

**BUKU PANDUAN
PRAKTIK KETERAMPILAN
DASAR KEBIDANAN**



Nama :
NIM :
Semester :

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NURUL JADID
PAITON-PROBOLINGGO**

2019

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, penyusunan Buku Panduan Praktik Keterampilan Dasar Kebidanan untuk mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid telah diterbitkan.

Sesuai dengan kurikulum Diploma III Kebidanan, mahasiswa dipersiapkan untuk menjadi tenaga profesional yang mempunyai kemampuan intelektual, sikap dan keterampilan, sehingga dapat memberikan pelayanan asuhan kebidanan yang aman dan memuaskan bagi ibu maupun bayinya beserta keluarga dan masyarakat. Pengalaman belajar mahasiswa terdiri dari pembelajaran teori, laboratorium dan pembelajaran praktik keterampilan dasar.

Buku Panduan Praktik Keterampilan Dasar ini disusun untuk membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktik kebidanan serta sebagai panduan bagi instruktur keterampilan dasar maupun dosen dalam mengevaluasi keterampilan yang harus dicapai oleh mahasiswa.

Tentunya dalam penyusunan Buku Praktik Keterampilan Dasar Kebidanan ini masih perlu penyempurnaan sehingga masukan/usulan dari berbagai pihak sangat kami harapkan.

Semoga buku ini dapat menjadi panduan bagi mahasiswa, pembimbing dan dosen dalam kegiatan praktik kebidanan yang

dilakukan oleh mahasiswa guna meningkatkan kualitas pembelajaran praktik dalam rangka memperoleh lulusan pendidikan DIII Kebidanan yang *proficient* dalam kewenangannya.

Aamiin...

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Paiton, Juni 2019

Ketua

Prodi DIII Kebidanan

Fakultas Kesehatan UNUJA

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pendidikan Diploma III Kebidanan merupakan bagian dari jenjang pendidikan tinggi tenaga kesehatan untuk mempersiapkan mahasiswa menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan professional kebidanan dalam menerapkan ilmu dan konsep kebidanan dan memanfaatkan teknologi secara arif serta mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Dalam rangka peningkatan sumber daya manusia yang mampu bekerja secara profesional, maka selain pengalaman belajar mahasiswa juga dituntut pengalaman praktek atau klinik sesuai dengan ketentuan Kepmendiknas no 232/U/2000 dan Kurikulum Diploma III Kebidanan Tahun 2013.

Pembelajaran mahasiswa DIII kebidanan baik di kelas maupun dilahan praktik dirancang untuk mempersiapkan lulusannya yang *Proficient*/mahir dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif. Praktik Keterampilan Dasar Kebidanan merupakan komponen penting dan tahapan yang paling ditunggu oleh sebagian besar mahasiswa D III Kebidanan.

Tujuan praktik klinik kebidanan mahasiswa DIII kebidanan adalah untuk mengintegrasikan, melengkapi, dan memantapkan penguasaan seluruh kompetensi yang harus diperoleh mahasiswa

selama pendidikan serta untuk memberikan pengalaman professional sebagai bidan. Untuk mencapai hal tersebut ditempuh beberapa strategi diantaranya adalah setelah mendapatkan pembelajaran di kelas dan lahan praktik, mahasiswa dituntut agar dapat mengaplikasikan pengetahuan yang telah dimilikinya terhadap kasus nyata di lahan praktik.

Penilaian penampilan kerja memfokuskan perhatian kepada perilaku seutuhnya dari mahasiswa, termasuk pengorganisasian intelektual ketrampilan, termasuk sikap dan interaksi dengan orang lain melalui proses pembelajaran klinik.

Praktik Keterampilan Dasar Kebidanan mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid merupakan proses pembelajaran klinik dalam upaya menerapkan teori mata kuliah:

1. Keterampilan Dasar Kebidanan I
2. Biologi Dasar dan Biologi Perkembangan
3. Keterampilan Dasar Kebidanan II

Dalam pembelajaran praktik klinik ini mahasiswa dapat menerapkan praktikum yang telah diperoleh dari pembelajaran laboratorium kelas dan dilaksanakan secara nyata pada pasien di lahan praktik. Sehingga mahasiswa dapat lebih siap dan percaya diri dalam menerapkan manajemen kebidanan baik secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan secara komprehensif.

1.2 TUJUAN

1.2.1 Tujuan Umum

Secara umum tujuan kegiatan dari praktik keterampilan dasar kebidanan ini adalah agar mahasiswa memperoleh pengalaman belajar dan menerapkan keterampilan dasar dalam praktik kebidanan.

1.2.2 Tujuan Khusus

Secara khusus tujuan praktik keterampilan dasar kebidanan ini diharapkan agar mahasiswa mampu:

- a. Menerapkan prinsip pencegahan infeksi pada setiap tindakan
- b. Menggunakan instrumen dalam praktik keterampilan dasar kebidanan
- c. Melakukan pemeriksaan fisik
- d. Memecahkan masalah yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar klien
- e. Melakukan persiapan dan pemeriksaan diagnostik
- f. Memahami obat-obatan dan pemberian yang digunakan dalam praktik kebidanan
- g. Melakukan tindakan-tindakan untuk pengobatan dan pemberian cairan
- h. Melakukan penjahitan dan perawatan luka
- i. Melakukan asuhan pada klien pre dan pasca operasi pada kasus kebidanan

- j. Melakukan asuhan pada klien yang menghadapi kehilangan dan kematian.

BAB II

PRINSIP-PRINSIP UMUM

2.1 DESKRIPSI PELAKSANAAN

Sebelum memberikan asuhan kepada pasien mahasiswa diharapkan melakukan kegiatan orientasi lahan praktik yang dilakukan hari pertama praktik berlangsung (waktu disesuaikan lahan praktik). Selama kegiatan praktik klinik berlangsung mahasiswa memperoleh bimbingan dari *Clinical Instructure* (CI) yaitu CI akademik dan CI klinik yang ditunjuk oleh masing-masing institusi yaitu lahan praktik dan institusi pendidikan.

2.1.1 Fase pelaksanaan praktik klinik:

- a. Kegiatan rutin setiap hari dinas sesuai dengan jadwal dinas.
- b. Konsultasi dengan CI Klinik dan CI Akademik
- c. Penyelesaian tugas-tugas

2.1.2 Metode pembelajaran klinik:

- a. Laporan pendahuluan
- b. Catatan kegiatan harian (*learning diary*)
- c. Pre dan *post conference*
- d. *Bed side teaching*
- e. *Menthorship percepthorship* dan *supervision*

2.2 DESKRIPSI PEMBIMBING

2.2.1 CI Akademik

Dipilih oleh Ka.Prodi D III Kebidanan dibawah koordinasi Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid dari kalangan dosen tetap ataupun dosen luar. Konsultasi atau bimbingan dilakukan setiap 1 minggu sekali yang waktunya disepakati antara mahasiswa dan pembimbing. Penilaian terhadap kompetensi mahasiswa dilakukan oleh CI Akademik dan CI Klinik.

2.2.2 CI Klinik

Ditunjuk oleh pimpinan atau pejabat yang berwenang untuk memberikan bimbingan dan pengawasan kepada mahasiswa. Syarat pendidikan minimal seorang pembimbing klinik adalah setara lulusan DIV Kebidanan. Dalam kondisi dimana kualifikasi tenaga tersebut tidak tersedia, dapat dipertimbangkan untuk menunjuk pembimbing klinik dengan pengalaman kerja yang luas dalam bidang tersebut.

2.3 TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

2.3.1 Mahasiswa

- a. Menenal pembimbing klinik dan institusi
- b. Mengikuti program orientasi lingkungan belajar klinik
- c. Membaca kembali penuntun belajar/ instrumen penilaian

- d. Mereview materi-materi kebidanan dengan referensi terbaru dan berdasarkan hasil *evidence based*
- e. Menghadiri jadwal dinas dan secara aktif berpartisipasi dalam semua kegiatan
- f. Membuat buku laporan kegiatan sehari-hari yang ditanda tangani oleh pembimbing klinik/kepala jaga pada setiap akhir jam dinas.
- g. Menghadiri pertemuan *pre* dan *post conference*
- h. Mendemonstrasikan seluruh keterampilan dasar praktik klinik dengan menggunakan penuntun belajar dan instrumen penilaian
- i. Mendiskusikan dengan pembimbing klinik dan institusi mengenai keterampilan klinik yang belum dipahami atau belum dikuasai
- j. Memastikan bahwa buku pencapaian target kompetensi telah ditandatangani oleh petugas yang mendampingi setiap kali selesai melakukan tindakan dan diketahui oleh pembimbing institusi pada saat proses bimbingan.
- k. Mematuhi semua protap dan peraturan praktik klinik.

