

Program Studi  
**Sarjana Terapan Kebidanan**



# **MODUL PRAKTIK 3**

# **KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

---

# **2019**



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**Jurusan Kebidanan**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

# **MODUL**

## **PRAKTIK KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**



**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN**  
**JURUSAN KEBIDANAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

**VISI DAN MISI**  
**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

**VISI**

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan  
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal  
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan  
Unggulan Kebidanan Komunitas”

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

## DAFTAR ISI

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) KETERAMPILAN MEGUKUR TANDA-TANDA VITAL .....	3
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMASANGAN NASO GASTRIC TUBE (NGT).....	10
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN MAKANAN NASO GASTRIC TUBE (NGT) .....	13
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) IRIGASI NGT ATAU KUMBAH LAMBUNG.....	15
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MELEPAS SELANG NASO GASTRIC TUBE (NGT).....	17
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMASANGAN INFUS.....	19
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) VULVA HIGIENE .....	22
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMASANGAN KATETER .....	25
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN OBAT INJEKSI .....	29
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN NASAL KANUL .....	32
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN MASKER SEDERHANA .....	34
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMERIKSAAN FISIK UMUM .....	36
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PERAWATAN LUKA MEMASANG BALUTAN KERING DAN BASAH-KERING.....	40
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMERIKSAAN KADAR HB (METODE SAHLI) .....	44
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMERIKSAAN KADAR GLUKOSA URINE .....	46
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMERIKSAAN KADAR PROTEIN URINE (DENGAN ASAM ACETAT).....	48

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
KETERAMPILAN MEGUKUR TANDA-TANDA VITAL**

Penilaian kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan** : langkah tidak dikerjakan / langkah yang dikerjakan tidak sesuai dengan yang seharusnya / urutan langkah tidak sesuai (jika harus berurutan)
2. **Mampu** : langkah yang dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Peserta hanya perlu sedikit bimbingan
3. **Mahir**: langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja sangat efisien.
0. **T/D** : langkah tidak diamati karena penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> (Baki dengan alas berisi) : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termometer dalam tempatnya</li> <li>2. Tiga buah botol berisi larutan sabun, larutan desinfektan &amp; air bersih</li> <li>3. Bengkok</li> <li>4. Kertas tissue</li> <li>5. Vaseline/jeli dalam tempatnya</li> <li>6. Jam tangan berdetik</li> <li>7. Tensimeter/spignomanometer lengkap &amp; stetoskop</li> <li>8. Bola kapas kering dalam kom tertutup</li> <li>9. Pena dan buku catatan</li> <li>10. Sarung tangan bersih dalam bak instrument</li> </ol>				
II.	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Menyiapkan pasien dalam keadaan istirahat</li> <li>3. Menyiapkan lingkungan yang aman &amp; nyaman dengan menutup pintu, gordena &amp; menganjurkan orang/keluarga dalam ruangan agar menunggu di luar</li> </ol>				
III.	<b>PROSEDUR PELAKSANAAN</b>				
	<b>A. MENGUKUR SUHU AKSILA</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat ke dekat klien</li> <li>2. Mencuci tangan 7 langkah</li> </ol>				

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada klien</li> <li>4. Mengatur posisi klien (duduk/terlentang)</li> <li>5. Minta klien membuka lengan baju (kalau perlu dibantu)</li> <li>6. Bila ketiak basah keringkan dengan tissue</li> <li>7. Ambil termometer dari tempatnya (bila termometer dari larutan desinfektan bersihkan dengan tissue dari pangkal ke reservoir masukkan ke air bersih kemudian bersihkan lagi dengan tissue)</li> <li>8. Cek pastikan suhu dibawah 35o celcius</li> <li>9. Pasang/letakkan termometer tepat pada tangan aksila klien, lengan klien fleksi diatas dada</li> <li>10. Tahan sampai 10 menit kemudian angkat, lap dengan tissue dengan gerakan sirkuler dari pangkal ke reservoir &amp; baca hasilnya.</li> <li>11. Menginformasikan hasil pemeriksaan ke klien</li> <li>12. Merapikan kembalipakaian klien &amp; membantu klien ke posisi yang nyaman</li> <li>13. Bersihkan termometer dengan cara masukkan lar.sabun, lap dengan tissue, masukkan ke lar.desinfektan kemudian lap dengan tissue</li> <li>14. Menurunkan air raksa samapi reservoir, masukkan termometer dalam tempatnya</li> <li>15. Mencuci tangan</li> <li>16. Mencatat suhu klien pada buku catatan</li> </ol> <p><b>B. MENGUKUR SUHU ORAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Langkah 1-4 sda (setelah cuci tangan pakai sarung tangan)</li> <li>2. Mengambil termometer dari tempatnya (bila termometer dari larutan desinfektan bersihkan dengan tissue dari pangkal ke reservoir kemudian masukkan ke air bersih &amp; lap dengan tissue)</li> <li>3. Cek termometer, pastikan suhu dibawah 35° C</li> <li>4. Minta klien membuka mulutnya, dengan perlahan letakkan termometer di bawah lidah (dari arah lateral ke tengah rahang bawah)</li> <li>5. Minta klien mengatubkan bibirnya selama 3-5 menit</li> <li>6. Mengambil termometer secara hati-hati kemudian angkat, lap dengan tissue dengan</li> </ol>				
--	--	--	--	--	--

	<p>gerakan sirkuler dari pangkal ke reservoir &amp; baca hasilnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Menginformasikan hasil pemeriksaan ke klien</li> <li>8. Bersihkan termometer sda</li> <li>9. Menurunkan air raksa samapi reservoir, masukkan termometer ke dalam tempatnya</li> <li>10. Melepaskan sarung tangan</li> <li>11. Mencatat suhu klien pada buku catatan</li> </ol> <p><b>C. MENGUKUR SUHU RECTAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat ke dekat klien</li> <li>2. Mencuci tangan 7 langkah</li> <li>3. Pakai sarung tangan bersih</li> <li>4. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada klien</li> <li>5. Menutup gorden/ pintu ruangan jika perlu pasang sketsel</li> <li>6. Membantu klien dalam posisi sim's (jika anak dapat berbaring tengkurap)</li> <li>7. Meminta/membantu klien menurunkan pakaian bawah sampai di bawah gluteal</li> <li>8. Membuka pantat sampai pelepasan (anus) tampak dari luar, bila pelepasan tampak kotor bersihkan dengan tissue</li> <li>9. Mengambil termometer dari tempatnya (bila termometer dari lar.desinfektan lap dengan tissue dari pangkal ke reservoir, masukkan ke air bersih &amp; lap lagi dengan tissue)</li> <li>10. Cek termometer, pastikan suhu dibawah 35° C</li> <li>11. Mengoleskan vaselin/lubrikan pada ujung termometer (2,5-4 cm untuk dewasa &amp; 1,5-2,5 cm untuk bayi/anak)</li> <li>12. Dengan tangan kiri tak dominan meninggikan/ membuka bokong atas klien</li> <li>13. Memasukkan termometer ke dalam rectal secara perlahan (bila ada tahanan segera tarik termometer)</li> <li>14. Memegang termometer selama 2-3 menit</li> <li>15. Mengambil termometer dari pelepasan kemudian membersihkan area anal dan termometer dengan tissue dari pangkal ke reservoir, baca hasilnya</li> <li>16. Menginformasikan hasil pemeriksaan &amp; tindakan telah selesai</li> <li>17. Memasukkan termometer ke dalam</li> </ol>				
--	--	--	--	--	--

	<p>lar.desinfektan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Merapikan kembali pakaian klien &amp; membantu klien kembali ke posisi yang nyaman</li> <li>19. Mengambil termometer dari lar.desinfektan kemudian di lap dengan tissue, masukkan ke lar.sabun di lap dengan tissue, masukkan ke air bersih, lap/keringkan dengan tissue</li> <li>20. Menurunkan air raksa sampai di bawah 35° C &amp; masukkan termometer ke dalam tempatnya</li> <li>21. Melepaskan sarung tangan</li> <li>22. Mencatat suhu klien pada buku catatan</li> </ol> <p><b>D. MENGUKUR DENYUT NADI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Menjelaskan tujuan &amp; prosedur tindakan</li> <li>3. Mengatur posisi klien (duduk/berbaring)</li> <li>4. Meraba/menentukan letak arteri/denyut nadi yang akan dihitung</li> <li>5. Memeriksa denyut nadi dengan cara meletakkan ujung jari telunjuk, jari tengah &amp; jari manis di atas arteri yang akan dihitung</li> <li>6. Bila denyut nadi sudah teraba teratur, pegang jam tangan dengan penunjuk detik pada tangan lain</li> <li>7. Menghitung denyut nadi selama ¼ menit (bila nadi teratur) hasilnya dikalikan 4 (jika nadi tidak teratur hitung selama 1 menit)</li> <li>8. Merapikan/mengembalikan klien ke posisi yang nyaman</li> <li>9. Menginformasikan hasil pemeriksaan &amp; memberi tahu tindakan telah selesai</li> <li>10. Mencuci tangan</li> <li>11. Mencatat nadi pada buku catatan</li> </ol> <p><b>E. MENGAJI PERNAFASAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Pasien tidak perlu diberi tahu bahwa akan dilakukan pemeriksaan pernafasan/memberi tahu klien untuk pemeriksaan nadi</li> <li>3. Membantu klien dalam posisi yang nyaman</li> <li>4. Meletakkan lengan klien pada posisi rileks pada abdomen/dada bagian bawah &amp; meletakkan tangan anda pada abdomen atas tangan klien kemudian amati gerakannya</li> <li>5. Mengobservasi satu siklus pernafasan lengkap kemudian mulai menghitung frekuensi</li> </ol>				
--	--	--	--	--	--



