



**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS KEPERAWATAN**

**LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NURUL JADID**

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Esa, atas karunia Nya Standart Prosedur Operasional Keterampilan Klinis Laboratorium Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid dapat terselesaikan dengan baik. Standar Prosedur Operasional ini disusun untuk menjadi acuan dan pedoman untuk Tenaga Kesehatan, Dosen dan Mahasiswa Kesehatan dalam melaksanakan tindakan yang sesuai dengan prosedur.

Dalam proses pembuatannya kami melibatkan beberapa unit terkait. Untuk itu kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihakn yang telah berpartisipasi dalam penyusunan SPO Keterampilan Klinis ini.

SPO Keterampilan Klinis ini juga masih harus terus disempurnakan agar dapat menciptakan tindakan yang tepat dan sesuai untuk klien.

Kami berharap SPO Keterampilan Klinis ini dapat digunakan oleh semua Tenaga Kesehatan, Dosen dan Mahasiswa kesehatan sebagai pedoman dan acuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

Probolinggo, 10 Januari 2018

Dekan,



Dr. Hamdono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B.

KATA PENGANTAR

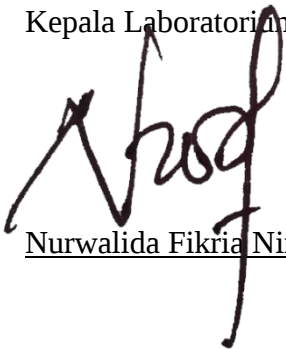
Segala Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat, Taufiq, dan Hidayah yang sudah diberikan sehingga kami bisa menyelesaikan panduan Standar Prosedur Operasional Keterampilan Klinis dengan tepat waktu. Tujuan dari penulisan ini tidak lain adalah untuk membantu para mahasiswa di dalam melakukan tindakan keperawatan dengan cara yang baik dan benar. Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai pengertian, tujuan, dan prosesur yang harusnya dilakukan dalam melakukan tindakan.

Kami sadar bahwa penulisan SPO ini bukan merupakan buah hasil kerja keras kami sendiri. Ada banyak pihak yang sudah berjasa dalam membantu kami di dalam menyelesaikan buku ini. Maka dari itu, kami mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu memberikan wawasan dan bimbingan kepada kami sebelum maupun ketika menulis buku panduan ini.

Kami juga sadar bahwa SPO yang kami buat masih belum bisa dikatakan sempurna. Maka dari itu, kami meminta dukungan dan masukan dari para pembaca, agar kedepannya kami bisa lebih baik lagi di dalam membuat Standar Prosedur Operasional Keterampilan Klinis.

Probolinggo, 10 Januari 2018

Kepala Laboratorium



Nurwalida Fikria Ningsih

DAFTAR ISI

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	i
KETERAMPILAN KLINIS KEPERAWATAN	i
KATA PENGANTAR	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DO'A AMALAN	1
KETERAMPILAN KLINIS MENCUCI TANGAN BIASA	4
KETERAMPILAN KLINIS MENCUCI TANGAN STERIL.....	7
KETERAMPILAN KLINIS MEMASANG DAN MELEPAS SARUNG TANGAN STERIL	10
KETERAMPILAN KLINIS MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN TERMOMETER MERKURI KACA	13
KETERAMPILAN KLINIS MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN TERMOMETER DIGITAL	17
KETERAMPILAN KLINIS MENGHITUNG DENYUT NADI.....	21
KETERAMPILAN KLINIS PENGKAJIAN PERNAPASAN	24
KETERAMPILAN KLINIS MENGUKUR TEKANAN DARAH.....	27
KETERAMPILAN KLINIS TERAPI OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL.....	31
KETERAMPILAN KLINIS TERAPI OKSIGEN DENGAN FACE MASK	35
KETERAMPILAN KLINIS FISIOTERAPI DADA	38
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN INFUS	42
KETERAMPILAN KLINIS MELEPAS INFUS.....	47
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN SELANG NGT.....	51
KETERAMPILAN KLINIS MELEPAS SELANG NGT	55
KETERAMPILAN KLINIS Injeksi Sub Kutan, Intra Dermal, dan Intra Muskular	58
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN SELANG KATETER URINE	65
KETERAMPILAN KLINIS MELEPAS SELANG KATETER URINE	70
KETERAMPILAN KLINIS DUKUNGAN AMBULASI	74
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN KOMPRES DINGIN	78
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN KOMPRES HANGAT.....	81
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER	84
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI FOWLER.....	87
KETERAMPILAN KLINIS PENGHISAPAN JALAN NAPAS (SUCTION).....	90

KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI SUPINE	94
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI TREDELENBURG	97
KETERAMPILAN KLINIS LATIHAN BATUK EFEKTIF	100
KETERAMPILAN KLINIS PENIMBANGAN BERAT BADAN.....	103
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT INHALASI.....	106
KETERAMPILAN KLINIS PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA	110
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT SUPOSITORIA ANAL	114
KETERAMPILAN KLINIS MEMANDIKAN KLIEN	118
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN RAMBUT	123
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TANGAN DAN KAKI.....	127
KETERAMPILAN KLINIS ORAL HYGIENE.....	131
KETERAMPILAN KLINIS MENGGANTI ALAT TENUN (BED MAKING) TANPA KLIEN.	135
KETERAMPILAN KLINIS MENGGANTI ALAT TENUN (BED MAKING) DENGAN KLIEN	138
KETERAMPILAN KLINIS KLISMA/HUKNAH.....	142
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT INTRAVENA	146
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN PRODUK DARAH.....	150
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TRAKEOSTOMI.....	154
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN BIDAI.....	158
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN GIPS	161
KETERAMPILAN KLINIS TRIAGE.....	165
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN NECK COLLAR.....	169
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN JALAN NAPAS BUATAN ENDOTRACHEAL TUBE (ETT)	172
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN JALAN NAPAS BUATAN LARYNGEAL MASK AIRWAY (LMA).....	176
KETERAMPILAN KLINIS PEREKAMAN ELEKTROKARDIOGRAM (EKG).....	180
KETERAMPILAN KLINIS RESUSITASI JANTUNG PARU.....	184
KETERAMPILAN KLINIS IRIGASI KOLOSTOMI	188
KETERAMPILAN KLINIS IRIGASI MATA	192
KETERAMPILAN KLINIS IRIGASI TELINGA	195
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN LINGKAR LENGAN	199
KETERAMPILAN KLINIS PIJAT OKSITOSIN	202
KETERAMPILAN KLINIS LATIHAN SENAM HAMIL.....	206
KETERAMPILAN KLINIS LATIHAN SENAM NIFAS	210
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN KARDIOTOKOGRAFI.....	213
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN GERAK JANIN	217

KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN PERSALINAN DENGAN PARTOGRAF	220
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT VAGINA.....	225
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN DENYUT JANTUNG JANIN (DJJ) DENGAN DOPLER	228
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN LOCHEA.....	231
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN PAYUDARA.....	234
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN PERINEUM.....	238
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN TANDA-TANDA KEHAMILAN	241
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN ROBEKAN JALAN LAHIR	245
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN VULVA HYGIENE.....	249
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN TANDA HOMAN	252
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA I	255
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA II.....	259
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA III	262
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA IV	265
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN GLASGOWS COMA SCALE (GCS).....	268
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN SELANG DADA (WSD)	271
KETERAMPILAN KLINIS PENGAMBILAN DARAH ARTERI.....	275
KETERAMPILAN KLINIS SENAM KAKI DIABETIK.....	278
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN LUKA	284
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN LUKA BAKAR	288
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN AMPUTASI.....	292
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTEGRITAS KULIT.....	296
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTEGRITAS KULIT AKIBAT PEMBERIAN OBAT ANTINEOPLASTIK.....	299
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN KEMOTERAPI.....	303
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN METODE KANGURU	307
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN BAYI DALAM INKUBATOR	311
KETERAMPILAN KLINIS PELAKSANAAN MTBS-MTBM	314
KETERAMPILAN KLINIS DETEKSI DINI STATUS GIZI	318
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN IKTERIK NEONATUS.....	321
KETERAMPILAN KLINIS PENGELOLAAN NYERI PADA ANAK	324
KETERAMPILAN KLINIS DETEKSI DINI KESEHATAN MENTAL EMOSIONAL PADA ANAK	328
KETERAMPILAN KLINIS DETEKSI DINI STUNTING	333
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI DETEKSI DINI HIV/AIDS PADA BAYI/ANAK	336

KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI).....	339
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR PADA ANAK	343
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PERAWATAN BAYI	346
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PERAWATAN HIV/AIDS PADA ANAK.....	349
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI STIMULASI PERKEMBANGAN BAYI/ANAK.....	352
KETERAMPILAN KLINIS MEMANDIKAN BAYI	355
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN ANTROPOMETRI PADA BAYI/ANAK.....	359
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN ASUHAN PERKEMBANGAN PADA NEONATUS	362
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI).....	366
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN TERAPI BERMAIN	370
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN BAYI SEBELUM PEMULANGAN.....	373
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN PALIATIF PADA ANAK	377
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TALI PUSAT.....	381
KETERAMPILAN KLINIS PIJAT BAYI	384
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN IMUNISASI / VAKSIN	392
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN TERAPI SKIN TO SKIN	396
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN TANDA VITAL	399
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN LINGKAR ABDOMEN.....	403
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN LINGKAR KEPALA	406
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN TINGGI BADAN	409
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT SALEP MATA	412
KETERAMPILAN KLINIS MASASE (PIJAT) ABDOMEN.....	416
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN BISING USUS	419
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TRAKSI.....	422
KETERAMPILAN KLINIS FASILITASI INISIASI MENYUSU DINI	426
KETERAMPILAN KLINIS PROMOSI LAKTASI.....	430
DAFTAR PUSTAKA	434

DO'A AMALAN

Do'a Sebelum Memulai Prosedur

1. Surat Al-Maidah, Ayat 114

عِيدًا لَنَا تَكُونُ السَّمَاءُ مِّنْ مَّابِدَةٍ عَلَيْنَا أَنْزِلْ رَبَّنَا اللَّهُمَّ مَرْيَمَ ابْنُ عِيسَى قَالَ
الرَّزَقِينَ خَيْرٌ وَأَنْتَ وَارْزُقْنَا مِنْكَ وَآيَةً وَآخِرَنَا لِأَوَّلِنَا

Qāla 'Isabnu maryamallāhumma rabbanā anzil 'alainā mā'idatam minas-samā'i takūnu lanā 'īdal li'awwalinā wa āakhirinā wa āyatam mingka warzuqnā wa anta khairur-rāziqīn. (Al-Maidah, Ayat 114).

Artinya: Isa putera Maryam berdoa: "Ya Tuhan kami turunkanlah kiranya kepada kami suatu hidangan dari langit (yang hari turunnya) akan menjadi hari raya bagi kami yaitu orang-orang yang bersama kami dan yang datang sesudah kami, dan menjadi tanda bagi kekuasaan Engkau; beri rzeilah kami, dan Engkaulah pemberi rezeki Yang Paling Utama" (Al-Maidah, Ayat 114).

2. Surat At-Thalaaq, Ayat 3

بَالِغِ اللَّهِ ۖ إِنَّ حَسْبَهُ فَهُوَ اللَّهُ عَلَى يَتَوَكَّلْ وَمَنْ يَخْتَسِبْ لَا يَثُدَّ مِنْ وَيَرْزُقُهُ
قَدْرًا شَيْءٍ لِّكُلِّ اللَّهُ جَعَلَ قَدْ أَمْرُهُ

Wa yarzuq-hu min ḥaiṣu lā yaḥtasib, wa may yatawakkal 'alallāhi fa huwa ḥasbuh, innallāha bāligu amrih, qad ja'alallāhu likulli syai'ing qadrā (At-Thalaaq, Ayat 3).