2.3.2 Pembimbing

- a. meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan asuhan kebidanan dan ilmu-ilmu lain yang terkait

- dengan praktik kebidanan sesuai dengan *evidence based*.
- b. Bekerjasama dengan institusi Pendidikan Bidan melalui koordinator praktik.
 - c. Menyiapkan diri untuk menerima mahasiswa dilahan praktik.
 - d. Memastikan ketersediaan jumlah dan jenis klien, peralatan dan bahan-bahan yang di perlukan untuk pelaksanaan praktik lapangan termasuk model.
 - e. Mengorientasikan mahasiswa pada lingkungan lahan praktik yang di gunakan termasuk peraturan-peraturan yang berlaku, SOP, alat-alat dan seluruh petugas yang bekerja di lahan praktik tsb.
 - f. Mengadakan pertemuan pra klinik untuk mendiskusikan dan mereview kembali tujuan-tujuan praktik klinik yang akan dicapai, penuntun belajar dan instrumen penilaian bersama mahasiswa.
 - g. Memberi penjelasan kepada klien bahwa mahasiswa ikut terlibat dalam pelaksanaan praktik.
 - h. Memfasilitasi mahasiswa dalam pengaturan tempat, jadwal praktik dan pemanfaatan waktu.
 - i. Mengatur ketrampilan-keterampilan yang akan di pelajari pada berbagai kasus.
 - j. Menilai pencapaian kompetensi keterampilan klinis mahasiswa dengan menggunakan instrumen penilaian.

- k. Mengevaluasi keterampilan mahasiswa secara berkesinambungan.
- l. Menerima konsultasi mahasiswa apabila ditemukan adanya kesulitan dalam pencapaian kompetensi atau pencapaian tujuan pembelajaran klinik.
- m. Melaksanakan *pre conference* dengan mahasiswa untuk memberikan umpan balik tentang kinerja mahasiswa, kendala-kendala yang di hadapi, mendiskusikan kasus-kasus serta tindakan kebidanan yang di temukan.
- n. Memberikan umpan balik dan menandatangani buku laporan / dokumentasi hasil asuhan yang dibuat mahasiswa.
- o. Mendiskusikan rencana tindak lanjut paska umpan balik.
- p. Memberi umpan balik kepada dosen pengajar/kooordinator praktik mengenai perkembangan mahasiswa.

2.4 WAKTU PELAKSANAAN PRAKTIK

Kegiatan praktik klinik dilakukan pada setiap akhir semester, dimulai dari semester II dan berakhir pada semester VI dengan kompetensi yang disesuaikan dengan tahapan pendidikan Diploma III Kebidanan, praktik keterampilan dasar

kebidanan ini dimulai pada tanggal 15 Agustus 2019 berakhir pada tanggal 10 Agustus 2019.

2.5 TEMPAT PRAKTIK

Kegiatan praktik Keterampilan Dasar Kebidanan ini dilaksanakan di RSUD dr. Moh. Saleh Probolinggo.

2.6 PERSYARATAN MAHASISWA MENGIKUTI PRAKTIK KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN

- a. Mahasiswa telah menyelesaikan dan lulus mata kuliah semester yang berjalan
- b. Mahasiswa dinyatakan lulus Ujian Tahap
- c. Terdaftar sebagai mahasiswa aktif Prodi DIII Kebidanan (menyelesaikan registrasi dan administrasi).

2.7 TATA TERTIB MAHASISWA

2.7.1 Mahasiswa harus berpenampilan rapi dan sopan.

- a. Memakai seragam praktik sesuai dengan ketentuan institusi (pakaian putih-putih, jilbab putih rambut digelung rapi)
- b. Memakai pantofel dan kaus kaki berwarna putih
- c. Tidak memakai perhiasan atau make up yang berlebihan.

2.7.2 Mahasiswa harus hadir di ruang praktik 15 menit sebelum pergantian dinas.

- 2.7.3 Memakai *skort* didalam ruangan
- 2.7.4 Memakai tanda pengenalan mahasiswa yang resmi selama berada di rumah sakit.
- 2.7.5 Setiap kali akan melakukan tindakan, mahasiwa harus memperoleh ijin terlebih dahulu/didampingi oleh petugas jaga.
- 2.7.6 Tindakan yang dilakukan harus sesuai dengan penuntun belajar dari institusi yang menyesuaikan dengan *Standard Operational Procedure* yang berlaku di Rumah Sakit.
- 2.7.7 Berperilaku sopan dan bertutur kata yang baik terhadap pasien, staf pengajar, karyawan, serta civitas akademis lainnya.
- 2.7.8 Mematuhi berbagai peraturan yang telah ditetapkan oleh masing-masing ruangan.
- 2.7.9 Bagi mahasiswa yang meninggalkan jam praktik maka diwajibkan untuk mengulang dengan ketentuan sebagai berikut:
- a. Keterangan sakit: Sesuai dengan hari yang ditinggalkan
 - b. Keterangan Ijin: 2 kali jumlah hari yang ditinggalkan
 - c. Tanpa keterangan (*Alpha*): 3 kali jumlah hari yang ditinggalkan

2.8 PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU PANDUAN PRAKTIK KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN BAGI:

2.8.1 Mahasiswa

- a. Pelihara dan simpan buku panduan ini secara baik
- b. Setiap menjalankan praktik buku ini harus selalu dibawa
- c. Tentukan keterampilan yang akan dikerjakan bersama pembimbing klinik (ruangan/pendidikan)
- d. Buku panduan dikumpulkan di pendidikan setelah melaksanakan praktik klinik, paling lambat 1 minggu setelah praktik klinik berakhir.
- e. Buku panduan sebagai dokumentasi proses belajar mengajar, diharapkan tidak hilang, bila buku evaluasi ini hilang, maka mahasiswa diharapkan mengulang praktik yang pernah dikerjakan

2.8.2 CI Klinik

- a. Berikan tanda silang (√) pada kolom yang diberi angka 1,2,3,4 (skala penilaian) setelah memantau kemampuan peserta didik selama melaksanakan praktik klinik kebidanan kepada klien dengan ketentuan :

Angka	Kriteria	Keterangan
1	Kurang	dikerjakan dengan salah
2	Cukup	dikerjakan masih dengan bimbingan
3	Baik	dikerjakan dengan benar tetapi ragu-ragu.
4	Baik Sekali	dikerjakan tanpa bimbingan dengan tepat, benar dan sistematis.

- b. Penilaian dilakukan bila sudah ada kata sepakat antara pembimbing dan mahasiswa yang bersangkutan
- c. Setiap pembimbing praktik sebaiknya mempunyai catatan/arsip mahasiswa yang dibimbingnya
- d. Pembimbing praktik mempunyai wewenang mengadakan *individual conference* dan responsi kelompok sewaktu-waktu bila diperlukan/terjadwal

2.9 EVALUASI DAN PENILAIAN

Penilaian pada Praktik Keterampilan Dasar Kebidanan meliputi penilaian portofolio dalam bentuk laporan kebidanan dan penampilan klinik secara menyeluruh meliputi aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap secara berkesinambungan dengan menggunakan pendekatan langsung pada kasus atau

pendekatan metode uji untuk penilaian kompetensi yang dilakukan tidak hanya sekali waktu penilaian.

Pembobotan laporan pendahuluan sebesar 10%, responsi 30%, sikap dan tindakan 30%, laporan kasus 20%, kehadiran 10%. Peserta didik dinyatakan lulus apabila memiliki minimal nilai 70 yang terdiri dari aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap. Bila peserta didik belum mencapai nilai batas lulus maka dapat dilakukan praktik ulang.