	<p>pernafasan &amp; memperhatikan kedalaman, irama serta karakter pernafasan selama 30 detik. Hasilnya dikalikan 2 (jika pernafasan tidak teratur atau klien bayi/anak kecil hitung selama 1 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mengatur kembali klien dalam posisi yang nyaman</li> <li>7. Mencuci tangan</li> <li>8. Mencatat hasil pemeriksaan pada buku catatan</li> </ol> <p><b>F. MENGUKUR TEKANAN DARAH</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Menjelaskan pada klien tentang tujuan &amp; prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>3. Mendesinfeksi gagang stetoskop yang akan ditempelkan di telinga dengan kapas yang dibasahi alkohol</li> <li>4. Membantu klien mengatur posisi yang nyaman (duduk/berbaring dengan posisi lengan yang akan diukur terlentang)</li> <li>5. Meletakkan tensimeter di samping atas lengan klien</li> <li>6. Meminta/membantu klien membuka/menggulung lengan baju yang akan diperiksa</li> <li>7. Memasang manset pada lengan atas kira-kira 2,5 cm diatas fossa antecubiti (jangan terlalu kuat/kendor) &amp; tanda panah pada manset sejajar dengan arteri brakialis</li> <li>8. Meraba arteri brakialis dengan jari tangan &amp; telunjuk</li> <li>9. Memakai stetoskop pada telinga, meletakkan bagian diafragma stetoskop diatas arteri brakialis &amp; memegangnya dengan ibu jari/beberapa jari</li> <li>10. Menutup klep/skrup pompa balon dengan memutar searah jarum jam &amp; membuka kunci air raksa</li> <li>11. Memompa balon udara sampai kira-kira 30 mmHg diatas titik pulsasi hilang</li> <li>12. Membuka skrup balon secara pelan-pelan (air raksa turun kira-kira 2-3 mmHg/detik)</li> <li>13. Mendengarkan dengan seksama sambil membaca skala air raksa dimana suara denyut arteri pertama terdengar sampai menghilang (denyut pertama adalah tekanan sistolik &amp; suara denyut terakhir adalah tekanan diastolik)</li> </ol>				
--	---	--	--	--	--

	<p>14. Mengempiskan manset dengan cepat setelah suara denyutan tidak terdengar sampai air raksa pada angka nol (jika ingin mengulang pemeriksaan tunggu kira-kira 2 menit)</p> <p>15. Membuka manset digulung/dilipat yang rapi kemudian manset &amp; balon ditempatkan pada tempatnya. Air raksa dikunci, tensimeter ditutup</p> <p>16. Membantu klien untuk mengatur posisi yang diinginkan/nyaman</p> <p>17. Mencuci tangan</p> <p>18. Mencatat hasil pemeriksaan pada buku catatan</p> <p><b>G. MENGUKUR NADI APICAL</b></p> <p>1. Mencuci tangan</p> <p>2. Menjelaskan tujuan &amp; prosedur tindakan yang akan dilakukan</p> <p>3. Menutup pintu/gorden</p> <p>4. Membersihkan gagang &amp; diafragma stetoskop dengan kapas desinfektan (kapas alkohol)</p> <p>5. Membantu mengatur posisi klien (duduk/terlentang)</p> <p>6. Meminta/ membantu membuka/ melepaskan pakaian atas klien untuk memajankan sternum &amp; bagian dada sebelah kiri</p> <p>7. Meraba/menentukan Titik Impuls Maximal (TIM)</p> <p>8. Menghangatkan diafragma stetoskop dengan meletakkan diafragma pada telapak tangan kira-kira 5-10 detik</p> <p>9. Meletakkan diafragma stetoskop di atas TIM</p> <p>10. Mendengarkan bunyi jantung (bila terdengar teratur selama 30 detik hasilnya dikalikan 2, bila tidak teratur hitung selama 1 menit)</p> <p>11. Merapikan kembali pakaian klien &amp; bantu ke posisi yang diinginkan/nyaman</p> <p>12. Mencuci tangan</p> <p>13. Mencatat hasil pemeriksaan pada buku catatan</p>				
<b>IV.</b>	<p><b>SIKAP SELAMA PELAKSANAAN</b></p> <p>1. Sopan &amp; ramah</p> <p>2. Menjaga privacy pasien</p> <p>3. Bekerja dengan teliti &amp; sistematis</p> <p>4. Mempertahankan body mekanisme</p>				
<b>TOTAL</b>					

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Skor Perolehan} \times 100}{\text{Skor Maksimal}}$$

**Mengetahui,  
Penguji**

(.....)

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMASANGAN NASO GASTRIC TUBE (NGT)**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
2. **Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
0. **T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NGT ukuran 14-16 Fr (DWS), 5-10 Fr (anak)</li> <li>2. Kateter tip 20-50 ml</li> <li>3. Baskom</li> <li>4. Gel larut air</li> <li>5. Plaster hipoalergik</li> <li>6. Klem</li> <li>7. Sarung tangan (Handschoen steril)</li> <li>8. Handuk / tissue</li> <li>9. Pen light</li> <li>10. PH strip test spatel lidah</li> </ol>				
II.	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kembali riwayat medis klien</li> <li>2. Kaji kesadaran dan kemampuan klien untuk memahami prosedur</li> <li>3. Jelaskan prosedur yang dilakukan</li> <li>4. Atur posisi klien semi fowler</li> <li>5. Berikan privasi pada klien</li> </ol>				
III.	<b>PELAKSANAAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan plester</li> <li>2. Cuci tangan sebelum memulai prosedur</li> <li>3. Letakkan handuk diatas dada klien</li> <li>4. Letakkan tissue dijangkauan pasien</li> </ol>				

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berdiri di sebelah kanan klien jika menggunakan tangan kanan sebagai tangan dominan, atau sebaliknya</li> <li>6. Dengan menggunakan penlight, untuk melihat keadaan nostril pasien, apakah ada benjolan atau luka, meminta pasien untuk menutup nostril hidung yang satu menghembuskan nafas</li> <li>7. Mengeluarkan NGT, memakai korentang</li> <li>8. Memakai handscoen</li> <li>9. Ukur jarak dari ujung hidung ke telinga kemudian ke processus xyphoideus sternum dan beri tanda dengan plester</li> <li>10. Gulung 10-15 cm ujung selang dengan ketat memutar keempat jari</li> <li>11. Oleskan gel pada bagian ujung distal selang <math>\pm 4</math> inci (10 cm)</li> <li>12. Beritahu klien bahwa insersi akan dimulai dan minta klien untuk menghiperekstensikan lehernya</li> <li>13. Secara perlahan masukkan bagian ujung selang ke arah bawah melalui kavum nasi sampai ke rongga nasofaring</li> <li>14. Minta klien untuk menundukkan kepala ke depan dan menelan sedikit air jika memungkinkan atau menelan tanpa air saat selang masuk</li> <li>15. Jika klien ingin muntah/batuk, tarik selang sedikit, berhenti sejenak, dan biarkan klien rileks sejenak</li> <li>16. Tanyakan pada klien apakah klien merasa tidak nyaman pada daerah dibelakan tenggorokan</li> <li>17. Periksa daerah orofaring dengan spetel lidah jika terjadi penggulangan di daerah tenggorokan, tarik selang sampai orofaring lalu masukkan lagi pada saat klien menelan</li> <li>18. Teruskan memasukkan selang sampai mencapai batas plester</li> <li>19. Minta klien untuk bicara</li> <li>20. Periksa kembali penempatan NGT: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi faring posterior untuk adanya penggulangan selang</li> <li>- Aspirasi isi gaster</li> <li>- Jika memungkinkan gunakan PH strip tes untuk isi gaster</li> </ul> </li> <li>21. Hubungan NGT dengan spuit</li> <li>22. Lepas handscoon dan buang</li> <li>23. Cuci tangan</li> </ol>				
--	--	--	--	--	--