Artinya: Dan memberinya rezeki dari arah yang tiada disangka-sangkanya. Dan barangsiapa yang bertawakkal kepada Allah niscaya Allah akan mencukupkan (keperluan)nya. Sesungguhnya Allah melaksanakan urusan yang (dikehendaki)Nya. Sesungguhnya Allah telah mengadakan ketentuan bagi tiap-tiap sesuatu (At-Thalaaq, Ayat 3).

3. Surat Shaad, Ayat 35

الْوَهَّابُ أَنْتَ إِنَّكَ بَعْدِي مَنْ لَّا أَحَدٍ يَنْبَغِي لَّا مُلْكًا لِّي وَهَبْ لِّي اغْفِرْ رَبِّ قَالَ

Qāla rabbigfir lī wa hab lī mulkal lā yambagī li'ahadim mim ba'dī, innaka antal-wahhāb (Shaad, Ayat 35).

Artinya: Ya Tuhanku, ampunilah aku dan anugerahkanlah kepadaku kerajaan yang tidak dimiliki oleh seorang juapun sesudahku, sesungguhnya Engkaulah Yang Maha Pemberi (Shaad, Ayat 35).

Do'a Untuk Kesembuhan Klien

1. Surat Al-Anbiya, Ayat 83

الرَّاحِمِينَ أَرْحَمَ وَأَنْتَ الضُّرُّ مَسْنِيَّ أَنِّي رَبَّهٖ نَادَىٰ إِذْ وَآيُوبَ

Wa ayyūba iz nādā rabbahū annī massaniyaḍ-ḍurru wa anta ar-ḥamur-rāḥimīn (Al-Anbiya, Ayat 83).

Artinya: dan (ingatlah kisah) Ayub, ketika ia menyeru Tuhannya: "(Ya Tuhanku), sesungguhnya aku telah ditimpa penyakit dan Engkau adalah Tuhan Yang Maha Penyayang di antara semua penyayang" (Al-Anbiya, Ayat 83).

2. Surat Yunus, Ayat 57

وَهْدَىٰ لِّصُّدُورٍ أَلَّا يَكْفُرُوا بِآيَاتِهِ ۚ لَقَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي بُطُونِكُمْ ۖ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ

Yā ayyuhan-nāsu qad jā'atkum mau'izatum mir rabbikum wa syifā'ul limā fiṣ-ṣuduri wa hudaw wa raḥmatul lil-mu'minīn (Yunus, Ayat 57).

Artinya: Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman (Yunus, Ayat 57).

3. Surat An-Nahl, Ayat 69

شَرَابٌ بُّطُونِهَا مِنْ يَخْرُجُ ذُلًّا رَبِّكَ سُبُلَ فَاسْلُكِي الثَّمَرَاتِ كُلِّ مِنْ كُلِّ ثُمَّ يَتَفَكَّرُونَ لِقَوْمٍ لَّا يَذَّكَّرُونَ ۚ ذَٰلِكَ فِي أَنْ لِّلنَّاسِ شِفَاءٌ ۖ فِيهِ الْوَانَةُ مُخْتَلَفٌ

Summa kulī ming kullis-šamarāti faslukī subula rabbiki zululā, yakhruju mim buṭūnihā syarābum mukhtalifun alwānuḥu fīhi syifā'ul lin-nās, inna fī ḡālika la'āyatal liqaumiyyatafakkarūn (An-Nahl, Ayat 69).

Artinya: Kemudian makanlah dari tiap-tiap (macam) buah-buahan dan tempuhlah jalan Tuhanmu yang telah dimudahkan (bagimu). Dari perut lebah itu ke luar minuman (madu) yang bermacam-macam warnanya, di dalamnya terdapat obat yang menyembuhkan bagi manusia. Sesungguhnya pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda (kebesaran Tuhan) bagi orang-orang yang memikirkan (An-Nahl, Ayat 69).

