Gunakan selimut mandi sebagai alas (mencegah sprengi basah)						
4.	Bantu posisi klien untuk lebih dekat dengan perawat*						
5.	Buka pakaian klien						
6.	Tutup bagian tubuh yang terbuka dengan handuk*						
7.	Letakkan sebuah handuk menyilang dada klien						
8.	Bersihkan mata klien hanya dengan air dan keringkan dengan benar. Gunakan bagian ujung washlap untuk membersihkan mata. Lakukan dari arah dalam ke luar*						

9.	Tanyakan pada klien apakah klien menggunakan sabun wajah yang khusus. Jika tidak, gunakan air saja						
10.	Basuh dan keringkan wajah dan telinga klien*						
11.	Letakkan handuk mandi memanjang di bawah lengan						
12.	Basuh, cuci, dan keringkan tangan dan daerah distal ke proksimal*						
13.	Bersihkan ketiak dengan benar, ulangi pada tangan yang lain*						
14.	Letakkan handuk di sepanjang sisi dada dan perut						
15.	Bersihkan, basuh, dan keringkan bagian dada dan perut (dada & perut agar selalu tertutup handuk ketika membersihkan dan membasuhnya)*						
16.	Bungkus salah satu kaki klien dengan selimut mandi, pastikan daerah pubis terbungkus dengan baik						
17.	Basuh, cuci, dan keringkan kaki daerah distal ke proksimal, ulangi pada kaki yang lain*						
18.	Bantu klien pada posisi miring dan letakkan handuk di sepanjang punggung dan bokong*						
19.	Bersihkan, basuh, dan keringkan punggung, bokong, dan paha bagian atas. Perhatikan daerah lipatan gluteal. Hindari pembukaan bagian yang tidak pantas (misal daerah perut dan dada). Perhatikan lingkungan sekitar klien						
20.	Bantu klien untuk posisi terlentang, bersihkan daerah genital (klien dapat melakukan sendiri bila mampu)*						
21.	Gunakan bedak tabur secara hemat. Usahakan sedikit mungkin bedak tersebut menyebar di udara						
22.	Bantu klien untuk mengenakan kembali pakaian yang bersih						
23.	Bantu klien untuk merawat rambut, mulut, dan kuku*						
24.	Tawarkan bantuan lain yang klien butuhkan*						
25.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

11. PERAWATAN KEBERSIHAN RAMBUT

BATASAN

Perawatan kebersihan rambut meliputi kegiatan membersihkan rambut klien di tempat tidurnya

TUJUAN

Meningkatkan kebersihan dan kenyamanan klien

PRINSIP

1. Bersih
2. Hati-hati pada klien cedera area kepala dan leher, pastikan tidak ada kontra indikasi

ALAT

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Sisir dan <i>Shampoo</i> | 4. Waskom dan gayung |
| 2. Perlak atau alas (2 buah) atau <i>Kelly Pad</i> | 5. <i>Cotton ball</i> (bola kapas) |
| 3. Handuk dan handuk kecil | 6. Ember kosong |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Bantu klien ke samping tempat tidur/ posisi <i>trendelenburg</i> *						
3.	Lepaskan pita, ikat rambut, atau jepit rambut						
4.	Sisir rambut klien						
5.	Letakkan handuk di atas bantal dan pindahkan bantal dari kepala ke bahu klien*						
6.	Letakkan perlak/ alas di bawah kepala klien, dengan ujung perlak masuk ke dalam ember*						
7.	Dekatkan waskom, gayung, dan <i>shampoo</i> ke perawat						
8.	Letakkan handuk kecil pada mata dan telinga klien						
9.	Letakkan bola kapas pada telinga klien						
10.	Basahi rambut dengan air						
11.	Tuangkan <i>shampoo</i> pada kulit kepala						
12.	Lakukan pemijatan pada kulit kepala dengan bantalan jari secara sistematis (sirkular dari depan ke belakang)*						
13.	Bilas rambut hingga bersih*						
14.	Keringkan rambut klien*						
15.	Pindahkan perlak dari atas tempat tidur						
16.	Pindahkan bantal&handuk dari bahu ke bawah kepala*						
17.	Sisir rambut klien*						
18.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

12. PERAWATAN ORAL KLIEN TIDAK SADAR

BATASAN

Perawatan oral meliputi kegiatan membersihkan area mulut seperti gigi, mukosa mulut, lidah, dan bibir

TUJUAN

1. Mencegah infeksi mulut
2. Meningkatkan kebersihan mulut

PRINSIP

1. Bersih
2. Berkesinambungan (d disesuaikan dengan kondisi mulut klien)

ALAT

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Handuk | 7. Spatel/ Sudip (penggigit) |
| 2. Bengkok | 8. Obat atau pembersih gigi |
| 3. Sarung tangan | 9. Pembungkus gigi palsu jika diperlukan |
| 4. Sikat gigi/ lidi kapas | 10. Alat penyemprot |
| 5. Segelas air hangat | 11. Larutan pembersih |
| 6. Tissue | 12. Vaseline atau krim dingin |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Atur posisi klien miring (bila memungkinkan), letakkan handuk di dada klien*						
3.	Dekatkan alat <i>suction</i> dan gunakan bila diperlukan						
4.	Gunakan sarung tangan						
5.	Bersihkan mulut, gigi, mukosa mulut, lidah, bibir*						
6.	Bilas mulut*						
7.	Olesi minyak bibir/ vaselin/ krim dingin*						
8.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

13. PERAWATAN GIGI PALSU

BATASAN

Perawatan oral meliputi kegiatan membersihkan area gigi palsu

TUJUAN

1. Meningkatkan kebersihan mulut klien
2. Meningkatkan rasa nyaman klien

PRINSIP

1. Bersih
2. Berkesinambungan

ALAT

1. Sarung tangan
2. Tissue
3. Pembungkus gigi palsu
4. Lap pembersih
5. Sikat gigi atau sikat berbulu keras
6. Obat atau pembersih gigi
7. Air hangat
8. Tempat wadah pembersih
9. Bengkok
10. Handuk

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Gunakan sarung tangan bersih						
3.	Lepaskan gigi palsu dan tempatkan dalam wadah*						
4.	Letakkan lap pembersih atau handuk pada dasar wadah pembersih						
5.	Bersihkan gigi palsu dengan seksama*						
6.	Bilas gigi palsu						
7.	Lakukan perawatan mulut klien*						
8.	Letakkan kembali gigi palsu pada mulut klien atau simpan dalam wadah penyimpanan*						
9.	Lepaskan sarung tangan						
10.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

14. PERAWATAN KEBERSIHAN PERINEAL

BATASAN

Perawatan kebersihan perineal yang dimaksud adalah area vulva atau area penis.