SOP PEMERIKSAAN FISIK IBU

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan Persiapan Alat : a. Lampu b. Sarung tangan c. Snellen card d. Penutup mata e. Jam tangan berjarum detik f. Garpu tala g. Speculum telinga h. Senter i. Speculum hidung j. Stetoskop k. Alat tulis l. Metline m. Tongue spatel n. Reflek hammer o. Sphygmomanometer p. Thermometer	20					

	q. Timbangan						
2	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur Tindakan Yang Akan Dilakukan 4. Menjaga Privasi Klien 5. Doa Bersama 	10					
3	<p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi klien 2. Mengukur tinggi badan dan menimbang berat badan 3. Melakukan pemeriksaan keadaan umum 4. Memakai sarung tangan 5. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 6. Melakukan pemeriksaan mulai kepala hingga leher 7. Melakukan pemeriksaan integument/kulit 8. Melakukan pemeriksaan payudara dan ketiak 9. Melakukan pemeriksaan thorax, jantung 10. Melakukan pemeriksaan abdomen 11. Melakukan pemeriksaan alat kelamin dan daerah sekitarnya 12. Melakukan pemeriksaan musculoskeletal/ekstrem 	30					

	itas 13. Melakukan pemeriksaan neurologi 14. Memberitahu klien bahwa pemeriksaan sudah selesai						
4	Tahap Terminasi : 1. Tanyakan respon klien 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak tindakan selanjutnya 4. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.</i>	20					
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20					
Total Bobot		100	Σ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\Sigma\ Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP MENGHITUNG TEKANAN DARAH

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Baca catatan kebidanan/ catatan medis b. Kaji kebutuhan pasien c. Cuci tangan d. Pasang sarung tangan <p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Stetoskop b. Sphygmomanometer aneroid / air raksa c. APD d. Alat tulis e. Buku catatan 	20					
2	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur Tindakan Yang Akan Dilakukan 4. Menjaga Privasi Klien 5. Doa Bersama 	10					

3	<p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mintalah pasien buat membuka bagian lengan atas yg akan diperiksa, maka tidak ada penekanan pada arteri brachialis. 2. Posisi pasien dapat berbaring, setengah duduk atau duduk yg nyaman dengan lengan bagian volar di atas. 3. Gunakan manset yg tepat dengan ukuran yang sesuai dengan lengan pasien 4. Pasanglah manset melingkar pada bagian lengan tempat pemeriksaan setinggi jantung, dengan bagian bawah manset 2 – 3 cm tepat di atas fossa kubiti & bagian balon karet yang menekan tepat di atas arteri brachialis. 5. Pastikan bahwa pipa karet tidak terlipat atau terjepit manset. 6. Hubungkan antara manset dengan sphymomanometer air raksa , posisi tegak & level air raksa setinggi jantung 7. Raba denyut arteri Brachialis pada fossa kubiti & arteri Radialis dengan jari telunjuk & jari tengah (untuk menentukan tidak ada penekanan) 8. Pastikan posisi mata pemeriksa harus sejajar dengan permukaan air raksa (agar pembacaan 	30						
---	---	----	--	--	--	--	--	--

	<p>hasil pengukuran tepat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Tutup katup pengontrol pada pompa manset 10. Pastikan bahwa stetoskop masuk tepat kedalam telinga pemeriksa, lakukan palpasi pada denyut arteri radialis 11. Pompa manset hingga denyut arteri radialis tidak teraba lagi 12. Selanjutnya pompa lagi hingga 20 – 30 mm hg (janganlah lebih tinggi, dikarenakan dapat menimbulkan rasa sakit pada pasien, rasa sakit dapat meningkatkan tensi) 13. Letakkan kepala stetoskop di atas arteri brachialis 14. Lepaskan katup pengontrol dengan cara pelan-pelan sehingga air raksa turun dengan kecepatan 2 – 3 mili meter hg per detik atau 1 skala perdetik 15. Pastikan tinggi air raksa disaat terdengar detakan pertama arteri brachialis yaitu tekanan sistolik 16. Pastikan tinggi air raksa pada saat terjadi perubahan nada yg tiba-tiba melemah Denyutan terakhir dinamakan tekanan diastolik 17. Lepaskan stetoskop dari telinga pemeriksa & manset dari lengan pasien. 18. Bersihkan earpiece & diafragma stetoskop 						
--	---	--	--	--	--	--	--

	dengan disinfektan. 19. Seandainya mau diulang tunggu minimal 30 detik.					
4	Tahap Terminasi : 1. Tanyakan respon klien 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak tindakan selanjutnya 4. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i>	20				
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20				
	Total Bobot	100	Σ Nilai			

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot

- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP MENGHITUNG DENYUT NADI

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : a. Baca catatan kebidanan/ catatan medis b. Kaji kebutuhan pasien c. Cuci tangan d. Pasang sarung tangan Persiapan Alat : a. Jam tangan b. Hanscoen & masker c. Catatan dan alat tulis	20					
2	Tahap Orientasi : 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur Tindakan Yang Akan Dilakukan 4. Menjaga Privasi Klien 5. Doa Bersama	10					
3	Tahap Kerja : 1. Minta pasien untuk menyingingkan baju yang menutupi lengan bawah 2. Pada posisi duduk, tangan diletakkan pada paha dan lengan ekstensi. Pada posisi tidur terlentang, kedua lengan	30					

	ekstensi dan menghadap atas. 3. Lakukan palpasi ringan arteri radialis dengan menggunakan jari telunjuk dan jaritengah , lakukan palpasi sepanjang lekuk radial pada pergelangan tangan 4. Rasakan denyut arteri radialis dan irama yang teratur 5. Hitung denyut tersebut selama satu menit					
4	Tahap Terminasi : 1. Tanyakan respon klien 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak tindakan selanjutnya 4. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.</i>	20				
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20				
Total Bobot		100	∑ Nilai			

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP MENGHITUNG PERNAFASAN

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : a. Baca catatan kebidanan/ catatan medis b. Kaji kebutuhan pasien c. Cuci tangan d. Pasang sarung tangan Persiapan Alat : a. Jam tangan yang ad jarum detiknya b. Buku catatan	20					
2	Tahap Orientasi : 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur Tindakan Yang Akan Dilakukan 4. Menjaga Privasi Klien 5. Doa Bersama	10					
3	Tahap Kerja : 1. Pastikan bahwa pasien dalam posisi yang nyaman 2. Letakkan lengan pasien pda posisi rileks menyilang	30					

	<p>abdomen atau dada bagian bawahnya</p> <p>3. Observasi siklus pernapasan lengkap (sekali inspirasi dan sekali ekspirasi)</p> <p>4. Sekali siklus pernapasan lengkap perhatikan jarum jam penunjuk detik dan mulai hitung frekuensi pernapasan. Jika teratur selama 30 detik lalu kalikan dua, jika tidak teratur lakukan selama satu menit penuh (untuk bayi atau anak kecil hitung pernapasan selama satu menit penuh)</p> <p>5. Selama menghitung perhatikan irama pernapasan dangkal, normal, atau terjadi perubahan pola</p>						
4	<p>Tahap Terminasi :</p> <p>1. Tanyakan respon klien</p> <p>2. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>3. Kontrak tindakan selanjutnya</p> <p>4. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.</i></p>	20					
5	<p>Dokumentasi :</p> <p>1. Respon Klien (SOAP)</p> <p>2. Tanggal, Jam.</p> <p>3. Tanda Tangan Perawat</p>	20					
	Total Bobot	100			Σ Nilai		

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	A+	70 - <75	B	40 - < 60	D
80 - < 90	A	65 - <70	C+	< 40	E
75 - < 80	B+	60 - < 65	C		

Total Nilai :

SOP MENGHITUNG SUHU TUBUH

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Baca catatan kebidanan/ catatan medis b. Kaji kebutuhan pasien c. Cuci tangan d. Pasang sarung tangan <p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Thermometer axilla (air raksa atau digital) b. Kertas tissue c. Sarung tangan d. Kapas alcohol e. bengkok f. Buku catatan 	20					
2	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur Tindakan Yang Akan Dilakukan 4. Menjaga Privasi Klien 	10					

	5. Doa Bersama						
3	<p>Tahap Kerja :</p> <p>TEMPERATUR AXILA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta klien untuk duduk atau berbaring, pastikan klien merasa nyaman. 2. Gulung lengan baju klien atau buka baju atas sampai axila terlihat 3. Keringkan daerah axila dengan kassa. 4. Pastikan thermometer siap (jika menggunakan thermometer raksa suhu awal <math><35^{\circ}\text{C}</math>). 5. Pasang thermometer pada daerah tengah axila, minta klien untuk menurunkan lengan atas dan meletakkan lengan bawah diatas dada. 6. Jelaskan pada klien bahwa pengukuran akan berlangsung selama 5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer elektrik. 7. Ambil thermometer dan baca hasilnya. 8. Bersihkan termometer dengan kapas alkohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kasa. <p>TEMPERATUR ORAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta pasien untuk duduk atau berbaring, pastikan 	30					

	<p>klien merasa nyaman.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Siapkan thermometer atau <i>turn on</i> pada thermometer elektrik. 3. Tempatkan ujung thermometer dibawah lidah pasien pada sublingual. 4. Minta pasien menutup mulut. 5. Jelaskan pada pasien bahwa pengukuran akan berlangsung selama 3-5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer elektrik. 6. Ambil thermometer dan baca hasilnya. 7. Bersihkan termometer dengan kapas alkohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kassa. <p>TEMPERATUR RECTAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persilakan pasien untuk melepas celana dalam 2. Bantu pasien berbaring kearah lateral sinistra atau dekstra dengan kaki fleksi 3. Pada bayi periksa keadaan anus pasien. 4. Olesi thermometer dengan jelly/lubricant. 5. Minta pasien untuk nafas dalam dan masukkan thermometer ke lubang anus sedalam 3 cm (jangan paksakan bila ada tahanan/hambatan). 6. Jelaskan pada pasien bahwa pengukuran akan 						
--	---	--	--	--	--	--	--

	berlangsung selama 5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer elektrik. 7. Ambil thermometer dan baca hasilnya. 8. Bersihkan termometer dengan kapas alkohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kasa.						
4	Tahap Terminasi : 1. Tanyakan respon klien 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak tindakan selanjutnya 4. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i>	20					
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20					
Total Bobot		100	∑ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP OKSIGENASI MELALUI NASAL KANUL