	24. Berikan posisi nyaman pada klien dan tempatkan lampu panggil pada tempat yang mudah diarahkan 25. Dokumentasikan tindakan				
<b>IV.</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Palpasi perut klien untuk adanya distensi dan nyeri 2. Auskultasi suara perut & observasi warna isi gaster 3. Kaji turgor kulit & observasi integritas mukosa nasl dan oral 4. Jalan napas tetap paten 5. Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui,</b> <b>Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMBERIAN MAKANAN NASO GASTRIC TUBE (NGT)**

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formula makanan</li> <li>2. Syringe 50 cc atau corong/ botol infuse kosong diisi bagian bawahnya</li> <li>3. Handuk/serbet makanan</li> <li>4. Bengkok</li> <li>5. Air matang</li> <li>6. Obat (jika ada) yang dihaluskan</li> <li>7. Sarung tangan nonteril</li> </ol>				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kembali advise dokter</li> <li>2. Kaji adanya distensi, peristaltic usus dan intoleransi/ alergi terhadap makanan tertentu</li> <li>3. Jelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan</li> <li>4. Atur posisi klien semi fowler</li> <li>5. Berikan privasi pada klien</li> </ol>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Pakai handschoen</li> <li>3. Sebelumnya cek ketetapan penempatan</li> <li>4. Selang NGT dan keadaan mukosa hidung</li> <li>5. Beritahu klien bahwa akan diberikan makanan lewat selang dihidungnya.</li> <li>6. Aspirasi isi lambung untuk mengetahui volume residu, masukkan kembali perlahan, lalu klem</li> <li>7. Sambungkan selang dengan spuit 50 cc atau corong/ botol infuse</li> <li>8. Klem/ tekuk selang NGT agar udara tidak masuk</li> <li>9. Siapkan cairan formula makanan, cek suhu, tanggal kadaluarsa dan ketepatan pasien</li> <li>10. Masukkan air matang secukupnya <math>\pm 30</math> cc pada spuit/ corong / botol infuse, lalu klem</li> <li>11. Buka klem pada selang, biarkan air mengalir dengan gravitasi yang ada, tinggikan spuit bila perlu</li> <li>12. Sebelum air dalam selang habis, klem/tekuk kembali selang NGT</li> <li>13. Masukkan cairan formula makanan ke dalam spuit/corong/botol infuse.</li> </ol>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>14. Alirkan dengan membuka klem selang, bila tidak lancar, pangkal selang agak ditinggikan</li> <li>15. Cairan selanjutnya dituang sebelum isi spuit/corong/botol infuse habis, sampai dicapai jumlah makanan yang telah ditentukan.</li> <li>16. Bila pasien perlu minum obat, obat dilarutkan dan diberikan sebelum makanan habis</li> <li>17. Setelah makanan habis, selang dibilas dengan air matang ±30 cc</li> <li>18. Klem tekuk selang NGT dan lepaskan spuit/corong/ botol infuse dari sambungan dengan selang, selang yang tertekuk dimasukkan ke dalam lubang pangkal selang NGT</li> <li>19. Bereskan dan bersihkan semua peralatan</li> <li>20. Lepas handschoon</li> <li>21. Cuci tangan</li> </ul>				
<b>IV. EVALUASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Palpasi perut klien untuk adanya distensi dan nyeri</li> <li>2. Auskultasi suara perut &amp; observasi warna isi gaster</li> <li>3. Kaji turgor kulit &amp; observasi integritas mukosa nasal dan oral</li> <li>4. Jalan napas tetap paten</li> <li>5. Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi</li> </ul>				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan} \times 100}{\text{Skor Maksimal}}</math></b></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui, Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
IRIGASI NGT ATAU KUMBAH LAMBUNG**

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b> 1. Handscoon 2. Syringe 60 ml 3. Larutan normal saline 4. Handuk 5. Baskom				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> 1. Kaji volume, warna, dan karakter dari sekresi gester 2. Jelaskan tentang proseedur yang akan dilakukan 3. Posisikan klien semifowler 4. Berikan privasi kepada klien				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Cuci tangan 2. Pakai handschoon 3. Pastikan bahwa NGT ditempat yang benar 4. Letakkan handuk diatas dada pasien 5. Ambil 30 ml larutan NS ke dalam syringe 6. Klem atau tekuk selang NGT dan lepas dari sambungan suction/corong makan 7. Sambungkan selang NGT dengan syringe berisi NS 8. Masukkan NS dengan perlahan, pastikan aliran tidak terlalu cepat 9. Biarkan sesaat, lalu tarik kembali dengan syringe pelan-pelan 10. Buang residu kedalam baskom, catat hasilnya 11. Ulangi kumbah lambung sampai dipastikan hasil residu jernih 12. Lepaskan spuit 30 ml dan sambungan ke tempat semula 13. Lepaskan handscoon 14. Cuci tangan				
<b>IV.</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Tanyakan tingkat ketidaknyamanan klien selama irigasi NGT 2. Dokumentasikan respon klien akan adanya nausea, rasa tidak nyaman pada perut 3. Observasi karakteristik, warna dan volume				

<b>TOTAL</b>					
<b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Mengetahui, Penguji</b>					
(.....)					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
MELEPAS SELANG NASO GASTRIC TUBE (NGT)**

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tissue</li> <li>2. Handuk</li> <li>3. Handschoon</li> <li>4. 20 ml syringe spuit</li> <li>5. Normal saline 20 cc</li> <li>6. Bengkok</li> </ol>				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kembali advise dokter</li> <li>2. Kaji klien untuk tanda-tanda kembalinya fungsi bowel seperti peristaltic usus, flatus, dan adanya bising usus</li> <li>3. Beritahu klien tentang prosedur yang akan dilaksanakan</li> <li>4. Bila memungkinkan atur posisi klien semi fowler</li> <li>5. Berikan privasi pada klien</li> </ol>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan dan pakai handschoon</li> <li>2. Beritahu klien bahwa pelepasan selang akan dimulai dan tidak akan setidaknyaman seperti waktu pemasangan</li> <li>3. Letakkan handuk diatas dada klien untuk menampung apapun yang tertumpah pada mukosa atau sekresi gaster dari selang</li> <li>4. Siapkan tissue pada klien, untuk membersihkan hidung dan mulut setelah pelepasan selang</li> <li>5. Matikan/tutup suction dan lepas NGT dari kantong drainase/ suction (bila ada)</li> <li>6. Bilas selang NGT dengan 10-20cc NS</li> <li>7. Kemudian diikuti dengan memasukkan 10 cc udara ke dalam selang NGT</li> <li>8. Lepas plester dari hidung klien dan lepas selang dari baju klien</li> <li>9. Pegang wajah klien dan minta klien untuk menarik nafas panjang dan menahan ketika selang dilepas</li> <li>10. Gulung selang perlahan dan tarik selang keluar dengan cepat (3-6 detik) dan tetap diatas handuk</li> </ol>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Berikan tissue pada klien untuk membersihkan wajah atau bantu klien bila dibutuhkan</li> <li>12. Bersihkan bagian yang kotor dan lakukan oral hygiene</li> <li>13. Bantu klien bila dibutuhkan untuk membersihkan hidung sekresi berlebihan mungkin terakumulasi dihidung</li> <li>14. Beritahu klien prosedur pelepasan selang NGT telah selesai</li> <li>15. Buang selang NGT</li> <li>16. Lepas dan buang handscoon</li> <li>17. Cuci tangan</li> </ul>				
<b>IV. EVALUASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan tingkat kenyamanan klien, setelah pemasangan selang NGT</li> <li>2. Dokumentasikan respon klien akan adanya mual muntah</li> <li>3. Evaluasi keadaan mukosa nasal akan adanya iritasi, kemerahan, lesi/pendarahan, dan keluhan nyeri</li> <li>4. Observasi dan catat drainase gaster pada selang</li> </ul>				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui,</b> <b>Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PEMASANGAN INFUS

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
2. **Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
0. **T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu dipergakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> (baki beralas berisi): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infuse set steril</li> <li>2. Jarum infuse sesuai ukuran</li> <li>3. Cairan infuse</li> <li>4. Kassa steril dan kapas lidi steril dalam tempatnya</li> <li>5. Pinset</li> <li>6. Betadin</li> <li>7. Kom berisi kapas</li> <li>8. Alkohol 70%</li> <li>9. Korentang dalam tempatnya</li> <li>10. Perlak dan pengalas</li> <li>11. Lampu sorot / penerangan</li> <li>12. Tourniquet</li> <li>13. Plester</li> <li>14. Gunting plester</li> <li>15. Bidai bila perlu</li> <li>16. Handscoon</li> <li>17. Bengkok</li> <li>18. Standart infuse</li> <li>19. Sampiran/ sketsel</li> <li>20. Tempat sampah medis dan non medis</li> <li>21. Jam tangan</li> <li>22. Alat tulis</li> <li>23. Lembar observasi cairan</li> <li>24. Larutan klorin</li> <li>25. Lembar persetujuan tindakan</li> </ol>				