TUJUAN

1. Meningkatkan kebersihan diri klien
2. Mencegah infeksi

PRINSIP

1. Bersih
2. Perawatan dapat dilakukan khusus atau bersamaan dengan prosedur lain seperti saat mandi, membantu BAK&BAB, atau saat memasang kateter urethra.

ALAT

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| 1. Kapas dalam kom/ tempatnya | 4. Sarung tangan |
| 2. Cairan pembersih dan pengalas | 5. Pinset |
| 3. Bengkok/ <i>bedpan</i> | 6. Sampiran |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Gunakan sarung tangan bersih						
3.	Letakkan pengalas di bawah bokong klien						
4.	Letakkan <i>bedpan</i> di bawah klien (jika perlu)						
5.	Jaga privasi klien dengan menutupi area khusus*						
6.	Atur posisi klien: wanita dengan dorsal recumbent di mana lutut fleksi dan kedua kaki dilebarkan, laki-laki posisi supine di mana kaki abduksi*						
7.	Bersihkan area vulva/ penis dengan tangan dominan (tangan non dominan bantu melebarkan/ membuka labia atau pemegang penis). Dari area yang lebih bersih ke area yang lebih kotor*						
8.	Lepaskan sarung tangan						
9.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

15. PERAWATAN LUKA SEDERHANA

BATASAN

Perawatan luka sederhana meliputi perawatan luka sederhana tanpa komplikasi yang memerlukan tindakan khusus

TUJUAN

1. Mendukung proses penyembuhan luka
2. Mencegah infeksi dan kerusakan kulit lebih lanjut
3. Meningkatkan rasa nyaman klien

PRINSIP

1. Steril
2. Berkesinambungan/sesuai kondisi luka seperti balutan luka basah walau sudah diganti
3. Sesuaikan dengan jenis dan kondisi balutan luka

ALAT

1. Set balutan: pinset anatomi, pinset chirurgi, kom, klem, gunting
2. Sarung tangan steril
3. Plester
4. Kasa steril
5. Bengkok
6. Cairan pembersih (NaCl, aqua bides)
7. Antiseptik (jika perlu)
8. Pinset anatomi bersih
9. Pengalas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Kaji kondisi luka (lokasi, ukuran, nyeri, kondisi)*						
3.	Atur posisi klien sesuai dengan lokasi luka*						
4.	Pasang pengalas di bawah area luka						
5.	Buka set ganti balutan dengan teknik steril*						
6.	Buka balutan luka dengan pinset bersih*						
7.	Pakai sarung tangan						
8.	Cuci luka dengan cairan fisiologis						
9.	Bersihkan luka sesuai dengan kondisi luka (jangan merusak jaringan granulasi, dari area bersih ke kotor)*						
10.	Keringkan luka dengan kasa kering*						
11.	Balut luka sesuai kondisi luka: balutan basah-kering/ balutan kering/ balutan modern (produk pabrik)						
12.	Tutup luka*						
13.	Lepaskan sarung tangan						
14.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

16. LATIHAN NAFAS DALAM DAN BATUK EFEKTIF

BATASAN

Latihan ini merupakan perpaduan antara nafas dalam dan batuk efektif yang digunakan oleh perawat untuk memfasilitasi fungsi pernapasan klien.

TUJUAN

1. Meningkatkan bersihan nafas klien
2. Mencegah infeksi
3. Meningkatkan rasa nyaman klien

PRINSIP

1. Steril
2. Berkesinambungan
3. Sesuaikan dengan kondisi klien

ALAT

1. Sarung tangan
2. Bengkok
3. Antiseptik (jika perlu)

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Kaji pernapasan klien						
3.	Peragakan pada klien cara batuk efektif:						
	- Tarik napas dari hidung keluarkan dari mulut secara perlahan sebanyak 3-5 kali						
	- Kemudian pada akhir napas dalam kelima Sebelum napas dikeluarkan tahan sesaat kemudian batukkan dengan menutup mulut dengan tangan yang telah dibalut tissue						
	- Buang sekret yang ada pada sputum pot						
	- Lakukan tindakan ini selama 5 menit. Dan latihan ini dapat dilakukan 4-5 kali/ hari (pagi bangun tidur, saat rileks, siang sebelum makan dan sore setelah mandi)						
4.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

17. FISIOTERAPI DADA (Perkusi, Vibrasi, dan Postural Drainage)

BATASAN

Merupakan tindakan mengeluarkan sekret melalui tiga tindakan perkusi, vibrasi, dan postural drainase sekret dari berbagai segmen didasarkan pada Teori bahwa mukus dapat dilepaskan dari dinding saluran nafas dan dibantu untuk keluar dari paru-paru.

TUJUAN

1. Membersihkan jalan nafas dari sekresi bronkhial yang berlebih
2. Mencegah pertumbuhan bakteri dan Infeksi lanjutan
3. Mencegah obstruksi saluran nafas.

PRINSIP

Bersih

ALAT

Sarung tangan (bila diperlukan)

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
	Perkusi						
2.	Pukul dada secara teratur dengan tangan membentuk cup/mangkuk di area tempat sekret berada						
3.	Hindari perkusi pada spina, ginjal, payudara, insisi, atau tulang rusuk yang patah						
	Vibrasi						
4.	Gunakan tangan seperti bor yang halus, tempatkan pada dada klien dan vibrasikan secara cepat dan bertenaga saat klien ekshalasi.						
	Postural Drainage						
5.	Sebelum dilakukan postural drainage berikan obat bronkodilator atau terapi nebulasi (tidak harus)						
6.	Posisikan klien pada posisi tidur tertentu sesuai tempat sekret berada. Dan pertimbangkan kondisi klien sebelum memberikan posisi tersebut.						
7.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

18. PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL/ MASKER

BATASAN

Penggunaan nasal kanul/ masker O2 merupakan salah satu upaya pemberian terapi O2

TUJUAN

1. Meningkatkan bersihan nafas klien
2. Mencegah infeksi
3. Meningkatkan rasa nyaman klien

PRINSIP

1. Bersih
2. Berkesinambungan
3. Sesuaikan dengan kondisi klien

ALAT

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Set Oksigen (tabung, O2, flowmeter, humidifier) | 4. Bengkok |
| 2. Aquades + kom sedang | 5. Antiseptik (jika perlu) |
| 3. Plester non iritan | 6. Nasal kanul/ masker |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Kaji pernapasan klien*						
3.	Kaji kondisi mulut dan hidung klien (bila kotor, bersihkan dengan kassa/cotton bad yang telah dilembabkan dengan cairan isotonic/ NaCl 0,9 %)*						
4.	Sambungkan flowmeter dengan tabung oksigen*						
5.	Isi humidifier dengan aqua sampai batas yang telah ditentukan, kemudian sambungkan ke flowmeter*						
6.	Sambungkan kanul dengan humidifier*						
7.	Kemudian putar flowmeter sesuai dengan program terapi (kanul/ kateter: 24-44%/ 1-6 liter/ menit, sedangkan untuk masker 40%=5 liter/ menit)*						
8.	Pastikan apakah oksigen mengalir dengan baik*						
9.	Beri fiksasi/ plester pada kanul dan untuk direkatkan pada samping hidung/ pipi pasien*						
10.	Gantung tanda peringatan pada botol tabung*						
11.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

19. SUCTION

BATASAN

Suction merupakan tindakan berupa aspirasi sekret melalui kateter yang disambungkan dengan mesin suction. *Suction* dilakukan pada saluran nafas bagian atas (oropharing & nasopharing)

TUJUAN

1. Meningkatkan bersihan nafas klien
2. Mencegah infeksi
3. Membantu ventilasi

PRINSIP

1. Steril
2. Berkesinambungan
3. Sesuaikan dengan kondisi klien

ALAT

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sarung tangan steril | 6. Mesin suction & konektor Y |
| 2. Bengkok | 7. NaCl steril/aquades steril |
| 3. Antiseptik (jika perlu) | 8. Kom steril |
| 4. Handuk lembab | 9. Masker |
| 5. Selang suction | 10. Jelly |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Kaji pernapasan klien*						
3.	Letakkan handuk di dada klien/ di bawah dagu						
4.	Tentukan tekanan suksion						
5.	Uangkan cairan isotonic/ NaCl 0,9% dalam waskom seteril						
6.	Gunakan sarung tangan pada tangan dominan						
7.	Sambungkan kateter penghisap ke alat suksion						
8.	Jepit kateter dengan pinset anatomi dan kemudian ujung kateter olesi dengan <i>jelly</i> steril						
9.	Masukkan kateter 10-15 cm sepanjang sisi mulut sampai ke oropharings						
10.	Basahi saluran napas dengan cairan isotonik						
11.	Berikan terapi oksigen 100% selama 1-2 menit						
12.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

20. PEMBERIAN MAKAN PER-ORAL

BATASAN

Pemberian makan pada klien yang tidak mampu melakukan sendiri

TUJUAN

1. Mempertahankan kecukupan asupan nutrisi klien
2. melatih kemandiri klien

PRINSIP

1. Bantuan disesuaikan dengan kemampuan klien
2. Hindari aspirasi

ALAT

1. Alat makan klien dan makanannya
2. Alat bantu lain jika diperlukan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Pastikan diet klien yang sesuai (kalori&jenis)*						
3.	Tanyakan apakah klien ingin ke toilet sebelum makan						
4.	Atur posisi makan klien sebisa mungkin dengan posisi duduk						
5.	Lindungi pakaian dan tempat tidur klien dari tumpahan makanan						
6.	Tanyakan makanan apa yang ingin dimakannya lebih dahulu						
7.	Bantu klien makan sesuai kemampuan klien dengan sabar dan tidak terburu-buru						
8.	Tawarkan minum sesuai keinginan klien						
9.	Lap/bersihkan mulut klien bila diperlukan						
10.	Bila telah selesai ambil tempat makan klien						
11.	Tawarkan apakah klien ingin membersihkan mulut/ menggosok giginya						
12.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

21. PEMBERIAN MAKANAN VIA NGT

BATASAN

Pemberian makanan cair atau terapi melalui selang langsung ke lambung

TUJUAN

1. mendukung intake nutrisi klien
2. Memberikan obat oral

PRINSIP

1. Alirkan makanan cair perlahan dan hindari memberikan tekanan
2. Pastikan selang berada di lambung sebelum pemberian makanan via NGT
3. Cegah udara masuk ke selang

ALAT

1. Makanan cair
2. Gelas ukur atau spuit besar
3. Tisu / Alas makan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Cek kepatenan selang NGT apakah masih berada dilambung						
3.	Klem selang NGT, buka penutup selang, dan hubungkan selang dengan wadah makanan cair						
4.	Pasang alas makan dibawah sambungan selang NGT dengan spuit yang berisi makanan						
5.	Alirkan cairan perlahan dengan membuka klem dan masukkan makanan cair sesuai kebutuhan (jangan memberi dorongan)						
6.	Bilas selang dan biarkan air terakhir tetap diselang						
7.	Klem dan tutup selang						
8.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

22. PEMASANGAN NASO GASTRIC TUBE (NGT)

BATASAN

Pemasangan selang NGT merupakan suatu prosedur invasif memasukkan selang kelambung melalui hidung klien

TUJUAN

1. Media untuk memasukkan cairan/makanan ke lambung
2. Dekompresi
3. Irigasi lambung
4. Diagnostik analisis cairan lambung

PRINSIP

1. Bersih
2. Pastikan posisi selang tepat dilambung

ALAT

1. Selang NGT no 14, 16, atau ukuran yang lebih kecil untuk anak-anak
2. Jelly
3. Sudip lidah
4. Penligt/senter
5. Syringe/alat suntuk ukuran 50 – 100 cc
6. Plester yang tidak menyebabkan iritasi
7. Bengkok
8. Gelas untuk mengisi air
9. Tissue
10. Normal salin
11. Sarung tangan nonsteril/steril
12. Stetoskop

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Inspeksi keadaan rongga mulut klien gunakan sarung tangan jika perlu						
3.	Atur posisi pasien semi fowler dengan bantal di belakang bahu/naikkan bagian kepala						
4.	Letakkan bengkok di atas dada dan berikan tissue pada klien						
5.	Anjurkan klien untuk rileks dan bernapas dengan salah satu hidung yang normal						
6.	Ukur panjang NGT yang akan dipasang : diukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke <i>prosesus xipodeus</i>						
7.	Berikan tanda pada panjang NGT yang sudah diukur dengan menggunakan plester atau arteri klem						