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan Persiapan Alat : a. Kanula nasal b. Selangoksigen c. Humidifier d. Cairansteril e. Tabungoksigen dengan flow meter f. Plester g. Sarung tangan	20					
2	Tahap Orientasi : 6. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 7. Perkenalkan Diri 8. Jelaskan Prosedur 9. Jaga Privasi 10. Doa bersama	10					
3	Tahap Kerja :	30					

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencucitangan 2. Mendekatkan alat kedekat pasien 3. Memakai sarung tangan 4. Mengkaji adanya tanda gejala hipoksia dan secret pada jalan nafas 5. Menyambungkan kanula nasal ke selang oksigen dan ke sumber oksigen 6. Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran dan memastikan berfungsi dengan baik : <ul style="list-style-type: none"> - Selang tidak tertekuk dan sambungan paten - Ada gelembung udara pada humidifier - Terasa oksigen keluar dari kanula 7. Memasang ujungkanula pada lubang hidung pasien 8. Mengatur pita plastik atau selang plastik ke kepala atau ke bawah dagu sampaikan ula pas dan nyaman 9. Memberi plester pada kanula di kedua sisi wajah 10. Merapikan pasien dan alat 11. Melepaskan sarung tangan 12. Mencucitangan 					
4	<p>Tahap Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tanyakan respon klien 6. Beri <i>reinforcement</i> positif 7. Kontrak tindakan selanjutnya 8. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i> 	20				
5	<p>Dokumentasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Respon Klien (SOAP) 	20				

	5. Tanggal, Jam.						
	6. Tanda Tangan Perawat						
	7. Rapikanalat						
	Total Bobot	100	Σ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\Sigma Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	A+	70 - <75	B	40 - < 60	D
80 - < 90	A	65 - <70	C+	< 40	E
75 - < 80	B+	60 - < 65	C		

Total Nilai :

SOP OKSIGENASI MELALUI MELALUI MASKER

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan Persiapan Alat : a. Face mask b. Selangoksigen c. Humidifier d. Cairansteril e. Tabungoksigen dengan flow meter f. Sarungtangan	20					
2	Tahap Orientasi : 11. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 12. Perkenalkan Diri 13. Jelaskan Prosedur 14. Jaga Privasi 15. Doa bersama	10					
3	Tahap Kerja : 1. Mencucitangan 2. Mendekatkanalatkedekatpa	30					

	<p>sien</p> <p>3. Memakaisarungtangan</p> <p>4. Mengkaji adanya tanda gejala hipoksia dan secret pada jalan nafas</p> <p>5. Menyambungkan masker ke selang dan sumber oksigen</p> <p>6. Mengatur pita elastic ketelinga sampai masker terasa pas dan nyaman</p> <p>7. Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran</p> <p>10. Merapikan pasiendanalat</p> <p>11. Melepaskan sarungtangan</p> <p>12. Mencucitangan</p>						
4	<p>Tahap Terminasi :</p> <p>a. Tanyakan respon klien</p> <p>b. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>c. Kontrak tindakan selanjutnya</p> <p>d. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i></p>	20					
5	<p>Dokumentasi :</p> <p>8. Respon Klien (SOAP)</p> <p>9. Tanggal, Jam.</p> <p>10. Tanda Tangan Perawat</p> <p>11. Rapikanalat</p>	20					
	Total Bobot	100	Σ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP INJEKSI SUB KUTAN, INTRA DERMAL, DAN INTRA MUSKULAR

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan 5. Menyiapkan alat <p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat dalam bentuk vial/ ampul. 2. S spuit 2 cc. 3. Kapas alkohol. 4. Sarung tangan 5. Cairan pelarut 6. Bak spuit 7. Bengkok 8. Kassa 9. Jarum spuit 10. Pengalas. 11. <i>Safety box</i> 	20					

2	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 17. Perkenalkan Diri 18. Jelaskan Prosedur 19. Menanyakan kesediaan klien 20. Memberikan kesempatan bertanya pada klien 21. Jaga Privasi 22. Doa bersama 	10					
3	<p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Telaah order, termasuk nama dan nama obat, dosis, cara pemberian, dan waktu pemberian. 2. Telaah informasi terkait medikasi termasuk cara kerja, tujuan efek samping, dan implikasi kebidanan. 3. Cek tanggal kadaluarsa medikasi. 4. Cucu tangan dan pakai sarung tangan. 5. Siapkan bengkok. 6. Siapkan medikasi <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan ampul <ol style="list-style-type: none"> 1) Tepuk bagian atas ampul perlahan dan cepat dengan jari sampai cairan turun dari leher ampul. 2) Tempatkan kassa kecil disekeliling leher ampul. 3) Patahkan leher ampul dengan cepat dan 	30					