<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan</li> <li>2. Menjelaskan prosedur tindakan</li> <li>3. Meminta persetujuan pasien</li> <li>4. Menyiapkan pasien pada posisi yang tepat</li> </ol> <b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menutup korden/ jendela</li> <li>2. Memasang sampiran / sketsel</li> <li>3. Mempersiapkan penerangan</li> <li>4. Menganjurkan orang yang tidak berkepentingan keluar ruangan</li> </ol>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Menutup kran aliran infuse</li> <li>3. Menghubungkan selang infuse dengan botol infuse (sebelumnya tutup botol dibersihkan dengan kapas alcohol 70% bila masih baru tidak usah dikerjakan)</li> <li>4. Menggantungkan botol infuse pada stansart infuse</li> <li>5. Membuka kran pada pada selang infuse untuk mengalirkan cairan kedalam bengkok dan mengeluarkan udara (ujung jarum / selang infuse jangan sampai menyentuh bengkok)</li> <li>6. Menutup kran kembali</li> <li>7. Menyiapkan plester</li> <li>8. Memakai handschoen</li> <li>9. Memasang perlak dan pengalas</li> <li>10. Menyalakan lampu sorot untuk penerangan</li> <li>11. Memilih letak vena yang akan ditusuk</li> <li>12. Memasang tourniquet</li> <li>13. Meminta klien mengepal dan membuka genggamannya untuk mengisi vena</li> <li>14. Membersihkan area yang akan ditusuk dengan kapas alcohol 70%</li> <li>15. Menusukkan jarum ke vena dengan lubang jarum menghadap keatas</li> <li>16. Bila darah sudah tampak tourniquet dilepas genggamannya dibuka</li> <li>17. Masukkan jarum secara perlahan</li> <li>18. Hubungkan ujung selang infuse dengan pangkal jarum (perhatikan jangan sampai ada udara yang masuk)</li> <li>19. Buka kran untuk mengalirkan cairan infuse</li> </ol>				

	<p>20. Bila tetesan lancar lakukan fiksasi</p> <p>21. Berikan betadin pada tempat insersi dengan menggunakan kapas lidi</p> <p>22. Menutup tempat insersi dengan kassa steril (menggunakan pinset)</p> <p>23. Berikan fiksasi</p> <p>24. Menghitung tetesan infuse</p> <p>25. Mengatur posisi / bagian tubuh yang terpasang infuse bila perlu pasang bidai</p> <p>26. Pasien dirapikan</p> <p>27. Peralatan dibereskan</p> <p>28. Cuci tangan dalam larutan klorin, melepas sarung tangan dalam keadaan terbalik</p> <p>29. Cuci tangan</p> <p>30. Mendokumentasikan : jenis cairan, jumlah tetesan, waktu pemasangan</p> <p>31. Memberikan edukasi ke pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jangan memainkan kran aliran infuse</li> <li>- Tidak boleh menarik selang</li> <li>- Tidak boleh terlalu banyak bergerak</li> <li>- Bila infuse tidak menetes hubungi petugas</li> <li>- Jika klien merasa tidak nyaman segera menghubungi petugas</li> </ul>				
<b>IV. EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tusukan tepat</li> <li>2. Tetesan lancar</li> <li>3. Tidak terjadi hemotom</li> <li>4. Sterilitas terjaga</li> <li>5. Klien merasa nyaman</li> </ol>				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui, Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) VULVA HIGIENE

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

1. **Perlu Perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
2. **Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
3. **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
0. **T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kapas desinfektan/sublimat dalam tempat tertutup</li> <li>2. 1 pasang sarung tangan bersih</li> <li>3. Bak instrumen steril berisi               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarung tangan DTT</li> <li>• Waslap DTT</li> <li>• Handuk DTT</li> <li>• 2 Pinset anatomi</li> </ul> </li> <li>4. Kassa steril dalam tempat tertutup</li> <li>5. 3 botol cebok berisi               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Larutan savlon</li> <li>• Larutan sabun</li> <li>• Air DTT</li> </ul> </li> <li>6. Bengkok 2 buah</li> <li>7. Waskom 2 buah berisi air DTT dan larutan klorin 0,5%</li> <li>8. Korentang</li> <li>9. Perlak dan pengalas</li> <li>10. Selimut mandi</li> <li>11. Pembalut</li> <li>12. Celana dalam dan kain panjang</li> <li>13. Pispot</li> <li>14. Kertas koran dan tas kresek</li> <li>15. 2 tempat sampah medis dan non medis</li> <li>16. Tempat pakaian kotor</li> <li>17. Sampiran bila perlu</li> </ol>				



<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN</b> 1. Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Pintu, jendela, korden, ditutup dan bila perlu pasang sampiran				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peralatan didekatkan ke pasien</li> <li>2. Pasien diberitahu, tutup pintu dan jendela bila perlu pasang sampiran</li> <li>3. Cuci tangan, dikeringkan dan pakai sarung tangan bersih</li> <li>4. Pasang selimut mandi dan turunkan selimut tidur</li> <li>5. Persiapkan pasien dengan posisi dorsal recumbent</li> <li>6. Pasang perlak dan pengalas dengan arah menjauhi petugas</li> <li>7. Lepas pakaian bawah dan celana dalam</li> <li>8. Letakkan pembalut diatas bengkok yang dialasi kertas dan tas kresek</li> <li>9. Pasang pispot</li> <li>10. Buka semua tutup alat</li> <li>11. Tangan kiri menyiram vulva dengan larutan sabun dan larutan savlon</li> <li>12. Letakkan bengkok dan cucing berisi kapas desinfektan didekat pasien</li> <li>13. Cuci sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % dan lepaskan dalam keadaan terbalik</li> <li>14. Cuci tangan, keringkan dan memakai sarung tangan steril</li> <li>15. Ambil pinset anatomi dan kapas desinfektan bersihkan mulai dari : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mons veneris</li> <li>- Labia mayora kiri dan kanan</li> <li>- Dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri membuka labia mayora untuk membersihkan labia minora</li> <li>- Vestibulum</li> <li>- Perineum</li> <li>- Anus dengan ditekan dan diputar ke arah luar</li> <li>- Selangkangan paha kiri dan kanan</li> </ul> </li> <li>16. Bilas dengan air DTT</li> <li>17. Ambil pispot letakkan di bawah dan ditutup</li> </ol>				

	18. Cuci sarung tangan dengan larutan klorin 0,5% selama 2 menit dan air DTT selama 2 menit 19. Keringkan tangan yang memakai sarung tangan dengan handuk DTT 20. Keringkan vulva dengan waslap DTT 21. Pasang celana dalam dan pembalut 22. Ambil perlak dan pengalas gulung mendekati petugas 23. Pasang kain panjang 24. Rapihan alat, rendam dalam larutan klorin 0,5% 25. Pasang selimut tidur ambil selimut mandi, rapihan pasien 26. Cuci tangan dan lepas sarung tangan rendam dalam larutan klorin 0,5 % 27. Komunikasi dengan pasien 28. Buka pintu, jendela, korden 29. Peralatan dikembalikan ketempat semula 30. Cuci tangan, lalu dikeringkan dengan lap bersih				
<b>IV.</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Sopan dan ramah 2. Jaga privacy 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanik				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui, Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMASANGAN KATETER**