8.	Siapkan plester dengan panjang 10 cm 2 buah						
9.	Pasang dan beri jelly sepanjang NGT yang akan dipasang di lambung						
10.	Intruksikan klien untuk mengekstensikan leher ke belakang, lalu masukkan selang secara perlahan sepanjang yang telah ditentukan						
11.	Lanjutkan memasang selang NGT sampai melewati naso pharing, jika gagal : hentikan pemasangan dan instruksikan klien untuk rilek dan beri tissue, dan jelaskan bahwa klien harus menelan ketika selang masuk ke pharing						
12.	Setelah melewati nasopharing (3-4 cm) anjurkan klien untuk menekuk leher dan anjurkan untuk menelan						
13.	Jika selesaikan memasang NGT sampai pada ujung yang telah ditentukan anjurkan klien untuk rilek dan bernapas normal						
14.	Lakukan tes untuk mengetahui letak masuknya selang NGT ada 3 cara : a. Injeksi 15 sampai dengan 20 cc udara ke dalam lambung dan pada saat bersamaan auskultasi daerah lambung b. Masukkan ujung bagian luar selang NGT ke dalam mangkok yang berisi air bila ada gelembung udara berarti masuk ke paru-paru dan jika tidak berarti selang masuk pada lambung c. Aspirasi cairan lambung						
15.	Fiksasi selang dengan plester yang telah disediakan						
	Mencabut NGT						
16.	Periksa instruksi dokter untuk pencabutan NGT						
17.	Jelaskan prosedur kepada klien						
18.	Siapkan pencatatan						
19.	Cuci tangan dan pakai sarung tangan						
20.	Tempatkan handuk di atas dada klien secara hati-hati, buka plester dari hidung						
21.	Instruksikan klien untuk menarik napas dan tarik selang perlahan-lahan						
22.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

23. PENGUKURAN INTAKE DAN OUTPUT

BATASAN

Pengukuran intake dan output cairan khususnya dilakukan pada klien dengan pembatasan cairan atau mempunyai masalah dengan cairan tubuhnya

TUJUAN

1. Mendukung program terapi klien
2. Mempertahankan keseimbangan cairan tubuh klien

PRINSIP

1. Tepat, akurat
2. Berkesinambungan

ALAT

1. Gelas ukur
2. Penampung urin

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Tempatkan penampung urin dan alat pengukur jumlah urin pada tempatnya sehingga mudah diketahui klien						
3.	Catat jumlah asupan cairan klien tiap <i>shift</i> (minum, infus, NGT, dsb)						
4.	Ukur & catat pengeluaran cairan klien tiap shift						
5.	Kosongkan wadah penampung cairan baik urin, cairan dari NGT, drain luka, dsb setiap selesai pengukuran misalnya tiap shift						
6.	Hitung total <i>intake</i> dan <i>output</i> per <i>shift</i>						
7.	Bandingkan dengan kondisi hari sebelumnya						
8.	Lakukan analisis (normal/ <i>balance</i> , <i>balance positive</i> atau <i>balance negative</i>)						
9.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

24. KANULASI INTRA VENA

BATASAN

Kanulasi intra vena merupakan tindakan invasif memasukan selang ke dalam vena

TUJUAN

Terapi cairan dan terapi medikasi

PRINSIP

1. Steril
2. Lakukan insersi dari area yang lebih distal lebih dahulu
3. Sesuaikan kanul dengan kondisi vena

ALAT

1. Infus set steril & cairan sesuai dengan kebutuhan
2. Jarum atau kateter intravena (abocat, angiocath, Vasopik dll)
3. Kapas alkohol, kassa, antiseptik, plester, torniquet, penggantung infus/tiang infus

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Sambungkan cairan infus ke infus set, gantung di tiang						
3.	Pasang kain karet di bawah daerah yang akan ditusuk						
4.	Pasang torniquet di atas daerah yang akan distusuk						
5.	Desinfeksi daerah yang akan ditusuk						
6.	Lakukan insersi pada daerah yang sudah di desinfeksi						
7.	Hubungan jarum intravena dengan infus set, buka klem, dan alirkan cairan						
8.	Fiksasi jarum intravena						
9.	Desinfeksi daerah tusukan dan tutup dengan kasa steril						
10.	Beri plester. Tuliskan waktu, tanggal pemasangan						
11.	Atur tetesan sesuai dengan kebutuhan klien						
12.	Bila perlu beri tanda/ batasan tiap jam pada botol infus						
13.	Lakukan tindakan akhir*						
	MENGANTI BOTOL CAIRAN						
1.	Tutup klem						
2.	Lepaskan infus set dari botol yang lama						
3.	Buka penutup botol infus dan tusukkan dengan infus set						
4.	Gantungkan kembali botol infus						
5.	Atur kembali tetesan sesuai dengan kebutuhan klien						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

25. KATETERISASI

BATASAN

Kateterisasi yang dimaksud adalah memasukkan kateter/selang ke dalam kandung kemih melalui urethra untuk mengosongkan kandung kemih

TUJUAN

1. Mengatasi refensi kandung kemih
2. Diagnostik

PRINSIP

1. Steril
2. Bila ada tahanan saat memasukkan selang jangan dipaksa
3. Sebelum melakukan fiksasi dengan mengisi balon kateter, pastikan balon kateter telah berada dalam kandung kemih

ALAT

1. Set kateter
2. *Urine bag*
3. Sarung tangan steril
4. Kapas/kassa + cairan sublimat
5. Kom bersih
6. Pinset bersih/sarung tangan bersih
7. *Jelly*
8. Spuit & steril water aquadest/ NaCl
9. Pengalas (alas bokong & perlak)
10. Bengkok
11. Verband (pengikat urine bag)
12. Sampiran
13. Plester
14. Lampu

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Berikan perawatan perineal-genital pada klien, dengan menggunakan kapas sublimat. Jika klien sadar, tawarkan klien untuk membersihkannya secara mandiri						
3.	Gunakan sarung tangan steril						

4.	Minta asisten untuk : - Membuka plastik kateter dan memberikan lubrikan pada kateter tersebut - Menyambungkan kateter dengan urin bag						
5.	Masukkan selang kateter secara perlahan-lahan. Jangan paksakan jika ada tekanan dan selalu berkomunikasi dengan klien selama tindakan						
6.	Setelah urine mengalir, minta asisten untuk memasukkan aquadest steril/udara untuk memompa balon. Jika urin belum mengalir, minta klien untuk batuk (pada klien yang sadar), atau tekan sedikit abdomen klien (pada klien yang tidak sadar). Berikan jarak 2,5 cm untuk memompa balon, sehingga balon terpompa di kandung kemih						
7.	Lepas sarung tangan						
8.	Plester selang kateter di paha						
9.	Ikat urine bag di sisi tempat tidur						
10.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

26. ENEMA

BATASAN

Enema merupakan suatu tindakan memasukkan cairan ke kolon melalui anus dengan menggunakan kanul rektal