	<p>mejauhi tangan.</p> <p>4) Pegang ampul atas ke bawah, atau taruh permukaan datar.</p> <p>5) Masukkan spuit ke tengah lubang ampul yang terbuka.</p> <p>6) Jangan sampai ujung jarum menyentuh dinding ampul.</p> <p>7) Tarik medikasi ke dalam spuit dengan cara menarik <i>plunger</i> ke belakang secara perlahan.</p> <p>8) Jika gelembung udara teraspirasi, jangan mengeluarkan udara ke dalam ampul.</p> <p>9) Untuk mengeluarkan kelebihan gelembung udara, keluarkan jarum dari ampul. Pegang spuit dengan jarum menghadap ke atas. Tepuk sisi spuit agar gelembung naik ke atas. Tarik sedikit <i>plunger</i>, dan dorong <i>plunger</i> ke atas untuk mengeluarkan udara. Jangan mengeluarkan medikasi.</p> <p>10) Jika spuit menyimpan obat berlebih, gunakan wastafel</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>untuk membuang. Pegang spuit secara vertikal dengan ujung jarum mengarah ke atas dan miringkan sedikit ke arah wastafel. Perlahan keluarkan kelebihan medikasi ke dalam wastafel. Cek kembali level medikasi pada spuit dengan memegang spuit secara vertikal.</p> <p>11) Ganti jarum spuit.</p> <p>b. Vial yang mengandung larutan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lepas penutup pada atas vial untuk membuka penutup karet, jaga penutup karet tetap steril. 2) Ambil spuit dan lepaskan tutup jarum. Tarik <i>plunger</i> untuk mengambil udara ke dalam spuit sesuai dengan volume medikasi yang akan ditarik dari vial. 3) Dengan vial berada pada permukaan datar, masukkan jarum dengan ujung bevel masuk ke tengah tutup karet. 						
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>Berikan tekanan pada ujung jarum selama insersi.</p> <p>4) Masukkan udara ke dalam vial, tahan <i>plunger</i>. Tahan <i>plunger</i> dengan tekanan konsisten, <i>plunger</i> makin terdorong ke belakang oleh tekanan udara di dalam vial.</p> <p>5) Balikkan vial sambil memegang spuit dan <i>plunger</i>. Pegang vial antara ibu jari dan jari tengah tangan non dominan. Pegang ujung barel spuit dengan <i>plunger</i> dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan dominan untuk menahan tekanan vial.</p> <p>6) Jaga ujung jarum di bawah permukaan cairan.</p> <p>7) Biarkan tekanan udara dari vial mengisi spuit dengan obat secara bertahap, jika perlu, tarik sedikit <i>plunger</i> untuk mendapatkan jumlah</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>larutan yang benar.</p> <p>8) Jika volume yang diinginkan sesuai, posisikan jarum pada ruang udara vial, tepuk sisi barel dengan hati-hati untuk mengeluarkan gelembung udara. Keluarkan gelembung udara di ujung spuit ke dalam vial.</p> <p>9) Keluarkan jarum dari vial dengan menarik barel spuit.</p> <p>10) Pegang spuit sejajar mata, pada sudut 90°, untuk memastikan volume yang benar dan tidak adanya gelembung udara.</p> <p>11) Jika spuit menyimpan obat berlebih, gunakan wastafel untuk membuang. Pegang spuit secara vertikal dengan ujung jarum mengarah ke atas dan miringkan sedikit ke arah wastafel. Perlahan keluarkan kelebihan medikasi ke dalam wastafel. Cek kembali level medikasi pada spuit</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>dengan memegang spuit secara vertikal.</p> <p>12) Ganti jarum spuit.</p> <p>c. Vial berisi bubuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lepaskan tutup yang menutupi vial medikasi bubuk. 2) Ambil pelarut kedalam spuit. 3) Masukkan ujung jarum melalui tengah penutup karet vial obat bubuk, masukkan pelarut ke dalam vial. Keluarkan jarum. 4) Campur obat dengan sempurna. Gulung di telapak tangan. Jangan di kocok. 5) Ambil jumlah volume obat yang diresepkan ke dalam spuit (lihat prosedur b2) – b12). <p>7. Bebaskan area yang akan disuntik dari baju.</p> <p>8. Pilih area injeksi yang tepat. Inspeksi permukaan kulit terkait adanya lebam, inflamasi atau edema.</p> <p>9. Bantu klien pada posisi nyaman</p> <ol style="list-style-type: none"> a. SC : minta klien merelaksasikan lengan, kaki atau abdomen, 						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>tergantung area yang dipilih.</p> <p>b. IM : minta klien berbaring lurus, miring atau pronasi, tergantung area yang dipilih.</p> <p>c. ID : minta klien mengekstensikan siku dan menyangga siku dan lengan pada permukaan datar.</p> <p>d. Berbicara dengan klien tentang hal-hal yang menarik.</p> <p>10. Bersihkan area dengan kapas alkohol. Oleskan kapas di tengah area dan putar secara sirkular ke arah luar sekitar 5 cm.</p> <p>11. Pegang kapas antara jari ketiga dan keempat tangan non dominan.</p> <p>12. Lepaskan penutup jarum.</p> <p>13. Pegang spuit antara ibu jari dan jari telunjuk dengan tangan dominan</p> <p>a. SC : pegang seperti panah, telapak tangan ke bawah atau pegang spuit di ujung jari.</p> <p>b. IM : pegang seperti panah, telapak tangan ke bawah.</p> <p>c. ID : pegang bevel jarum menghadap ke atas.</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>14. Lakukan penyuntikan</p> <p>a. SC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk klien dengan ukuran tubuh rata-rata, tarik kulit disepanjang area injeksi atau cubit kulit dengan tangan non dominan. 2) Suntikkan jarum dengan cepat dan stabil pada sudut 45-90°. Kemudian lepaskan kulit, jika di cubit. 3) Untuk klien obesitas, cubit kulit pada area dan suntikkan jarum pada sudut 90° dibawah lipatan jaringan. 4) Tarik <i>plunger</i> dan observasi adanya darah, jika tidak ada darah suntikkan medikasi perlahan. <p>b. IM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Posisi tangan non dominan pada tanda anatomik yang benar dan tarik kulit kebawah untuk memberikan suntikan pada Z- 						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>track.</p> <p>2) Jika masa otot klien sedikit, ambil otot tubuh antara ibu jari dan telunjuk.</p> <p>3) Masukkan jarum dengan cepat pada sudut 90° pada otot. Setelah jarum masuk, ambil ujung bawah spuit barel dengan tangan non dominan. Pindahkan tangan dominan pada ujung <i>plunger</i>. Hindari menggerakkan spuit ketika menarik <i>plunger</i> kebelakang untuk mengaspirasi obat. Jika terlihat darah pada spuit, keluarkan jarum, buang medikasi dan spuit dan ulangi prosedur.</p> <p>4) Jika tidak ada darah suntikkan medikasi perlahan.</p> <p>c. ID/ IC</p> <p>1) Dengan tangan non dominan, rentangkan kulit pada area dengan</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

15.	<p>jari telunjuk atau ibu jari.</p> <p>2) Dengan jarum hampir menyentuh kulit klien, masukkan perlahan pada sudut 5 - 15° sampai terasa ada tahanan. Kemudian masukkan jarum melalui epidermis sekitar 3mm dibawah permukaan kulit.</p> <p>3) Suntikkan medikasi perlahan. Secara normal, resistensi akan terasa. Jika tidak, jarum terlalu dalam, keluarkan dan mulai dari awal.</p> <p>4) Sambil memasukkan medikasi, perhatikan gelembung kecil sekitar 5 mm seperti gigitan nyamuk terlihat pada permukaan kulit.</p> <p>5) Lingkari area injeksi dari tuliskan waktu injeksi.</p> <p>Keluarkan jarum sambil</p>						
-----	--	--	--	--	--	--	--

	<p>memberikan kassa alkohol atau kapas secara perlahan-lahan di atas area.</p> <p>16. Jangan memijat area setelah injeksi.</p> <p>17. Pisahkan jarum dan spuit, kemudian buang ke <i>box sefety</i>.</p> <p>18. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan</p> <p>19. Rapikan klien.</p> <p>20. Rapikan peralatan.</p>						
4	<p>Tahap Terminasi :</p> <p>9. Tanyakan respon klien</p> <p>10. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>11. Kontrak tindakan selanjutnya</p> <p>12. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i></p>	20					
5	<p>Dokumentasi :</p> <p>12. Respon Klien (SOAP)</p> <p>13. Tanggal, Jam.</p> <p>14. Tanda Tangan Perawat</p>	20					
	Total Bobot	100			Σ Nilai		

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\Sigma\ Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	A+	70 - <75	B	40 - < 60	D
80 - < 90	A	65 - <70	C+	< 40	E
75 - < 80	B+	60 - < 65	C		

SOP NGT (NASO GASTRIC TUBE)

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> • Selang NGT No. 14 atau 16 (ukuran sesuai kebutuhan) • Spuit besar (20-50 ml) • Jelly • Stetoskop • Plester • Tissue / kassa 	20					
2	Tahap Orientasi : 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur 4. Jaga Privasi 5. Doa bersama	10					

3	<p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang handuk pada dada klien 2. Mengatur posisi pasien dengan posisi fowler atau semi fowler 3. Memakai sarung tangan 4. Mengukur panjang slang yang akan dimasukkan dengan mengukur jarak dari puncak lubang hidung ke daun telinga bawah dan ke prosesus xifoideus, beri tanda pada panjang selang yang sudah diukur dengan menggunakan plester. 5. Beri jelly 10-20 cm pada ujung selang 6. Meminta pasien untuk relaks dan bernapas normal 7. Masukkan selang ke lubang hidung secara perlahan tapi tegas sepanjang 5-10 cm, minta pasien untuk menundukkan kepala (fleksi) sambil menelan 8. Masukkan selang sampai batas yang ditandai, <ul style="list-style-type: none"> • Jika pasien batuk atau bersin, hentikan tindakan dan ulangi lagi, anjurkan pasien menarik nafas • Jika tetap ada tahanan, tarik selang secara perlahan sampai keluar, m coba masukkan lagi ke lubang hidung yang lain • Jika pasien terlihat akan muntah, tarik selang dan inspeksi tenggorokan, lanjutkan memasukkan 	30					
---	--	----	--	--	--	--	--

	<p>selang sampai tanda</p> <p>9. Periksa selang yang sudah masuk lambung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masukkan 10-20 ml udara ke spuit, sambungkan spuit dengan ujung NGT, tempatkan stetoskop pada kuadran atas kiri abdomen, dorong spuit dengan cepat sambil di auskultasi. Apabila dilambung terdengar suara hentakan berarti selang NGT masuk lambung • Masukkan ujung selang yang di klem atau di lipat kedalam baskom berisi air, bila ada gelembung berarti selang masuk paru, jika tidak ada berarti selang masuk ke lambung. Selang kembali diklem <p>10. Fiksasi selang pada hidung dengan plester</p> <p>11. Rapihan pasien dan kembalikan ke posisi yang nyaman</p> <p>12. Merapikan dan membersihkan alat</p> <p>13. Melepaskan sarung tangan</p>						
4	<p>Tahap Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan respon klien 2. Cuci tangan 3. Beri <i>reinforcement</i> positif 4. Kontrak tindakan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i> 	20					
5	<p>Dokumentasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon Klien (SOAP) 	20					

	2. Tanggal, Jam.						
	3. Tanda Tangan Perawat						
	Total Bobot	100	Σ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\Sigma\ Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP PEMASANGAN INFUS

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan <p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cairan yang diperlukan, sesuaikan cairan dengan kebutuhan pasien. 2. Saluran infus (infus set) : infus set dilengkapi dengan saluran infus, penjepit selang infus untuk mengatur kecepatan tetesan 3. Kateter intravena (IV catheter) 4. Desinfektan : kapas alkohol, larutan povidone iodine 10% 5. Kassa steril, plester, kassa 	20					