4. Surat Al-Isra, Ayat 82

إِلَّا الظَّالِمِينَ يَزِيدُ وَلَا لِلْمُؤْمِنِينَ ۖ وَرَحْمَةٌ شِفَاءٌ هُوَ مَا الْقُرْآنُ مِنْ وَنَزَّلَ خَسَارًا

Wa nunazzilu minal-qur'āni mā huwa syifā'uw wa raḥmatul lil-mu'minīna wa lā yazīduẓ-ẓālimīna illā khasārā (Al-Isra, Ayat 82).

Artinya: Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian (Al-Isra, Ayat 82).

5. Surat Asy-Syu'ara', Ayat 80

شَفِينٍ فَهُوَ مَرَضْتُ وَإِذَا

Wa izā mariḍtu fa huwa yasyfīn (Asy-Syu'ara', Ayat 80).

Artinya: Dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku (Asy-Syu'ara', Ayat 80).

6. Surat Fussilat, Ayat 44

قُلْ ۖ وَعَرَبِيٌّ ۖ أَتَىٰهُ فُصِّلَتْ لَوْلَا لَقَالُوا أَعْجَمِيًّا قُرْآنًا جَعَلْنَاهُ وَلَوْ
وَهُوَ وَفَرَّ أَدَانِهِمْ فِي يَوْمُنُونَ لَا ۖ وَالَّذِينَ وَشَفَاءَ هُدًى أَمَنُوا لِلَّذِينَ هُوَ
بَعِيدٍ مَّكَانٍ مِنْ يُنَادُونَ أُولَٰئِكَ عَمَّىٰ عَلَيْهِمْ

Walau ja'alnāhu qur'ānan a'jamiyyal laqālu lau lā fuṣṣilat āyātuh, a a'jamiyyuw wa 'arabiyy, qul huwa lillażīna āmanu hudaw wa syifā', wallażīna lā yu'minūna fī āzānihim waqruw wa huwa 'alaihim 'amā, ulā'ika yunādauna mim makānim ba'd (Fussilat, Ayat 44).

Artinya: Dan jikalau Kami jadikan Al Quran itu suatu bacaan dalam bahasa selain Arab, tentulah mereka mengatakan: "Mengapa tidak dijelaskan ayat-ayatnya?" Apakah (patut Al Quran) dalam bahasa asing sedang (rasul adalah orang) Arab? Katakanlah: "Al Quran itu adalah petunjuk dan penawar bagi orang-orang mukmin. Dan orang-orang yang tidak beriman pada telinga mereka ada sumbatan, sedang Al Quran itu suatu kegelapan bagi mereka. Mereka itu adalah (seperti) yang dipanggil dari tempat yang jauh" (Fussilat, Ayat 44).

Shalawat Thibbil Qulub

اَللّٰهُمَّ صَلِّ عَلٰى سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ طِبِّ الْقُلُوْبِ وَدَوَائِهَا وَعَافِيَةِ الْاَبْدَانِ وَشِفَائِهَا
وَنُوْرِ الْاَبْصَارِ وَضِيَّائِهَا وَعَلٰى اٰلِهٖ وَصَحْبِهٖ وَسَلَّم

Allahumma sholli `ala Sayyidina Muhammadin thibbil qulubi wa dawa-iha wa `afiyatil abdani wa syifa-iha wa nuril abshori wa dhiya-iha wa `ala alihi wa shohbihi wa sallim.

Artinya: Ya Allah curahkanlah rahmat kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, sebagai obat hati dan penyembuhnya, penyehat badan dan kesembuhannya dan sebagai penyinar penglihatan mata beserta cahayanya. Semoga sholawat dan salam tercurahkan pula kepada keluarga serta para shahabat-shahabatnya



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENCUCI TANGAN BIASA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 001/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENCUCI TANGAN BIASA		
No Dokumen: 001/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menggosok tangan dengan sabun secara bersama seluruh permukaan kulit tangan yang kemudian dibilas dengan air mengalir.