TUJUAN

1. Mendukung defekasi klien konstipasi
2. Membersihkan kolon untuk persiapan operasi
3. Diagnostik
4. Terapi

PRINSIP

1. Bersih
2. Tidak boleh terlalu sering diberikan
3. Jumlah dan jenis enema sesuaikan dengan kebutuhan klien

ALAT

1. Perlak
2. Selimut mandi
3. Bedpan atau commode atau pispot
4. Enema set/set irigasi : container, tubing/selang, klem, rektal tube
5. Jelly
6. Termometer untuk mengukur suhu cairan
7. Cairan isi container
8. Sarung tangan disposable
9. Handuk/tissue disposable
10. Air

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Lubrikasi ujung rektal tube ± 5 cm						
3.	Buka klem dan alirkan cairan melalui selang dan rektal tube untuk menghilangkan udara, kemudian tutup klem						
4.	Pakai sarung tangan						
5.	Angkat bokong bagian atas (ekspose daerah anus)						
6.	Masukkan tube dengan perlahan dan halus ke dalam rektum sepanjang 7 – 10 cm pada dewasa						
7.	Minta klien untuk tarik nafas dalam jika terdapat tahanan pada internal anal sphincter dan alirkan sedikit cairan melalui tube						
8.	Tinggikan kontainer cairan 30 cm pada huknah rendah dan 45 cm pada huknah tinggi						
9.	Buka klem dan biarkan cairan mengalir						
10.	Masukkan cairan perlahan sampai habis						
11.	Tanggap terhadap respon klien saat memasukkan cairan enema dan melakukan intervensi yang tepat						
12.	Tutup klem						
13.	Keluarkan rektal tube dari anus di dalam handuk disposibel						
14.	Anjurkan klien untuk menahan enema (dalam keadaan berbaring)						
15.	Lakukan intervensi bila klien tidak mampu/tidak kuat lagi menahan BAB						
16.	Pastikan klien menahan cairan pada waktu yang tepat						
17.	Bantu klien untuk defekasi pada posisi yang tepat						
18.	Observasi feses						
19.	Lepas sarung tangan						
20.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

27. LATIHAN ROM

BATASAN

Latihan isotonik di mana klien menggerakkan setiap sendi tubuh dengan rentang gerak yang lengkap, peregangan otot yang maksimal di sekitar sendi tersebut baik secara aktif maupun pasif.

TUJUAN

1. Mempertahankan mobilitas sendi
2. Meningkatkan kekuatan otot
3. Mencegah atropi otot dan kontraktur

PRINSIP

1. Sesuai kekuatan klien
2. Perhatikan adanya kemerahan, nyeri, bengkak, atau deformitas pada sendi

ALAT

1. Goniometer (jika diperlukan)
2. Tempat tidur (jika diperlukan)

DIAGNOSA

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Persiapkan tempat tidur (TT): kunci TT, posisi TT dalam tinggi yang tepat						
3.	Posisikan klien pada posisi terlentang dan lurus						
4.	Lakukan ROM pasif pada kepala dan leher						
5.	Lakukan ROM pasif pada ekstermitas atas kanan dengan gerakan dan jumlah pengulangan yang tepat <ul style="list-style-type: none"> - Tangan: fleksi dan ekstensi - Bahu: abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi luar - Elevasi dan depresi bahu - Telapak tangan - Jari 						
6.	Lakukan ROM pasif pada ekstermitas bawah kanan dengan gerakan dan jumlah pengulangan yang tepat: <ul style="list-style-type: none"> - Kaki : fleksi dan ekstensi - Paha : abduksi dan aduksi - Paha : rotasi internal dan rotasi eksternal - Tumit - Pergelangan kaki : dorsifleksi, dan plantar fleksi - Jari 						
7.	Naikkan pengaman TT: letakkan pada sisi yang berlawanan dengan bagian yang dilakukan ROM						
8.	Turunkan pengaman dan melakukan ROM pasif pada ekstermitas atas kiri						
9.	Lakukan ROM pasif pada ekstermitas bawah						
10.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

28. MEMBERIKAN POSISI TIDUR KLIEN

BATASAN

Memakai sarung tangan steril sebelum melakukan tindakan steril dan melepaskan setelah selesai digunakan.

TUJUAN

Meminimalkan transmisi mikroorganisme

PRINSIP

Steril

ALAT

1. Bantal 5
2. *Trochanter rool*
3. *Hand rool*
4. Selimut

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Posisi TT : kunci TT, tinggikan TT dengan tepat dalam posisi data, turunkan pengaman salah satu sisi						
3.	Minta pasien ikut membantu bila bisa						
	Posisi supine						
4.	Tempatkan pasien di tengah tempat tidur pada posisi yang benar						
5.	Tempatkan bantal di bawah kepala dan bahu						
6.	Gunakan bantal, trochanter rolls, dan footboard sesuai kebutuhan untuk mempertahankan postur tubuh yang benar dan mencegah penekanan pada tumir						
7.	Sangga tangan dan lengan dengan bantal sesuai kebutuhan ; posisikan tangan pasien pada posisi yang benar						
	Posisi Fowler dan semi fowler						
8.	Elevasikan kepada TT pada sudut yang benar						
9.	Gunakan bantal, towel rolls (gulungan kain), dan sangga pasien sesuai kebutuhan untuk menjaga dan mencegah nekrosis akibat tekanan						
	Posisi miring						
10.	Pasien berbaring datar di atas TT, gerakkan ke sisi jauh dari tempat tidur						
11.	Miringkan pasien ke satu sisi						
12.	Perhatikan postur tubuh pasien						

3.	Tempatkan bantal di bawah kepala dan leher dengan telinga tidak tertekuk						
14.	Tempatkan bantal di belakang punggung pasien						
15.	Posisikan tangan dipinggir tubuh pasien						
16.	Sangga lengan bagian atas dengan bantal						
17.	Fleksikan lutut kaki atas dan sangga kaki dengan bantal						
	Posisi Sim's						
18.	Pasien pada posisi miring, gerakan pasien ke depan ke arah abdomen						
19.	Posisikan tangan dengan tepat dan sangga bila perlu						
20.	Berikan bantal untuk menyangga kaki						
21.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

29. PEMBERIAN OBAT (MEDIKASI)

A. INTRAMUSKULAR

BATASAN

Memberikan medikasi melalui jalur intramuskular, memakai sarung tangan sebelum melakukan tindakan dan melepaskan setelah selesai dilakukan

TUJUAN

Tindakan kolaboratif sebagai terapi pengobatan terhadap klien

PRINSIP

1. Steril
2. Perhatikan lokasi penyuntikan dari adanya infeksi, kerusakan integritas, adanya serabut saraf disekitar lokasi
3. Memenuhi 6 Benar