	<p>pembalut</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Torniket 7. Gunting 8. Bengkok 9. Tiang infus 10. Perlak kecil 11. Bidai, jika diperlukan (untuk pasien anak) 12. Sarung tangan steril yang tidak mengandung bedak 13. Masker 14. Tempat sampah medis 						
2	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur 4. Jaga Privasi 5. Doa bersama 	10					
3	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diminta berbaring dengan posisi senyaman mungkin 2. Mengidentifikasi vena yang akan menjadi lokasi pemasangan infuse : <ul style="list-style-type: none"> - Pilih lengan yang jarang digunakan oleh pasien (tangan kiri bila pasien tidak kidal, tangan kanan bila pasien kidal). - Bebaskan tempat yang akan dipasang infus dari pakaian yang menutupi. - Lakukan identifikasi vena 	30					

	<p>yang akan ditusuk.</p> <p>3. Alat-alat yang sudah disiapkan dibawa ke dekat penderita di tempat yang mudah dijangkau oleh dokter/ petugas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilihat kembali apakah alat, obat dan cairan yang disiapkan sudah sesuai dengan identitas atau kebutuhan pasien. - Dilihat kembali keutuhan kemasan dan tanggal kadaluwarsa dari setiap alat, obat dan cairan yang akan diberikan kepada pasien <p>4. Perlak dipasang di bawah anggota tubuh yang akan dipasang infus.</p> <p>5. Memasang <i>infuse set</i> pada kantung infuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buka tutup botol cairan infus, didesinfeksi dengan kapas alkohol. - Tusukkan pipa saluran udara, kemudian masukkan pipa saluran infus. - Tutup jarum dibuka, cairan dialirkan keluar dengan membuka kran selang sehingga tidak ada udara pada saluran infus, lalu dijepit dan jarum ditutup kembali. Tabung 						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>tetesan diisi sampai $\frac{1}{2}$ penuh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gantungkan kantung infus beserta salurannya pada tiang infus. <p>6. Cucilah tangan dengan seksama menggunakan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih dan kering.</p> <p>Lengan penderita bagian proksimal dibendung dengan torniket</p> <p>7. Kenakan sarung tangan steril, kemudian lakukan desinfeksi daerah tempat suntikan</p> <p>8. Jarum diinsersikan ke dalam vena dengan bevel jarum menghadap ke atas, membentuk sudut $30-40^{\circ}$ terhadap permukaan kulit</p> <p>9. Bila jarum berhasil masuk ke dalam lumen vena, akan terlihat darah mengalir keluar</p> <p>10. Turunkan kateter sejajar kulit. Tarik jarum tajam dalam kateter vena (<i>stylet</i>) kira-kira 1 cm ke arah luar untuk membebaskan ujung kateter vena dari jarum agar jarum tidak melukai dinding vena bagian dalam. Dorong kateter vena sejauh 0.5 – 1 cm untuk menstabilkannya</p> <p>11. Tarik <i>stylet</i> keluar sampai $\frac{1}{2}$ panjang <i>stylet</i>. Lepaskan</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>ujung jari yang memfiksasi bagian proksimal vena. Dorong seluruh bagian kateter vena yang berwarna putih ke dalam vena</p> <p>12. Torniket dilepaskan. Angkat keseluruhan stylet dari dalam kateter vena</p> <p>13. Pasang <i>infus set</i> atau <i>blood set</i> yang telah terhubung ujungnya dengan kantung infus atau kantung darah</p> <p>14. Penjepit selang infus dilonggarkan untuk melihat kelancaran tetesan</p> <p>15. Bila tetesan lancar, pangkal jarum direkatkan pada kulit menggunakan plester</p> <p>16. Tetesan diatur sesuai dengan kebutuhan</p> <p>17. Jarum dan tempat suntikan ditutup dengan kasa steril dan fiksasi dengan plester</p> <p>18. Pada anak, anggota gerak yang dipasang infus dipasang bidai (<i>spalk</i>) supaya jarum tidak mudah bergeser</p> <p>19. Buanglah sampah ke dalam tempat sampah medis, jarum dibuang ke dalam <i>sharp disposal</i> (jarum tidak perlu ditutup kembali)</p> <p>20. Bereskan alat-alat yang digunakan</p>						
4	<p>Tahap Terminasi :</p> <p>1. Rapikan alat</p>	20					

	2. Tanyakan respon klien 3. Beri reinforcement positif 4. Kontrak tindakan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb. 6. Cuci tangan						
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20					
Total Bobot		100	∑ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP KATETERISASI

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan <p>Persiapan Alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tromol steril berisi • Gass steril • Deppers steril • Handscoen • Cucing • Neirbecken • Pinset Anatomis • Doek • Kateter steril sesuai ukuran yang dibutuhkan • Tempat spesimen urine jika diperlukan • Urobag • Perlak dan pengalasnya • Disposable spuit • Selimut 	20					

	<ul style="list-style-type: none"> • Aqua bides • Alkohol • Betadine 					
2	<p>Tahap Orientasi :</p> <p>23. Ucapan Assalamu'alaikum Wr. Wb.</p> <p>24. Perkenalkan Diri</p> <p>25. Jelaskan Prosedur</p> <p>26. Jaga Privasi</p> <p>27. Doa bersama</p>	10				
3	<p>Tahap Kerja :</p> <p>Langkah – langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan penderita : untuk penderita laki-laki dengan posisi terlentang sedang wanita dengan posisi dorsal recumbent atau posisi Sim 2. Aturlah cahaya lampu sehingga didapatkan visualisasi yang baik 3. Siapkan deppers dan cucing , tuangkan bethadine secukupnya 4. Kenakan handscoen dan pasang doek lubang pada genitalia penderita 5. Mengambil deppers dengan pinset dan mencelupkan pada larutan bethadine 6. Melakukan desinfeksi sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> • Pada penderita laki- laki : Penis dipegang dan diarahkan ke atas atau hampir tegak lurus dengan tubuh untuk meluruskan 	30				

	<p>urethra yang panjang dan berkelok agar kateter mudah dimasukkan . desinfeksi dimulai dari meatus termasuk glans penis dan memutar sampai pangkal, diulang sekali lagi dan dilanjutkan dengan alkohol. Pada saat melaksanakan tangan kiri memegang penis sedang tangan kanan memegang pinset dan dipertahankan tetap steril.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada penderita wanita : Jari tangan kiri membuka labia minora, desinfeksi dimulai dari atas (clitoris), meatus lalu kearah bawah menuju rektum. Hal ini diulang 3 kali . deppers terakhir ditinggalkan diantara labia minora dekat clitoris untuk mempertahankan penampakan meatus urethra. <p>7. Lumuri kateter dengan jelly dari ujung merata sampai</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>sepanjang 10 cm untuk penderita laki-laki dan 4 cm untuk penderita wanita. Khusus pada penderita laki-laki gunakan jelly dalam jumlah yang agak banyak agar kateter mudah masuk karena urethra berbelit-belit.</p> <p>8. Masukkan katether ke dalam meatus, bersamaan dengan itu penderita diminta untuk menarik nafas dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk penderita laki-laki : Tangan kiri memegang penis dengan posisi tegak lurus tubuh penderita sambil membuka orificium urethra externa, tangan kanan memegang kateter dan memasukkannya secara pelan-pelan dan hati-hati bersamaan penderita menarik nafas dalam. Kaji kelancaran pemasukan kateter jika ada hambatan berhenti sejenak kemudian dicoba lagi. Jika masih ada tahanan kateterisasi dihentikan. Menaruh neirbecken di bawah pangkal kateter sebelum urine keluar. 						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Masukkan kateter sampai urine keluar sedalam 5 – 7,5 cm dan selanjutnya dimasukkan lagi +/- 3 cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk penderita wanita : Jari tangan kiri membuka labia minora sedang tangan kanan memasukkan kateter pelan-pelan dengan disertai penderita menarik nafas dalam . kaji kelancaran pemasukan kateter, jik ada hambatan kateterisasi dihentikan. Menaruh nierbecken di bawah pangkal kateter sebelum urine keluar. Masukkan kateter sampai urine keluar sedalam 18 – 23 cm dan selanjutnya dimasukkan lagi +/- 3 cm. <p>9. Mengambil spesimen urine kalau perlu</p> <p>10. Mengembangkan balon kateter dengan aquadest steril sesuai volume yang tertera pada label spesifikasi kateter yang dipakai</p> <p>11. Memfiksasi kateter : Pada penderita laki-laki kateter difiksasi dengan</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

	plester pada abdomen Pada penderita wanita kateter difiksasi dengan plester pada pangkal paha 12. Menempatkan urobag ditempat tidur pada posisi yang lebih rendah dari kandung kemih					
4	Tahap Terminasi : 13. Tanyakan respon klien 14. Beri <i>reinforcement</i> positif 15. Kontrak tindakan selanjutnya 16. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i>	20				
5	Dokumentasi : 15. Respon Klien (SOAP) 16. Tanggal, Jam. 17. Tanda Tangan Perawat	20				
Total Bobot		100	∑ Nilai			