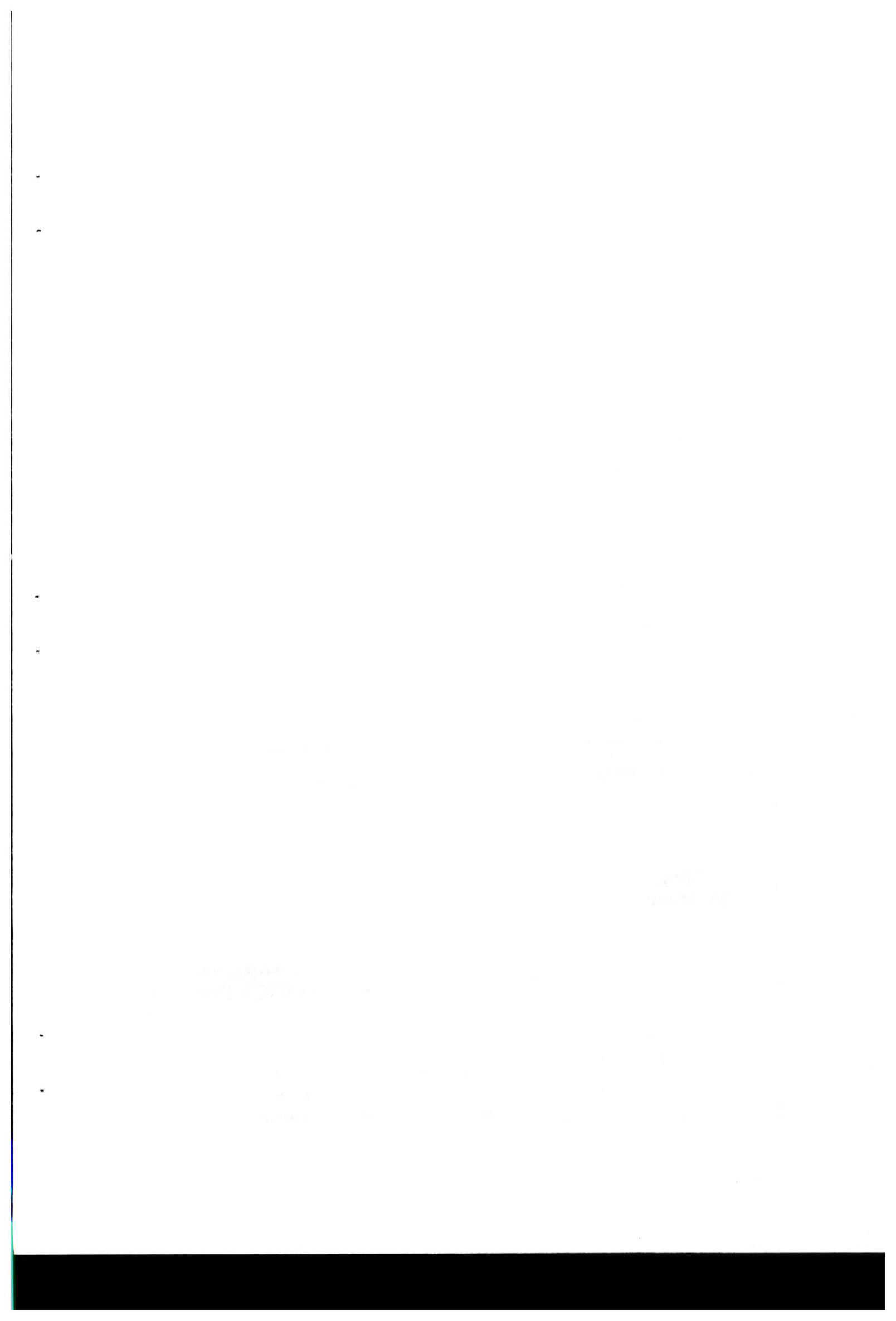
Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b>				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kateter steril (sesuai ukuran dan jenis)</li> <li>2. Sarung tangan steril (1 pasang)</li> <li>3. Duk berlubang steril</li> <li>4. Minyak pelumas steril/jelly</li> <li>5. Korentang steril dalam tempatnya</li> <li>6. Larutanpembersihantiseptic(kapas sublimat)</li> <li>7. Bola kapas dan kasa steril</li> <li>8. Pinset anatomi (1-2 buah)</li> <li>9. Bengkok steril (1buah) dan non steril (1buah)</li> <li>10. Selimut mandi</li> <li>11. Kantong sampah</li> <li>12. Botol/wadah specimen bila diperlukan</li> <li>13. bila pasang kateter menetap perlu ditambah: <ul style="list-style-type: none"> <li>- disposable spuit 10 ml</li> <li>- aquadest steril</li> <li>- kantong penampung urine/urine bag</li> <li>- plester dan gunting plester</li> <li>- tali pengikat</li> </ul> </li> </ol>				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b>				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kembali advise dokter</li> <li>2. Kaji klien untuk tanda-tanda kembalinya fungsi bowel seperti peristaltic usus, flatus, dan adanya bising usus</li> <li>3. Beritahu klien tentang prosedur yang akan dilaksanakan</li> </ol>				

	<p>4. Bila memungkinkan atur posisi klien semi fowler</p> <p>5. Berikan privasi pada klien</p>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat ke dekat pasien</li> <li>2. Memberitahu pasien tentang prosedur dan tujuan tindakan</li> <li>3. Menutup pintu dan jendela kalau perlu dipasang sketsel</li> <li>4. Mencuci tangan</li> <li>5. Memasang selimut mandidan mengambil selimut tidur</li> <li>6. Menanggalkan pakaian bawah dan mengatur pasien dalam posisi dorsal recumbent. Bila perlu dapat digunakan bantal bahan air untuk menyangga pelvis sehingga meatus uretra lebih nampak</li> <li>7. Memasang perlak dan pengalas bokong</li> <li>8. Membuka semua alat (termasuk membuka katetertanpa menyentuh pembungkkuss bagian dlamnya dan menaruh dalam bak instrument steril)-bila bekerja sendiri tanpa asistan</li> <li>9. Memakai sarung tangan</li> <li>10. Memasukan duk berlubang diatas perineum dan hanya memajukan bakian labia</li> <li>11. Membersihkan labia mayor, minor, vestibulum dan perineum dengan kapas sublimate. Caranya : tangan kiri membuka labia, tangan kanan memegang pinset dan kapas sublimate kemudian membersihkannya dari atas kebawah, dan satu kapas hanya untuk satu kali usapan.</li> <li>12. Menutup lubang vagina dengan bola kapas, setelah itu pinset ditaruh dalam bengkok (pinset 2) atau ditaruh dalam bak instrument (pinset hanya satu)</li> <li>13. Mengoleskan jelly pada ujung kateter sekitar 2,5 sampai 5cm dengan menggunakan kasa, letakkan kateter dalam bak instrument</li> <li>14. Meletakakan bengkok steril ditengah kedua paha, diatas duk steril</li> <li>15. Mengambil kateter dengan jari manis dan ke kelingking tangan kanan dan memegangnya kira-kira 3cm dari ujung sebagaimana fungsi seperti pinset anatomi dan letakkan pangkal kateter pada bengkok steril</li> </ol>				

	<p>16. Masukkan kateter secara perlahan kedalam uretra sekitar 5 sampai 75 cm, jangan sampai urine keluar keluar. Nila saat memasukan kateter terasa ada hambatan jangan diteruskan, minta pasien bernafas dalam sambil memasukan kateter pelan-pelan, bila tetap terhambat hentikan pemasangan</p> <p>17. Bila diperlukan urine pemeriksaan tampung urine dalam botol/wadah specimen (ambil urine tengah), selanjutnya tampung dalam bengkok</p> <p>18. Bila urine sudah tidak keluar, cabut kateter pelan-pelan dan letakkan dalam bengkok.</p> <p><b>Bila memakai doewr kateter</b></p> <p>19. Setelah urine tidak keluar, masukan aquadest 10-15ml. Bila pasien mengeluh nyeri sedot Quadest, masukan kateter lebih dalam kemudian masukan kembali aquadest, setelah itu tarik secara perlahan</p> <p>20. Hubungkan pangkal kateter dengan urine bag/kantong urine dan jaga agar lumen tidak terpegang oleh tangan</p> <p>21. Ambil kapas tampon memakai pinset dan bersihkan vulva dengan kapas sublimate</p> <p>22. Mengangkat duk berlubang</p> <p>23. Fiksaasi kateter pada paha kanan/kiri sebelah dalam dengan plester non alergik</p> <p>24. Fiksasi urine bag/kantong urine pada tepi bawah tempat tidur (urine bag harus lebih rendah dari uretra)</p> <p>25. Mengangkat perlak dan alas bokong</p> <p>26. Merapikan pasien dan mengatur kembali dalam posisi yang nyaman</p> <p>27. Mencuci tangan</p> <p>28. Membuka sketsel, pintu dan jendela</p> <p>29. Komunikasi dengan pasien (tindakan telah selesai dan hal-hal yang harus dipesankan kepasilan/keluarga)</p> <p>30. Mencatat hasil prosedur pemasangan termasuk ukuran kateter, jumlah dan karakteristik urine dan jumlah aquadest dalam balon kateter serta toleransi pasien</p> <p>31. Bila ada urine pemeriksaan, kirim ke laboratorium beserta formulirnya</p>				
<p><b>IV. EVALUASI</b></p>	<p>1. Tanyakan tingkat kenyamanan klien, setelah pemasangan selang kateter</p>				



	2. Dokumentasikan respon klien akan adanya mual muntah 3. Observasi dan catat karakteristik urine				
<b>TOTAL</b>					
<p> <b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b> </p> <p style="text-align: right;"> <b>Mengetahui,</b>  <b>Penguji</b> </p> <p style="text-align: right;">           (.....)         </p>					





**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMBERIAN OBAT INJEKSI**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. S spuit &amp; jarum sesuai ukuran</li> <li>2. Kapas &amp; larutan antiseptic (betadin, atau alcohol 60-90 %)</li> <li>3. Bak instrumen</li> <li>4. Sarung tangan sekali pakai (jika perlu)</li> <li>5. Obat ampul atau vial</li> <li>6. Gergaji ampul</li> <li>7. Buku catatan pengobatan</li> <li>8. Bengkok</li> <li>9. Tempat jarum (ex: safety box)</li> <li>10. Tempat sampah medis &amp; non medis</li> </ul>				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji indikasi untuk menentukan rute pemberian obat yang tepat, atau tinjau kembali program dari dokter (nama klien, nama &amp; dosis obat, rute &amp; frekwensi pemberian, waktu pemberian)</li> <li>2. Kaji riwayat medis &amp; riwayat alergi</li> <li>3. Beritahu klien tentang prosedur yang akan dilaksanakan</li> <li>4. Bila memungkinkan atur posisi klien semi fowler</li> <li>5. Berikan privasi pada klien</li> </ul>				