ALAT

1. S spuit Obat
2. Obat sesuai perintah
3. Kapas Alkohol dan Kom kecil (tempat kapas alkohol)
4. Bak suntik & Baki/nampan
5. Sampiran
6. Pengalas
7. Bengkok
8. Sarung
9. tangan

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Cuci tangan *)						
3.	Menerapkan 5 Benar: *) <ul style="list-style-type: none"> • Benar nama & usia klien • Benar cara pemberian obat • Benar nama obat • Benar waktu pemberian obat • Benar dosis obat • Benar dokumentasi 						
4.	Persiapan obat: Menarik obat dari ampul						
	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca label obat sekali lagi 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Meyakinkan bahwa semua obat ada di dasar ampul, ketuk-ketuk dengan jari tangan bila terlihat masih ada obat di kepala ampul 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Menggergaji leher ampul bila diperlukan 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan kapas alkohol letakkan disekitar leher ampul lalu mematahkan leher ampul 						

	<ul style="list-style-type: none"> Memegang ampul dengan tangan non dominan dan alat suntik di tangan dominan. Memasukkan jarum ke dalam ampul dan menarik sesuai dengan dosis yang diperlukan 						
	Persiapan Obat: menarik obat dari vial						
	<ul style="list-style-type: none"> Membaca label obat sekali lagi 						
	<ul style="list-style-type: none"> Membuka pelindung yang menutupi vial tanpa menyentuh karet, membersihkan dengan alkohol bila perlu 						
	<ul style="list-style-type: none"> Mengocok obat bila diperlukan, sesuai aturan penggunaan obat 						
	<ul style="list-style-type: none"> Menarik obat dari vial sesuai dosis yang diperlukan 						
	<ul style="list-style-type: none"> Melepaskan jarum dari vial, dan mengeluarkan gelembung-gelembung udara yang ada di suntikan 						
	<ul style="list-style-type: none"> Mengganti jarum dengan jarum steril baru sebelum ke klien 						
5.	Kembali ke klien: Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan & pasang sampiran						
6.	Tentukan area penyuntikan:vastus lateralis, ventrogluteal, dorsogluteal, deltoid						
7.	Membaca Basmalah						
8.	Usapkan kapas alkohol pd area penyuntikan *)						
9.	Lakukan penyuntikan dengan sudut yang tepat 90 ⁰ , posisi jarum menghadap ke atas *)						
10.	Aspirasi bila tidak ada darah dorong obat agar masuk ke dalam otot*)						
11.	Berkomunikasi dengan klien selama melakukan tindakan						
12.	Menjaga privacy klien selama tindakan *)						
13.	Dokumentasi: <ul style="list-style-type: none"> nama obat dosis yang diberikan lokasi penyuntikan waktu pemberian cara pemberian reaksi alergi Tanda tangan perawat dan saksi 						
14.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

B. INTRADERMAL

BATASAN

Memberikan medikasi melalui jalur intradermal, memakai sarung tangan sebelum melakukan tindakan dan melepaskan setelah selesai dilakukan

TUJUAN

Tindakan kolaboratif untuk memasukkan obat kedalam lapisan dermal yang terletak dibawah lapisan epidermis, yaitu untuk: tes alergi, tes tuberkulin, dan untuk vaksinasi.

PRINSIP

1. Steril
2. Perhatikan lokasi penyuntikan dari adanya infeksi, kerusakan integritas, adanya serabut saraf disekitar lokasi
3. Memenuhi 6 Benar
4. Pilihan area penyuntikan antara lain: di lengan bawah sisi dalam, paha atas, dan punggung (di atas skapula)

ALAT

1. Spuit Obat (1 ml) dan jarum kecil dan tajam (no 25, 26, atau 27)
2. Obat sesuai perintah
3. Kapas Alkohol dan Kom kecil (tempat kapas alkohol)
4. Bak suntik & Baki/nampan
5. Sampiran
6. Pengalas
7. Bengkok
8. Sarung tangan

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Cuci tangan *)						
3.	Menerapkan 5 Benar: *) - Benar nama & usia klien - Benar cara pemberian obat - Benar nama obat - Benar waktu pemberian obat - Benar dosis obat - Benar dokumentasi						
4.	Mempersiapkan obat yang akan diberikan tidak didepan klien						
5.	Kembali ke klien: Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan & pasang sampiran						
6.	Tentukan area penyuntikan						
7.	Membaca Basmalah						
8.	Usapkan kapas alkohol pd area penyuntikan *)						
9.	Lakukan penyuntikan dengan sudut yang tepat 10 ⁰ – 20 ⁰ dari permukaan kulit , posisi jarum menghadap ke atas *)						

10.	Menginjeksikan obat, biasanya prosedur ini menyebabkan tonjolan kecil dibawah kulit pada lokasi penyuntikan						
11.	Angkat jarum dengan cepat, kemudian mengusap dengan kapas alkohol tanpa di pijat						
12.	Berkomunikasi dengan klien selama melakukan tindakan						
13.	Menjaga privacy klien selama tindakan *)						
14.	Dokumentasi: - nama obat - dosis yang diberikan - lokasi penyuntikan - waktu pemberian - cara pemberian - reaksi alergi - Tanda tangan perawat dan saksi						
15.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

C. SUBKUTAN

BATASAN

Memberikan medikasi melalui jalur subkutan, memakai sarung tangan sebelum melakukan tindakan dan melepaskan setelah selesai dilakukan

TUJUAN

Tindakan kolaboratif untuk memasukkan obat kedalam lapisan subkutan (dibawah dermis), biasanya digunakan untuk: vaksinasi, narkotika, insulin, dan heparin.