2. Tujuan

- Membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan
- Sebagai pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Menyiapkan alat: - Air bersih yang mengalir atau air dalam baskom - Sabun - Sikat lunak (bila perlu) - Handuk atau waslap bersih dan kering - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Kerja - Lepaskan jam tangan dan perhiasan. Gulung lengan panjang ke atas sampai ke atas siku. - Berdiri di depan wastafel dan atur jarak. Pakaian tidak boleh menyentuh wastafel - Membuka kran, mengatur kecepatan aliran air. Hindari percikan air mengenai pakaian - Membasahi tangan sampai pergelangan. Pertahankan agar posisi tangan selalu lebih rendah dari siku agar air dapat mengalir ke jari-jari tangan

	5. Mengambil sabun cair 1 sdt (secukupnya) dari dispenser atau bila tidak ada basahi sabun batangan hingga berbusa lalu kembalikan sabun batangan ke tempatnya 6. Dengan gerakan menggosok dan berputar, gosokkan sabun ke tangan meliputi daerah telapak tangan, punggung tangan, sela-sela jari, pergelangan dan lengan bawah 7. Lanjutkan gerakan menggosok selama minimal 30 detik 8. Membilas tangan dengan air mengalir dari ujung tangan ke pangkal tangan 9. Mempertahankan posisi tangan menghadap ke atas sebelum mengeringkan tangan 10. Mengeringkan tangan dari ujung ke pangkal dengan menggunakan lap tangan atau tisu atau pengering. Perhatikan : bila mengeringkan tangan dengan handuk, satu sisi untuk satu tangan 11. Mematikan kran air dengan menggunakan tisu yang dipakai untuk mengeringkan tangan atau dengan tisu
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENCUCI TANGAN STERIL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 002/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENCUCI TANGAN STERIL		
No Dokumen: 002/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Membersihkan ujung jari tangan sampai ke siku dengan cara menggosok dengan sabun dan sikat atau scrub secara bersama yang kemudian dibilas dibawah air mengalir

2. Tujuan

- Membuang kotoran dan organisme yang menempel di tangan
- Sebagai pencegahan dan pengontrolan pencegahan infeksi
- Sebagai persiapan operasi

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Menyiapkan alat: - Air bersih yang mengalir - Sabun - Sikat lunak - Handuk atau waslap bersih dan kering - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Kerja - Lepaskan jam tangan dan perhiasan. Gulung lengan panjang ke atas sampai ke atas siku. - Berdiri depan wastafel dan atur jarak. Gunakan wastafel yang dalam dengan pedal kaki (pembuka kran yang tidak diputar). Pakaian tidak boleh menyentuh wastafel. - Membuka kran, mengatur kecepatan aliran air. Hindari percikan air mengenai pakaian.

	4. Membasahi tangan sampai batas siku. Pertahankan agar posisi tangan selalu lebih tinggi dari siku. 5. Mengambil sabun cair $\pm$ 1 sdt (secukupnya) dari dispenser dan sabuni tangan dari ujung-ujung jari dan lengan sampai $\pm$ 5 cm di atas siku. 6. Bersihkan telapak dan punggung tangan, sela-sela jari dan kuku dengan sikat tangan (scrub) dengan membasahi sikat tangan (scrub) terlebih dahulu. Lakukan pada tangan kanan dan kiri. 7. Bilas sikat tangan (scrub). Bilas kedua tangan dan ulangi langkah no. 6. 8. Dengan lengan dalam posisi fleksi, bilas dari ujung jari ke siku, biarkan air mengalir turun melalui siku. 9. Pertahankan lengan tetap dalam posisi fleksi, diangkat dan menggenggam. 10. Mematikan kran air dengan menekan pedal kaki atau menggeser penutup kran dengan menggunakan lengan atas. 11. Masuk ke ruangan operasi dengan mempertahankan lengan dalam posisi fleksi dan diangkat.
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MEMASANG DAN MELEPAS SARUNG TANGAN STERIL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 003/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMASANG DAN MELEPAS SARUNG TANGAN STERIL		
No Dokumen: 003/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Sarung tangan merupakan salah satu bentuk APD saat akan melakukan tindakan