III.	PELAKSANAAN				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Cek kembali program pengobatan</li> <li>3. Cek label obat minimal 3 kali</li> <li>4. Siapkan dosis obat yang tepat dari vial /ampul, ganti jarum &amp; keluarkan udara</li> <li>5. Pakai sarung tangan sekali pakai</li> <li>6. Pastikan tepat klien dengan memeriksa gelang identitas &amp; menanyakan nama klien</li> <li>7. Tutup gorden atau pintu kamar</li> <li>8. Pilih tempat injeksi yang tepat &amp; pajankan hanya area yang akan diinjeksi</li> <li>9. Inspeksi (adanya memar, peradangan, edema &amp; lakukan palpasi (adanya nyeri tekan, massa, atau pengerasan) pada lokasi penyuntikan</li> <li>10. Bantu klien mendapatkan posisi yang nyaman</li> <li>11. Merelokasi tempat injeksi menggunakan penanda anatomi tubuh</li> <li>12. Usap lokasi penyuntikan dengan kapas yang dibasahi antiseptic dengan arah memutar keluar, buang dalam bungkuk</li> <li>13. Ambil kapas antiseptic &amp; letakkan dekat tangan</li> <li>14. Lepas tutup dari jarum dengan menariknya arah lurus</li> <li>15. Pegang spuit dengan benar diantara ibu jari &amp; jari telunjuk tangan yang dominant (seperti memegang anak panah)</li> <li>16. Lakukan injeksi dengan cara tangan tidak dominant meregangkan kulit ditempat injeksi (gemuk), atau cubit untuk mengumpulkan jaringan (kurus):</li> <li>17. IM: sudut 90 derajat</li> <li>18. SC: sudut 45-90 derajat (bergantung ukuran jarum)</li> <li>19. IC : sudut 10 – 15 derajat</li> <li>20. Pegang bagian ujung bawah badan spuit dengan tangan tidak dominan</li> <li>21. Lakukan aspirasi &amp; pastikan tidak mengenai pembuluh darah</li> <li>22. Masukkan obat secara perlahan &amp; cabut jarum dengan cepat</li> <li>23. Usap bekas tusukan jarum dengan kapas antiseptic &amp; berikan sedikit tekanan</li> <li>24. Buang jarum pada safety box tanpa menutup jarum (jika tidak tersedia tutup jarum dengan menggunakan satu tangan)</li> </ol>				

	25. Beritahu klien bahwa tindakan telah selesai & bantu klien kembali ke posisi yang nyaman 26. Bereskan peralatan , buang sampah pada tempatnya 27. Lepas sarung tangan & buang dalam tempat sampah medis 28. Cuci tangan & keringkan 29. Buka gorden, atau pintu ruangan pasien				
<b>IV.</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Evaluasi respon klien terhadap obat yang diberikan dalam waktu 10-30 menit 2. Dokumentasikan (nama obat, dosis,rute, respon klien & ttd/ nama inisial yang memberikan obat)				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui, Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN NASAL KANUL**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b> 1. Tabung oksigen lengkap dengan manometer, kereta tabung, sarung tabung, dan kunci inggris 2. Masker 3. Handschoen 4. Air flowmeter 5. Humidifier 6. Selang oksigen 7. Canula nasal 8. Kassa 9. Vaselin pelumas 10. Tali 11. Plester 12. Gunting 13. Pen light 14. Bengkok 15. Bak instrumen 16. Buku catatan				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN</b> 1. Memberitahu pasien tentang prosedur yang akan dilakukan 2. Menutup pintu dan jendela 3. Menyiapkan pasien dalam posisi yang tepat dan nyaman (semi fowler)				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Persiapkan semua bahan serta perlengkapan yang diperlukan dengan teratur 2. Mencuci tangan				

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memakai handschoen</li> <li>4. Kaji keadaan klien, keadaan lubang hidung (polip, lesi, pernapasan cuping hidung) serta kedalaman pernafasan dan frekuensi</li> <li>5. Posisi yang nyaman</li> <li>6. Sambung kanul ke selang oksigen dari humidifier, lumasi kanul oksigen dengan vaselin pelumas</li> <li>7. Cek humidifier sudah terisi air atau belum</li> <li>8. Tutup flower meter lalu buka tabung dengan putaran penuh</li> <li>9. Buka flower dan mencobanya pada kulit muka melalui ujung selang</li> <li>10. Masukkan cabang kanule kedalam lubang hidung kurang dari 1-1,5 cm dan kaitkan tali ke belakang telinga pasien lalu rapatkan pengaturan selang oksigen</li> <li>11. Pasang kassa diantara sela hidung dan telinga, lakukan fiksasi dengan pemasangan plester</li> <li>12. Atur aliran oksigen sesuai dengan kebutuhan</li> <li>13. Tanyakan pada klien apakah masih sesak</li> <li>14. Observasi dan hitung pernafasan pasien dan catat hasilnya</li> <li>15. Rapikan pasien</li> <li>16. Berikan HE pada pasien dan keluarga <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak boleh merokok dilingkungan klien</li> <li>• Jangan merubah flowmeter</li> <li>• Segera lapor bila terjadi sesak</li> </ul> </li> <li>17. Bereskan alat-alat</li> <li>18. Cuci tangan</li> <li>19. Dokumentasi (tanggal, jam, tindakan, nama pasien dan paraf)</li> </ol>				
<b>IV. EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga privasi klien/ penderita</li> <li>2. Lakukan dengan teliti</li> <li>3. Menjaga kebersihan</li> </ol>				
<b>TOTAL</b>					
<p><b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b></p>		<p><b>Mengetahui,</b> <b>Penguji</b></p> <p>(.....)</p>			

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN MASKER SEDERHANA**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu dipergakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tabung oksigen lengkap dengan manometer, kereta tabung, sarung tabung, dan kunci inggris</li> <li>2. Masker</li> <li>3. Handschoen</li> <li>4. Air</li> <li>5. flowmeter</li> <li>6. Humidifier</li> <li>7. Selang oksigen</li> <li>8. Masker sederhana</li> <li>9. Vaseline pelumas</li> <li>10. Tali</li> <li>11. Plester</li> <li>12. Gunting</li> <li>13. Pen light</li> <li>14. Bengkok</li> <li>15. Bak instrument</li> <li>16. Buku catatan</li> </ul>				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memberitahu pasien tentang prosedur yang akan dilakukan</li> <li>2. Menutup pintu dan jendela</li> <li>3. Menyiapkan pasien dalam posisi yang tepat dan nyaman (semi fowler)</li> </ul>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan semua bahan serta perlengkapan yang diperlukan dengan teratur</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ul>				

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memakai handschoen</li> <li>4. Kaji keadaan klien, keadaan lubang hidung (polip, lesi, pernapasan cuping hidung) serta kedalaman pernafasan dan frekuensi</li> <li>5. Posisi yang nyaman (semi fowler)</li> <li>6. Sambung masker ke selang oksigen dari humidifier</li> <li>7. Cek humidifier sudah terisi air atau belum</li> <li>8. Tutup flower meter lalu buka tabung dengan putaran penuh</li> <li>9. Buka flower dan mencobanya pada kulit muka</li> <li>10. Pasang masker ke hidung klien dan kaitkan dibelakang telinga pasien</li> <li>11. Atur aliran oksigen sesuai dengan kebutuhan</li> <li>12. Tanyakan pada klien apakah masih sesak</li> <li>13. Observasi dan hitung pernafasan pasien dan catat hasilnya</li> <li>14. Rapikan pasien</li> <li>15. Berikan HE pada pasien dan keluarga <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak boleh merokok dilingkungan klien</li> <li>• Jangan merubah flowmeter</li> <li>• Segera lapor bila terjadi sesak</li> </ul> </li> <li>16. Bereskan alat-alat</li> <li>17. Cuci tangan</li> <li>18. Dokumentasi (tanggal, jam, tindakan, nama pasien dan paraf)</li> </ol>				
IV.	<b>EVALUASI</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga privasi klien/ penderita</li> <li>2. Lakukan dengan teliti</li> <li>3. Menjaga kebersihan</li> </ol>				
<b>TOTAL</b>					
<p> <b>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b> </p> <p style="text-align: right;"> <b>Mengetahui,</b>  <b>Penguji</b> </p> <p style="text-align: right;"> (.....) </p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMERIKSAAN FISIK UMUM**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b> Bak berisi: 1. Penlight 2. Kertas tisu dalam tempatnya 3. Stetoskop 4. Metline 5. Kassa 6. Bak instrumen (berisi tongue spatel, speculum hidung, speculum telinga) 7. Reflek hammer 8. Kapas 9. Bengkok berisi larutan klorin				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN</b> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan 2. Mengkaji kesiadaan pasien 3. Menyediakan lingkungan aman dan nyaman				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Atur peralatan disamping tempat tidur pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyelimuti pasien 4. Berdiri dibagian kepala (atas) untuk memeriksa : - Rambut: warna, jenis, kerontokan, distribusi, bau, ketombe - Kulit kepala: bekas luka, massa, bengkak 5. Berdiri disamping klien untuk memeriksa:				