PRINSIP

1. Steril
2. Perhatikan lokasi penyuntikan dari adanya infeksi, kerusakan integritas, adanya serabut saraf disekitar lokasi
3. Memenuhi 6 Benar
4. Pilihan area penyuntikan antara lain: lengan atas luar, punggung anterior, abdomen, skapula, ventrogluteal atas, dan dorsogluteal

ALAT

1. Spuit Obat (2 ml) dan jarum kecil dan tajam
2. Obat sesuai perintah
3. Kapas Alkohol dan Kom kecil (tempat kapas alkohol)
4. Bak suntik & Baki/nampan
5. Sampiran
6. Pengalas
7. Bengkok
8. Sarung tangan

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal						
2.	Cuci tangan *)						
3.	Menerapkan 5 Benar: *) <ul style="list-style-type: none"> • Benar nama & usia klien • Benar cara pemberian obat • Benar nama obat • Benar waktu pemberian obat • Benar dosis obat • Benar dokumentasi 						
4.	Mempersiapkan obat yang akan diberikan tidak didepan klien						
5.	Kembali ke klien: Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan & pasang sampiran						
6.	Tentukan area penyuntikan						
7.	Membaca Basmalah						
8.	Usapkan kapas alkohol pd area penyuntikan *)						
9.	Lakukan penyuntikan dengan sudut yang tepat 45 ⁰ atau 90 ⁰ dari permukaan kulit , posisi jarum menghadap ke atas *)						

10.	Aspirasi bila tidak ada darah masukan obat dibawah dermis.						
11.	Angkat jarum dengan cepat sambil menekan kulit, kemudian memijat secara perlahan dengan alkohol						
12.	Berkomunikasi dengan klien selama melakukan tindakan						
13.	Menjaga privacy klien selama tindakan *)						
14.	Dokumentasi: <ul style="list-style-type: none"> • nama obat • dosis yang diberikan • lokasi penyuntikan • waktu pemberian • cara pemberian • reaksi alergi • Tanda tangan perawat dan saksi 						
15.	Lakukan tindakan akhir						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

30. KOMUNIKASI TERAPEUTIK

BATASAN

Komunikasi adalah proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan dan meneruskan makna atau arti, dengan tujuan terapeutik.

TUJUAN

1. Menjalin hubungan saling percaya antara P – K
2. Membantu pelaksanaan intervensi keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Fase pra interaksi - Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri perawat - Analisis kekuatan dan keterbatasan diri - Dapatkan data klien jika mungkin - Menyusun rencana pertemuan pertama dengan klien						
3.	Fase introduksi/ orientasi - Analisis faktor yang mempengaruhi mengapa klien butuh bantuan - Bina hubungan saling percaya, sikap menerima dan komunikasi terbuka - Tentukan formulasi kontrak : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memanggil nama klien ▪ Menjelaskan peran perawat dan klien ▪ Menjelaskan tanggung jawab perawat dan klien ▪ Tujuan hubungan ▪ Menentukan lokasi, tempat, lama dan waktu pertemuan ▪ Kondisi-kondisi yang mempengaruhi terminasi (waktu, tercapainya tujuan, klien pindah tempat rawat) ▪ Kerahasiaan - Eksplorasi stressor yang relevan - Kembangkan wawasan klien terhadap dirinya - Kembangkan coping mekanisme yang konstruktif						

4.	Fase Kerja - Eksplorasi stressor yang relevan - Kembangkan wawasan klien terhadap dirinya - Kembangkan koping mekanisme yang konstruktif - Atasi perilaku yang resisten						
5.	Fase Terminasi - Review kemajuan terapi dan pencapaian tujuan - Eksplorasi perasaan terhadap penolakan, kehilangan, sedih, marah, dan yang berhubungan dengan perilaku lainnya (evaluasi respon klien) - Susun rencana tindak lanjut - Buat kontrak yang akan datang - Siapkan perpisahan yang realistis						
6.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

31. PERAWATAN KLIEN DENGAN MASALAH KEHILANGAN

BATASAN

Kehilangan adalah pola karakteristik respon psikososial dan fisiologis individu setelah mengalami kehilangan orang yang berarti, objek, kepercayaan, atau hubungan.

TUJUAN

1. Memfasilitasi koping adaptif atas kehilangan yang dihadapi klien

PRINSIP

Hubungan saling percaya antara P - K

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
	Fase Denial						
2.	Terima semua kemarahan yang muncul akibat kesedihan						
3.	Tingkatkan kesadaran pasien tentang kenyataan kehilangan bila ia telah siap secara emosional						
4.	Dengarkan pasien dengan penuh pengertian						
5.	Beri dukungan secara non verbal						
6.	Jawab pertanyaan dengan bahasa sederhana, jelas dan singkat						
7.	Amati dengan cermat respons pasien						
	Fase Marah						
8.	Terima semua kemarahan yang muncul akibat kesedihan klien						
9.	Dengarkan pasien dengan empati						
10.	Bantu pasien memanfaatkan sistem pendukung						
	Fase tawar menawar						
11.	Observasi perilaku pasien						
12.	Diskusikan perasaan pasien						
13.	Tingkatkan harga diri pasien						
14.	Cegah tindakan merusak diri						
	Fase penerimaan						
15.	Kunjungi pasien secara teratur						
16.	Bantu pasien untuk berbagi rasa						
17.	Baca rencana selanjutnya						
18.	Beri informasi sesuai dengan kebutuhan klien/ keluarga						
19.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

32. PERAWATAN MENJELANG AJAL

BATASAN

Perawatan menjelang ajal adalah perawatan yang diberikan kepada klien-klien dengan penyakit atau kondisi terminal

TUJUAN

1. Mengantarkan klien yang menghadapi fase terminal/kematian untuk meninggal dengan tenang dan damai

PRINSIP

Komunikasi terapeutik

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Hadapkan pasien ke arah qiblat dengan posisi miring di atas sisi kanan						
3.	Peringatkan dan ajarkan pasien mengucapkan kalimat lailahailallah						
4.	Juga kebersihan aqidah dari segala noda syirik dengan : - Anjurkan berserah diri - Anjurkan untuk berzikir - Anjurkan minta ampun, taubat (saat bicara dengan suara lembut dan dekat telinga)						
5.	Jaga kebersihan fisik - Mengelap wajah tubuh dengan wash lap dan keringkan - Ganti pakaian yang bersih - Pertahanan posisi miring kiri dan menghadapi kiblat - Observasikan vital sign/suhu, tensi, nadi, nafas/tiap ½ jam - Monitor pemberian oksigen - Monitor pemberian infus						
6.	Jaga lingkungan bersih dan tenang agar tidak mengganggu pasien						
7.	Bacakan surat yasin						
8.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

33. PERAWATAN JENAZAH

BATASAN

Merupakan perawatan awal pada saat klien meninggal di ruangan/di rumah sakit (sebelum perawatan jenazah yang lebih lengkap sesuai ajaran Islam)

TUJUAN

1. Persiapan pulang klien
2. Spiritual

PRINSIP

1. Bersih
2. Hikmat & jaga privasi klien

ALAT

1. Perlengkapan kebersihan diri
2. Sarung tangan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Gunakan sarung tangan						
3.	Berikan posisi supine dengan kepala agak ditinggikan*						
4.	Lepaskan semua alat kesehatan yang digunakan klien*						
5.	Lepaskan semua perhiasan dan pakaian klien untuk diberikan pada keluarga klien						
6.	Bersihkan klien dan rapihkan rambut klien						
7.	Berikan klien pakaian bersih dan atau tutup klien dengan kain penutup*						
8.	Tempatkan klien pada ruangan yang tenang dan biarkan keluarga klien menemani*						
9.	Beri dukungan emosional pada keluarga klien*						
10.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