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

Total Nilai :

SOP ENEMA (HUKNAH)

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	<p>Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Baca catatan kebidanan/ catatan medis b. Kaji kebutuhan pasien c. Cuci tangan d. Pasang sarung tangan <p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Irigator lengkap dengan kanul dan slang b. Air hangat <ol style="list-style-type: none"> a. Bayi : 150 – 250 cc b. Anak : 250 – 350 cc c. Usia sekolah : 300 – 500 cc d. Remaja : 500 – 700 cc e. Dewasa : 750 – 1000 cc c. Standart Infus d. Perlak dan pengalas e. Bengkok f. Pispot dan botol cebok g. Selimut mandi h. Tissue toilet i. Jelly j. Hand Schoen 	20					
2	<p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb. 	10					

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur Tindakan Yang Akan Dilakukan 4. Menjaga Privasi Klien 5. Doa Bersama 						
3	<p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendekatkan alat ke dekat pasien 2. Mengatur posisi (miring kiri untuk huknah rendah, miring kanan untuk huknah tinggi) 3. Meletakkan perlak dan pengalas dibawah bokong klien 4. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi 5. Meletakkan pispot dekat tempat tidur 6. Menggantungkan irrigator yang telah diisi air hangat pada standart dengan ketinggian 50 cm (huknah rendah) atau 30 cm (huknah tinggi) 7. Mengeluarkan udara dalam selang, kemudian menutup klem kembali 8. Menggunakan hand schoen 9. Membuka bokong hingga anus terlihat 10. Mengoleskan jelly pada kanule rectal kemudian memasukkannya secara perlahan , mengarah ke Umbilicus, panjang insersi (D: 7,5 – 10 cm, A: 5 – 7,5 cm, B: 2,5 – 3,5 cm) 11. Menginstruksikan pasien untuk tidak menahan masuknya kanul ke anus dengan cara 	30					

	menghembuskan nafas perlahan melalui mulut 12. Membuka kran dan biarkan larutan masuk dengan perlahan 13. Menutup kran bila air dalam irrigator habis atau bila pasien tidak dapat menahan untuk BAB 14. Memegang pangkal kanule dengan tissue, tarik kanule dari anus 15. Memasang pispot dibawah bokong pasien untuk BAB 16. Membersihkan anus 17. Merapikan pasien						
4	Tahap Terminasi : 1. Tanyakan respon klien 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak tindakan selanjutnya 4. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.</i>	20					
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20					
Total Bobot		100	Σ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	: A+	70 - <75	: B	40 - < 60	: D
80 - < 90	: A	65 - <70	: C+	< 40	: E
75 - < 80	: B+	60 - < 65	: C		

SOP POSISI DAN MOBILISASI

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor				Nilai
			1	2	3	4	
1	Tahap Pra Interaksi : 1. Baca catatan kebidanan/ catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien 3. Cuci tangan 4. Pasang sarung tangan Persiapan Alat :	20					
2	Tahap Orientasi : 1. Ucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb 2. Perkenalkan Diri 3. Jelaskan Prosedur 4. Jaga Privasi 5. Doa bersama	10					
3	Tahap Kerja : A. Posisi Supinasi : 1. Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur 2. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher klien	30					

	<p>3. Letakkan bantal dibawah lengan bawah pronasi, mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh.</p> <p>4. Letakkan papan kaki atau penahan foot-drop di atas telapak kaki klien.</p> <p>B.Posisi Fowler :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi klien supinasi 2. Tinggikan kepala tempat tidur kurang dari 45 derajat 3. Letakkan kepala klien diatas bantal 4. Gunakan bantal untuk menyangga tangan dan lengan klien bila klien tidak mempunyai control volunter. <p>C.Posisi Semi Fowler :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi klien supinasi 2. Tinggikan kepala tempat tidur kurang dari 45 derajat (20-30 derajat) <p>D. Posisi High Fowler :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi klien supinasi 2. Tinggikan kepala tempat tidur lebih dari 45 derajat. <p>E.Posisi Dorsal recumbent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien supinasi 2. Angkat kedua lutut dan 						
--	---	--	--	--	--	--	--

	kedua kaki terpisah . F.Posisi Litotomi 1. Atur posisi supinasi 2. Fleksikan kedua lutut secara serentak sampai mendekati punggung. Atur kedua kaki secara terpisah dengan tetap dipertahankan posisi fleksi						
4	Tahap Terminasi : 1. Rapihan alat 2. Tanyakan respon klien 3. Cuci tangan 4. Beri <i>reinforcement</i> positif 5. Kontrak tindakan selanjutnya 6. Akhiri kegiatan dengan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i>	20					
5	Dokumentasi : 1. Respon Klien (SOAP) 2. Tanggal, Jam. 3. Tanda Tangan Perawat	20					
Total Bobot		100	Σ Nilai				

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	A+	70 - <75	B	40 - < 60	D
80 - < 90	A	65 - <70	C+	< 40	E
75 - < 80	B+	60 - < 65	C		

Total Nilai :

SOP PERAWATAN JENAZAH

Berikan Nilai :

- 1 : Tidak dilakukan/ dikerjakan sama sekali
- 2 : Dikerjakan dengan keraguan, uraian langkah belum tepat dan waktu belum efektif
- 3 : Dikerjakan dengan baik sesuai langkah-langkahnya, waktu belum efektif
- 4 : Dikerjakan dengan baik dan benar, sesuai langkah-langkahnya. Waktu efektif

NO	URAIAN	1	2	3	4
Persiapan Alat					
	Sarana Medis a) Kasa/Verban secukupnya b) Sarung tangan bersih c) Kapas secukupnya d) Plastik jenazah/pembungkus jenazah e) Plester penahan untuk menutup luka (bila ada luka) f) Bengkok 1 buah g) Troli Sarana Non Medis a) Penganjal dagu b) Label identifikasi c) Tas plastic untuk tempat barang-barang klien d) Air dalam baskom e) Sabun f) Handuk g) Selimut mandi h) Kain kafan i) Daftar barang berharga j) Sisir k) Baju bersih l) Peralatan ganti balut (jika diperlukan)				
	1) Siapkan alat yang diperlukan dan bawa kedalam ruangan 2) Atur lingkungan sekitar tempat tidur.				

	<p>Bila kematian terjadi pada unit multi bed, jaga privasi pasien yang lain, tutup koridor, cuci tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Tinggikan tempat tidur untuk memudahkan kerja dan atur dalam posisi datar 4) Tempatkan tubuh dalam posisi supinasi 5) Tutup mata, dapat menggunakan kapas yang secara perlahan ditutupkan pada kelopak mata dan plester jika mata tidak tertutup 6) Luruskan badan, dengan lengan menyilang tubuh pada pergelangan tangan dan menyilang abdomen. Atau telapak tangan menghadap kebawah 7) Ambil gigi palsu jika diperlukan dan tutup mulut. Jika mulut tetap tidak mau tertutup, tempatkan gulungan handuk di bawah dagu agar mulut tertutup. Tempatkan bantal di bawah kepala. 8) Lepaskan perhiasan dan barang berharga dihadapan keluarga. Pada umumnya, semua cincin, gelang, kalung dll di lepas dan ditempatkan pada tas plastic tempat barang berharga. Termasuk kaca mata, kartu, surat, kunci, barang religi. Beri label identitas. 9) Jaga keamanan barang berharga klien. Ikuti peraturan RS untuk disposisi (penyerahan) barang berharga. Jangan meninggalkan barang berharga. Tempatkan dikantor perawat sampai dapat disimpan ditempat yang lebih aman atau diserahkan pada keluarga. Jika memungkinkan, keluarga dianjurkan untuk membawa pulang semua barang milik klien sebelum klien meninggal. 				
--	--	--	--	--	--