	<p><b>Kepala :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Muka:</b> simetris, bentuk, ekspresi, kelainan kulit, tes N.V &amp; VII (kencangkan otot masseter, palpasi; ekspresi muka)</li> <li>- <b>Mata:</b> lapang pandang, oedema, hematoma, palpebra, sklera, conjunctiva, reflek cahaya pupil, reflek kornea, gerakan mata (okuler).</li> <li>- <b>Hidung:</b> bentuk hidung, lubang hidung, sekresi, cyanosis, peradangan mukosa, cairan, nyeri tekan sinus, pernafasan cuping hidung.</li> <li>- <b>Mulut:</b> warna, kelembaban, lidah, bau mulut, stomatitis, palatum, uvula, gigi, bercak koplik, tes saraf cranial 9,10,12 (menjulang lidah, ucapkan "ah", gerakkan lidah, menelan)</li> <li>- <b>Telinga:</b> daun telinga, membran timpani, warna mukosa, serumen/ cairan, benda asing,</li> <li>- <b>Leher:</b> JVP, kelenjar tiroid, kaku kuduk, kelenjar limfe, reflek pharing</li> </ul> <p><b>Dada</b></p> <p>Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk thorax, warna</li> <li>- Pernafasan: tipe, irama, frekuensi</li> <li>- Retraksi otot bantu nafas, clavicula</li> <li>- Ictus cordis, ekspansi paru</li> <li>- Suhu, kelembaban, pergerakan dada Focal fremitus, nyeri tekan, massa, tactile fremitus, oedema</li> <li>- Ictus cordis, krepitasi, peradangan, jejas Perkusi</li> <li>- Paru</li> <li>- Jantung</li> <li>- Paru: suara nafas, suara nafas tambahan</li> <li>- Jantung: BJ I, BJ II dan BJ tambahan</li> </ul> <p><b>Payudara &amp; Ketiak</b></p> <p>Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ukuran, bentuk &amp; kesimetrisan pada mammae, areola dan puting</li> <li>- Warna, kebersihan, lesi</li> </ul> <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsistensi, adanya massa, nodul, edema, nyeri tekan</li> <li>- Keluaran puting <ul style="list-style-type: none"> <li>o Abdomen</li> <li>o Inspeksi</li> <li>o Bentuk</li> <li>o Warna</li> </ul> </li> </ul>				
--	---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Permukaan, umbilicus menonjol/ masuk</li> <li>○ Gerakan</li> <li>○ Auskultasi</li> <li>○ Bising usus</li> </ul> <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ringan</li> <li>- Dalam: pada semua regio, Mc Burney</li> <li>- Tonus/ turgor kulit</li> <li>- Organ khusus: hepar, lien, ginjal, asites</li> </ul> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shifting dullness</li> <li>- Umum</li> </ul> <p>Punggung</p> <p>Ginjal</p> <p>Genetalia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyebaran rambut pubis</li> <li>- Kebersihan</li> <li>- Cairan vagina (bau, warna, jumlah)</li> <li>- Varises</li> <li>- Oedem</li> <li>- Adakah jahitan perineum (kondisi jahitan)</li> <li>- Lesi</li> <li>- Warna</li> <li>- Kebersihan</li> <li>- Hemoroid</li> <li>- Perdarahan</li> </ul> <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rectum (adakah benjolan/ massa, tumor, polip)</li> <li>- Amati feses (konsistensi, warna, bau)</li> </ul> <p>Ekstremitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk kuku, Jumlah jari, Reflek , Hoffmann, Babinsky, Patella, Achiles, Biceps, Triceps, Pergerakan (ROM), Kekuatan otot, Oedema, pitting oedema, Varises, CRT, Turgor, Clubbing of finger</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Bereskan peralatan</li> <li>7. Rapikan pasien</li> <li>8. Cuci tangan</li> </ol>				
<b>IV. EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga privasi penderita</li> <li>2. Lakukan dengan teliti</li> </ol>				
<b>TOTAL</b>					

**Nilai =  $\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100$**

**Mengetahui,  
Penguji**

(.....)

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PERAWATAN LUKA MEMASANG BALUTAN KERING  
DAN BASAH-KERING**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diprakerjakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<p><b>PERSIAPAN ALAT &amp; PASIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji ukuran, lokasi, dan jenis luka yang akan di balut.</li> <li>2. Kaji tingkat kenyamanan klien.</li> <li>3. Kaji ulang program dokter tentang prosedur penggantian balutan.</li> <li>4. Siapkan perlengkapan alat dan bahan yang dibutuhkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Set alat dan bahan steril dalam bak instrument steril: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sarung tangan steril</li> <li>b. Pinset anatomi dan cirurgi, gunting.</li> <li>c. Kasa, deppres dan balutan steril . Kapas lidi bila diperlukan</li> <li>d. Kom steril.</li> </ol> </li> <li>- Alat dan bahan lain yang diperlukan: <ol style="list-style-type: none"> <li>e. Salep anti septik b/p (pilihan untuk balutan kering).</li> <li>f. Larutan NaCl 0.9% atau larutan pembersih yang diresepkan oleh dokter..</li> <li>g. Gunting plester/ gunting perban</li> <li>h. Plester, pengikat atau perban sesuai kebutuhan</li> <li>i. Kantong sampah kedap air.</li> <li>j. Balutan kasa ekstra,urgi-pads, atau bantalan ABD</li> <li>k. Selimut mandi</li> <li>l. Penghilang perekat (b/p).</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol>				

	m. Masker sekali pakai (b/p) atau pelindung mata.				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur pada klien dan intruksikan klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril.</li> <li>2. Tutup pintu kamar atau pasang sampiran: tutup jendela yang terbuka.</li> <li>3. Atur posisi yang nyaman bagi klien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut mandi.</li> <li>4. Letakkan kantong sampah pada area yang mudah III dijangkau. Lipat bagian atasnya membentuk mangkok.</li> </ol>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kenakan masker muka atau pelindung mata (biasanya diperlukan jika luka mengeluarkan drainase yang mungkin muncrat kemata perawat) kemudian cuci tangan secara menyeluruh.</li> <li>2. Kenakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepas plester, perban atau ikatan.</li> <li>3. Lepaskan plester, tarik secara parallel dari kulit kearah balutan. Hilangkan perekat yang tersisa dari kulit.</li> <li>4. Dengan tangan yang memakai sarung tangan, angkat balutan kasa secara hati-hati, jaga jangan sampai menarik / melepas drain atau selang. Jaga kotoran-kotoran pada luka agar tidak terlihat oleh klien. (jika balutan menempel pada balutan basah-kering, jangan membahasanya: peringatan klien tentang rasa tidak nyaman yang mungkin akan dirasakannya dan angkat balutan dengan perlahan).</li> <li>5. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan dan penampakan luka.</li> <li>6. Buang balutan yang kotor ke dalam kantong sampah.</li> <li>7. Buang sesuai dengan peraturan yang berlaku.</li> <li>8. Lepaskan sarung tangan dengan bagian dalamnya berada di luar. Buang ke tempat sampah.</li> <li>9. Buka setengah balutan steril atau perlengkapan steril yang dibungkus satu persatu. Letakan pada meja di samping tempat tidur.</li> </ol> <b>A. CARA MEMASANG BALUTAN KERING</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka botol larutan dan tuangkan kedalam baskom steril.</li> </ol>				

2. Kenakan sarung tangan
3. Inspeksi penampakan, drainase, dan integritas luka. Hindarkan kontak dengan bahan yang terkontaminasi.
4. Bersihkan luka dengan larutan:
  - a. Gunakan swab yang terpisah untuk setiap usapan.
  - b. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi.
5. Gunakan kasa kering untuk menyapu luka, sama dengan cara yang digunakan pada tahap awal pembersihan untuk luka kering.
6. Oleskan salep antiseptik jika diprogramkan, menggunakan teknik yang sama seperti pada pembersihan luka.
7. Pasang balutan kering yang steril pada daerah insisi atau luka:
  - a. Pasang kasa tenun sebagai lapisan kontak dengan longgar
  - b. Jika terdapat drain, potong sedikit saja berukuran 4x4 untuk menutup sekeliling drain. Juga tersedia kasa yang telah dipotong.
  - c. Pasang kasa lapisan kedua.
  - d. Pasang bantalan kasa tenun yang lebih tebal (surgi-pad).