34. PERENCANAAN PULANG (PENDIDIKAN KESEHATAN)

BATASAN

Perencanaan pulang merupakan suatu proses penerapan pemenuhan kebutuhan klien setelah pulang/ keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan

TUJUAN

1. Pengetahuan klien tentang perawatannya di rumah meningkat
2. Kemampuan klien tentang cara perawatannya di rumah meningkat
3. Tindak lanjut program perawatan klien selanjutnya jelas

PRINSIP

1. Dilakukan sejak awal klien masuk fasilitas pelayanan kesehatan
2. Berfokus pada kebutuhan klien

ALAT

1. Materi pendidikan kesehatan beserta media bantuannya seperti poster, leaflet, booklet, dsb
2. Kartu rujukan, resep, sisa obat klien, dsb (optimal)

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.

PROSEDUR

No.	Prosedur	Memuaskan			Tidak Memuaskan		
1.	Lakukan tindakan awal*						
2.	Pastikan satuan acara pembelajaran dan materi siap*						
3.	Berikan pendidikan kesehatan*						
4.	Berikan keperluan klien yang diperlukan selanjutnya seperti resep, sisa obat, foto rontgen, kartu rujukan/ kontrol dll*						
5.	Lakukan tindakan akhir*						

EVALUASI

Penilaian 1: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 2: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:
Penilaian 3: Tgl.....	Hasil: Lulus/ Tidak Lulus	Penguji:

Lampiran 8

FORMAT EVALUASI KEDISIPLINAN, KEHADIRAN, DAN KINERJA

Nama Mahasiswa :
 Ruangan :
 Penilai : 1.
 2.

Point Penilaian	1	2	3	4
Kedisiplinan				
1. Ketepatan waktu datang				
2. Ketepatan waktu pulang				
3. Ketepatan waktu pembuatan tugas				
4. Kelengkapan atribut praktik				
Nilai I = $\Sigma \text{point}/4 * 10\%$				
Kehadiran dan Kinerja				
1. Jumlah kehadiran praktik				
2. Kesiapan praktik (termasuk peralatan)				
3. Inisiatif dalam praktik				
4. Komunikasi efektif dengan sejawat				
5. Kepekaan terhadap sekitar selama praktik				
6. Tanggung jawab selama praktik				
7. Aplikasi perilaku Islami selama praktik				
Nilai II = $\Sigma \text{point}/2 * 10\%$				
Total = Nilai 1 + 2				

Paraf Pembimbing

1.

2.....

Lampiran 9

FORMAT EVALUASI LP, ADL, ANALISA KESENJANGAN, ASKEP, DAN PENCAPAIAN TARGET

Nama Mahasiswa :
 Ruangan :
 Penilai : 1.
 2.

Point penilaian	1	2	3	4
Penilaian LP				
1. Kesesuaian dan Kejelasan LP				
2. Daftar Pustaka				
3. Penguasaan LP yang dibuat				
4. Pre conference				
5. Post Conference				
Nilai 1 = $\Sigma \text{ point}/5 * 10\%$				
Laporan ADL & analisa kesenjangan				
1. Kejelasan & Kebenaran ADL				
2. Kejelasan & penguasaan pembuatan analisa sintesa				
3. Penguasaan rasional tindakan yang dilakukan dalam ADL				
Nilai 2 = $\Sigma \text{ point}/3 * 10\%$				
Asuhan Keperawatan dan Catatan Perkembangan				
1. Kelengkapan dan ketepatan pengkajian				
2. Ketepatan Analisa data				
3. Ketepatan perumusan masalah dan diagnosa keperawatan				
4. Ketepatan perencanaan askep				
5. Ketepatan implementasi				
6. Ketepatan evaluasi				
7. Ketepatan Catatan perkembangan klien				
Nilai 3 = $\Sigma \text{ point}/7 * 15\%$				
Pencapaian Target				
1. Pencapaian target secara mandiri				
2. Aplikasi perilaku Islami selama praktik				
3. Memahami rasional dari setiap target				
4. Kelengkapan tindakan yang disupervisi				
Nilai 4 = $\Sigma \text{ point}/4 * 20\%$				
Total = Nilai 1+2+3+4				

Paraf Pembimbing:

1.

2.

Lampiran 10

FORMAT PENILAIAN SUPERVISI AKHIR KDP

Nama Mahasiswa :
 Ruangan :
 Penguji :

No	Aspek Penilaian	1	2	3	4
1	RENPRO (Rencana Perawatan)				
	Pengkajian				
	1. Kemampuan mengumpulkan data objektif dan Subjektif (Keterampilan mengkaji)				
	2. Keakuratan dan kelengkapan data yang dikumpulkan				
	3. Kemampuan analisa data yang didapat				
	Diagnosa				
	1. Kesesuaian data dengan masalah keperawatan yang diangkat				
	2. Ketepatan perumusan diagnosa keperawatan				
	3. Kemampuan prioritas diagnosa keperawatan				
	Perencanaan				
	1. Tujuan dan criteria hasil memenuhi criteria SMART				
	2. Intervensi yang direncanakan meliputi keperawatan mandiri dan kolaboratif				
	3. Adanya intervensi kunci yang merujuk pada pemecahan masalah				
	4. Rasional bersifat ilmiah				
	Dokumentasi				
1. Ketepatan dokumentasi seluruh proses yang dilakukan dalam format ASKEP yang disediakan					
<i>Nilai 1 = (total pengkajian/3*30%) + (total diagnosa/3*15%) + (total perencanaan/4*50%) + (dokumentasi*5%)</i>					
2	TINDAKAN (IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TENTATIF)				
	Merujuk pada penilaian tindakan praktek klinik pada lampiran diatas				
	<i>Nilai 2 = nilai prosedur secara keseluruhan</i>				
3	RESPONSI				
	1. Kemampuan menjelaskan pengkajian yang dilakukan				
	2. Kemampuan menjelaskan diagnosa yang diangkat dan alasan prioritas data				
	3. Kemampuan menjelaskan perencanaan yang dibuat				
	4. Kemampuan menjelaskan alasan tindakan keperawatan prioritas yang dilakukan				
	5. Kemampuan mengevaluasi dan menjelaskan dokumentasi yang dilakukan				
<i>Nilai 3 = total responsi/5</i>					
NILAI = (1* 30%)+(2*50%)+(3*20%)					

Jakarta,

Penguji:

.....