	<p>10) Bersihkan badan. Dengan menggunakan air bersih, bersihkan area tubuh yang terdapat kotoran seperti darah, feces, atau muntahan. Jika kotoran terjadi pada area rectum, uretra atau vagina, letakan kassa untuk menutup tiap lubang dan rekatkan dengan plester untuk mencegah pengeluaran lebih lanjut. Setelah kematian, spingter otot relaks, menyebabkan incontinensia feces dan urin</p> <p>11) Rapikan rambut dengan sisir rambut</p> <p>12) Rawat drainage dan tube yang lain. Jika akan dilakukan autopsy, tube pada umumnya dibiarkan pada badan, ambil botol drainage atau bag dari tube dan tekuk tube, ketika dilakukan autopsy, tube diambil. Pastikan balon sudah dikempiskan sehingga tidak melukai jaringan tubuh selama pengambilan</p> <p>13) Ganti balutan bila ada balutan. Balutan yang kotor harus diganti dengan yang bersih. Bekas plester dihilangkan dengan bensin atau larutan yang lain yang sesuai dengan peraturan RS</p> <p>14) Pakaikan pakaian yang bersih untuk diperlihatkan pada keluarga. Jika keluarga meminta untuk melihat jenazah, tempatkan pada posisi tidur, supinasi, mata tertutup, lengan menyilang di abdomen. Rapikan tempat tidur kembali</p> <p>15) Beri label identifikasi pada jenazah. Label identitas dengan nama, umur, dan jenis kelamin, tanggal MRS, nomor kamar dan nama dokter. Sesuai dengan peraturan RS, ikatan label identitas pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki atau plester label pada dada depan pasien</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>16) Letakan jenazah pada kain kafan sesuai dengan peraturan RS. Ikatkan kasa atau verban atau pengikat yang lain dibawah dagu dan sekitar kepala untuk menjaga agar dagu tetap tertutup. Kemudian, ikat pergelangan tangan bersama menyilangkan diatas abdomen untuk menjaga lengan jatuh dari brankar ketika jenazah diangkut kekamar jenazah. Letakan jenazah pada kain kafan. Lipat bagian 1 sudut kebawah menutup kepala, diikuti bagian sudut ke 2 keatas menutup kaki. Lipat bagian sudut 3 dan 4. Peniti atau plester diperlukan untuk menjaga kain kafan pada tempatnya.</p> <p>17) Beri label pada bagian luar. Tandai identifikasi di penitikan pada bagian luar kain kafan.</p> <p>18) Pindahkan jenazah ke kamar jenazah. Pindahkan jenazah secara perlahan ke brankar. Tutup jenazah dengan kain. Kemudian ikat dengan pengikat brankar pada bagian dada dan lutut. Pengikat untuk mencegah jenazah jatuh, tapi tidak boleh terlalu kuat sehingga dapat menyebabkan lecet.</p> <p>19) Bereskan dan bersihkan kamar pasien.</p> <p>20) Dokumentasikan prosedur. Pada catatan perawatan, catat waktu dan tanggal jenazah diantar ke kamar jenazah. Lakukan pencatatan apakah barang berharga disimpan atau diserahkan pada keluarga.</p>			
	<p>1) Berikan barang-barang milik klien pada keluarga klien atau bawa barang tersebut kekamar jenazah. Jika perhiasan atau uang diberikan pada keluarga, pastikan ada petugas/ perawat lain yang menemani.</p> <p>2) Berikan support emosional kepada</p>			

	keluarga yang ditinggalkan dan teman dan kepada klien lain yang sekamar. 3) Mengangkat jenazah dilakukan secara perlahan untuk mencegah lecet dan kerusakan kulit				
--	--	--	--	--	--

Catatan :

Keterangan :

- Nilai = Skor x Bobot
- $Total\ Nilai = \frac{\sum Nilai}{5}$

Penilaian :

Nilai	Huruf	Nilai	Huruf	Nilai	Huruf
≥ 90	A+	70 - <75	B	40 - < 60	D
80 - < 90	A	65 - <70	C+	< 40	E
75 - < 80	B+	60 - < 65	C		

Total Nilai :

CONTOH FORMAT TARGET KDK

BAB I PENDAHULUAN

- 1.1 Latar Belakang
- 1.2 Rumusan Masalah
- 1.3 Tujuan
- 1.4 Manfaat

BAB II TINJAUAN TEORI

- 2.1 Definisi
- 2.2 Tujuan
- 2.3 Prosedur
- 2.4 Faktor2

BAB III TINJAUAN KASUS

- 3.1 Pengkajian
- 3.2 Intervensi
- 3.3 Implementasi
- 3.4 Evaluasi

BAB IV PEMBAHASAN

BAB V PENUTUP

1. Kesimpulan
2. Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAPORAN PENDAHULUAN
PRASAT MENGUKUR TANDA- TANDA VITAL DENGAN EFUSI
PLEURA DI RSUD dr. MOH. SALEH PROBOLINGGO



Di susun oleh :

Nama :

NIM :

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NURUL JADID
PAITON-PROBOLINGGO

2019

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pemeriksaan tanda vital merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh. Tanda vital meliputi suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah. Tanda vital mempunyai nilai yang sangat penting pada fungsi tubuh. Adanya perubahan tanda vital, misalnya suhu tubuh dapat menunjukkan keadaan metabolisme dalam tubuh, denyut nadi dapat menunjukkan perubahan pada sistem kardiovaskular, frekuensi pernapasan dapat menunjukkan fungsi pernapasan, dan tekanan darah dapat menilai kemampuan sistem kardiovaskular, yang dapat dikaitkan dengan denyut nadi. Semua tanda vital tersebut saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Perubahan tanda vital dapat terjadi bila tubuh dalam kondisi aktifitas berat atau dalam keadaan sakit dan perubahan tersebut merupakan indikator adanya gangguan sistem tubuh.

Pemeriksaan tanda vital yang dilaksanakan oleh perawat digunakan untuk memantau perkembangan pasien. Tindakan ini bukan hanya merupakan kegiatan rutin pada klien, tetapi merupakan tindakan pengawasan terhadap perubahan atau gangguan sistem tubuh.

1.2 TUJUAN

Tujuan dilakukan pemeriksaan tanda vital pada pasien dengan efusi pleura, yaitu:

- untuk memantau adanya perubahan tanda vital pada pasien
- untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh
- untuk memantau perkembangan pasien

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Tinjauan Teori Prasad

a. Definisi

Tanda-tanda vital digunakan sebagai indikator dari status kesehatan, ukuran-ukuran ini menandakan keefektifan sirkulasi, respirasi, fungsi neural dan endokrin tubuh. Karena sangat penting, maka disebut dengan tanda vital. Tanda vital merupakan cara yang cepat dan efisien untuk memantau kondisi klien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi.

b. Landasn Teori

.1. Suhu

Suhu yang dimaksud adalah “panas” atau “dingin” suatu substansi. Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar.

Faktor yang mempengaruhi suhu tubuh:

1. Usia
2. Olah raga
3. Kadar hormone
4. Irama sirkadian
5. Stress
6. Lingkungan

2. Nadi

Nadi adalah aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada tubuh. Nadi merupakan indikator status sirkulasi.

Karakter nadi :

1. frekuensi
2. irama
3. kekutan
4. kesamaan

3. Pernapasan/ Respirasi

Pernapasan adalah mekanisme tubuh menggunakan pertukaran udara antara atmosfer dengan darah serta darah dengan sel.

4. Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Merupakan indikator kardiovaskuler. Kontraksi jantung mendorong darah dengan tekanan tinggi ke aorta. Puncak dari tekanan maksimum saat terjadi ejeksi adalah tekanan sistolik. Pada saat ventrikel relaks, darah yang tetap dalam arteri menimbulkan tekanan diastolic atau minimum. Faktor yang mempengaruhi tekanan darah:

1. usia
2. stress
3. ras
4. medikasi
5. variasi durnal
6. jenis kelamin

2. Prosedur prasat sesuai Teori

2.1. Menghitung tekanan darah

a. Persiapan alat

- Tensi meter

- Stetoskop

b. Pelaksanaan

..... dst sesuai ceklist

BAB III
TINJAUAN KHUSUS

3.1 Pengkajian

Tanggal : 16 Juli 2019
Jam : 20.00 WIB
Ruang : Flamboyan
Tanggal masuk : 14 Juli 2019
Jam : 01.10 WIB
No.RM : 45-23-67
Diagnosa Medis : Efusi Pleura

1. Data Subyektif

a. Identitas

Nama : Tn.D
Umur : 68 th
Agama : Islam
Alamat : Nagasari

b. Keluhan utama

Tn.D mengeluh kadang- kadang masih sesak napas namun sudah membaik

c. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang

Tn,D merasa tidak nyaman karena napasnya sesak

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum = Baik
- Kesadaran = Composmentis
- TTV = TD : 110/80 mmHg , S : 36,9⁰C,
N : 82x/menit, R : 24x/menit
- BB = 48 kg
- TB = 150 cm

b. Pemeriksaan Fisik

- Jika Perlu

3.3 Penatalaksanaan

Dilakukannya pengukuran tanda – tanda vital (TTV)

a. Persiapan alat

.....

b. Persiapan Pasien

.....

Di tulis sjesuai ceklist

DAFTAR PUSTAKA

- Cek list KDK
- Hand out KDK
- Buku Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan edisi 2, Musrifatul Uliyah. Aziz Alimul Hidayat, 2008. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.