**B. CARA MEMASANG BALUTAN BASAH-KERING**

1. Tuang larutan yang telah diprogramkan ke dalam baskom steril dan tambahkan kasa yang berserat halus
2. Kenakan sarung tangan steril.
3. Inspeksi warna luka, karakter drainase, jenis jahitan dan drain.
4. Bersihkan luka dengan salin normal sesuai program.
5. Bersihkan dari area yang sedikit terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi. Memasang balutan kering (lanjutan). Pasang kasa berserat halus yang lembab langsung ke permukaan luka. Apabila jika luka dalam, masukan kasa dengan hati-hati ke dalam luka dengan menggunakan porsef sampai semua permukaan luka dapat kontak dengan kasa yang lembab.

	<p>6. Pasang kasa kering steril berukuran 4 x 4 di atas kasa yang basah.</p> <p>7. Tutupi balutan dengan bantalan ABD, surgi-pad, atau kasa.</p> <p><b>Lanjut Langkah Awal</b></p> <p>8. Pasang plester di atas balutan, gulungan kling (untuk balutan sirkumferensial), atau tali montgomery.</p> <p>Untuk penggunaan tali montgomery:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Buka permukaan pelekat plester ada pada ujung setiap tali.</li> <li>Letakan tali pada sisi balutan yang berlawanan.</li> <li>Letakan bagian yang lengket langsung pada kulit klien atau menggunakan brier kulit</li> <li>Fiksasi balutan dengan mengikat tali melewati bagian atasnya atau menggunakan peniti yang aman dan bandana karet.</li> </ol> <p>9. Lepas sarung tangan dan buang ke kantong sampah.</p> <p>10. Bantu klien untuk berada dalam posisi yang nyaman.</p> <p>11. Buang seluruh perlengkapan dan cuci tangan</p> <p>12. Kaji kembali untuk menentukan respons terhadap penggantian balutan.</p> <p>13. Pantau status balutan minimal setiap jadwal pergantian dinas.</p> <p>14. Catat penampakan luka dan drainase, toleransi klien dan jenis balutan yang digunakan ke dalam catatan keperawatan.</p> <p>15. Catat frekuensi penggantian balutan dan perlengkapan yang dibutuhkan ke dalam kardeks.</p>				
<b>TOTAL</b>					
<p>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui, Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMERIKSAAN KADAR HB (METODE SAHLI)**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : **Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : **T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diprakerjakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Set Hb Sahli (tabung Sahli, tabung penghisap &amp; pengaduk, tabung standart)</li> <li>2. Blood lancet</li> <li>3. Kom berisi Kapas</li> <li>4. Alkohol</li> <li>5. Aquadest</li> <li>6. HCL 1%</li> <li>7. Pipet</li> <li>8. Sarung tangan disposable</li> <li>9. Bengkok</li> </ol>				
II.	<b>PERSIAPAN PASIEN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beritahu klien tentang tujuan dan prosedur tindakan</li> <li>2. Jaga Privasi Pasien</li> </ol>				
III.	<b>PELAKSANAAN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan &amp; keringkan</li> <li>2. Pasang sarung tangan</li> <li>3. Isi tabung sahli dengan HCl 1% sampai angka</li> <li>4. Usap daerah yang akan ditusuk dengan kapas alkohol, kemudian tusuk ujung jari dengan jarum steril (blood lancet)</li> <li>5. Bersihkan darah yang pertama dengan kapas kering, tekan jari supaya darah lebih banyak keluar</li> <li>6. Hisap darah dengan menggunakan tabung enghisap sampai darah mencapai 20 mm</li> </ol>				



	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Masukkan darah ke dalam tabung sahli sampai semua darah keluar dari tabung penghisap</li> <li>8. Aduk HCl dengan darah sampai benar-benar tercampur</li> <li>9. Tunggu selama 3-5 menit agar terbentuk asam hematin</li> <li>10. Masukkan aquades tetes demi tetes ke dalam tabung sahli, aduk setelah ditetesi sampai warnanya sama dengan warna standart</li> <li>11. Baca hasilnya</li> <li>12. Beritahu klien bahwa tindakan telah selesai dan informasikan hasil pemeriksaan</li> <li>13. Bersihkan &amp; bereskan alat</li> <li>14. Cuci bagian luar sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepas dan rendam dalam keadaan terbalik selama 10 menit</li> <li>15. Cuci tangan dan keringkan Beritahu klien bahwa tindakan telah selesai dan informasikan hasil pemeriksaan</li> </ol>				
<b>IV. EVALUASI</b>	Dokumentasikan hasil pemeriksaan				
<b>TOTAL</b>					
<p>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui,</b> <b>Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMERIKSAAN KADAR GLUKOSA URINE**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
<b>I.</b>	<b>PERSIAPAN ALAT</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tabung reaksi beserta rak tabung</li> <li>2. Penjepit tabung</li> <li>3. Wadah / botol spesimen</li> <li>4. Kertas saring</li> <li>5. Reagent: Fehling A &amp; B</li> <li>6. Lampu spiritus (Bunser Burner)</li> <li>7. Korek api</li> <li>8. Sduit 3 – 5 cc 3 buah</li> <li>9. Sarung tangan disposable</li> <li>10. Bengkok</li> <li>11. Larutan klorin 0,5%</li> <li>12. Tempat sampah</li> </ul>				
<b>II.</b>	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Beritahu klien tentang tujuan dan prosedur tindakan</li> <li>2. Anjurkan klien untuk kencing &amp; menampungnya dalam botol spesimen (urine tengah)</li> </ul>				
<b>III.</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan &amp; keringkan</li> <li>2. Pasang sarung tangan</li> <li>3. Saring urine dengan kertas saring</li> <li>4. Isi tabung reaksi dengan urine, fehling A &amp; B dengan perbandingan 1:2:2</li> <li>5. Nyalakan lampu spiritus</li> </ul>				

	<p>6. Jepit tabung reaksi dengan penjepit &amp; panaskan diatas lampu spiritus berjarak 2-3 cm dari ujung lampu sambil digoyang sampai mendidih</p> <p>7. Setelah mendidih, angkat tabung kemudian lap dengan kain/ tissue &amp; baca hasilnya:  <i>Negatif: jika urine tetap berwarna biru/ biru kehijauan</i>  <i>Positif 1: bila urine berwarna hijau kekuningan</i>  <i>Positif 2: bila urine berwarna kuning kehijauan</i>  <i>Positif 3 : bila urine berwarna kuning kemerahan</i>  <i>Positif 4: bila urine berwarna merah bata</i></p> <p>8. Buang urine ke dalam bengkok kmd ke klosed, &amp; bereskan alat</p> <p>9. Rendam tabung dalam larutan klorin 0,5% ,cuci bagian luar sarung tangan &amp; lepaskan dalam keadaan terbalik, rendam selama 10 menit</p> <p>10. Cuci tangan &amp; keringkan</p> <p>11. Beritahu klien bahwa tindakan telah selesai dan informasikan hasil pemeriksaan</p>				
IV.	<p><b>EVALUASI</b>  Dokumentasikan hasil pemeriksaan</p>				
<b>TOTAL</b>					
<p>Nilai = <math>\frac{\text{Skor Perolehan}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></p> <p style="text-align: right;"><b>Mengetahui,</b> <b>Penguji</b></p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>					

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
PEMERIKSAAN KADAR PROTEIN URINE (DENGAN ASAM ACETAT)**

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:

- 1 : **Perlu perbaikan:** langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan)
- 2 : **Mampu:** langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan).  
Pelatih hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi di luar normal
- 3 : **Mahir:** langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.
- 0 : **T/D:** langkah tidak diamati (penilai menganggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

No	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN			
		0	1	2	3
I.	<b>PERSIAPAN ALAT</b> 13. Tabung reaksi beserta rak tabung 14. Penjepit tabung 15. Wadah / botol spesimen 16. Kertas Saring 17. Reagent: Aasam acetat 5% 18. Lampu spiritus (Bunser Burner) 19. Korek api 20. Spuit 3 – 5 cc 1 buah 21. Pipet 22. Sarung tangan disposable 23. Bengkok 24. Larutan klorin 0,5% 25. Tempat sampah				
II.	<b>PERSIAPAN PASIEN &amp; LINGKUNGAN</b> 3. Beritahu klien tentang tujuan dan prosedur tindakan 4. Anjurkan klien untuk kencing & menampungnya dalam botol spesimen (urine tengah)				
III.	<b>PELAKSANAAN</b> 1. Cuci tangan & keringkan Pasang sarung tangan 2. Saring urine dengan kertas saring 3. Isi 2 tabung reaksi dengan urine, masing-masing 2-3 cc Nyalakan lampu spiritus				