2. Tujuan

- Memberikan perlindungan tambahan terhadap adanya kemungkinan perpindahan kotoran dan organisme yang menempel dari tangan
- Sebagai pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi nosokomial

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan steril sesuai ukuran - Bak instrumen - Korentang - Bengkok - Menyiapkan lingkungan
III	Tahap Kerja - Lepaskan jam tangan, cincin dan lengan pakaian panjang di tarik ke atas - Inspeksi kuku dan permukaan kulit apakah ada luka - Perawat mencuci tangan - Buka pembungkus bagian luar dari kemasan sarung tangan dengan memisahkan sisi - sisinya - Jaga agar sarung tangan tetap di atas permukaan bagian dalam pembungkus - Identifikasi sarung tangan kiri dan kanan, gunakan sarung tangan pada tangan

	yang dominan terlebih dahulu 7. Dengan ibu jari dan telunjuk serta jari tangan yang non dominan pegang tepi mancet sarung tangan untuk menggunakan sarung tangan dominan 8. Dengan tangan yang dominan dan bersarung tangan selipkan jari - jari ke dalam mancet sarung tangan kedua 9. Kenakan sarung tangan kedua pada tangan yang non dominan 10. Jangan biarkan jari -jari tangan yang sudah bersarung tangan menyentuh setiap bagian atau benda yang terbuka 11. Setelah sarung tangan kedua digunakan mancet biasanya akan jatuh ke tangan setelah pemakaian sarung tangan 12. Setelah kedua tangan bersarung tangan tautkan kedua tangan ibu jari adduksi ke belakang 13. Pastikan setelah pemakaian sarung tangan steril hanya memegang alat - alat steril Melepaskan Sarung tangan 1. Pegang bagian luar dari sarung tangan dengan tangan bersarung tangan, hindari menyentuh pergelangan tangan 2. Lepaskan sarung tangan dengan dibalik bagian luar kedalam, buang pada bengkok 3. Dengan ibu jari atau telunjuk yang tidak memakai sarung tangan, ambil bagian dalam sarung tangan lepaskan sarung tangan kedua dengan bagian dalam keluar, buang pada bengkok
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN
TERMOMETER MERKURI KACA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 004/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN TERMOMETER MERKURI KACA		
No Dokumen: 004/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilaksanakan dengan meletakkan alat pengukur atau termometer air raksa. Termometer air raksa adalah termometer cairan yang menggunakan air raksa sebagai pengisinya. Termometer air raksa sering disebut termometer maksimum karena dapat mengukur suhu yang sangat tinggi. Jika suhu panas, air raksa akan memuai sehingga kita akan melihat air raksa pada tabung kaca naik. Ketika suhu turun, air raksa akan tetap berada pada posisi ketika suhu panas. Hal itu disebabkan adanya kontraksi yang menghambat air raksa untuk kembali ke keadaan semula. Oleh karena itu, untuk mengembalikan air raksa ke posisi dasar, kita harus mengibaskan termometer ini dengan kuat.

2. Tujuan

Untuk Mendeteksi suhu tubuh klien.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Thermometer Axilla b. Tissue c. Sarung Tangan d. Kapas Alkohol

	e. Bengkok f. Buku Catatan 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja TERMOMETER AXILLA 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 <35°C). 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. TERMOMETER ORAL 1. Minta Klien untuk duduk atau berbaring, pastikan klien merasa nyaman. 2. Siapkan thermometer atau <i>turn on</i> pada thermometer elektrik. 3. Tempatkan ujung thermometer dibawah lidah Klien pada sublingual. 4. Minta Klien menutup mulut.

	5. Jelaskan pada Klien 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. TERMOMETER RECTAL 1. Persilakan Klien untuk melepas celana dalam 2. Bantu Klien berbaring kearah lateral sinistra atau dekstra dengan kaki fleksi 3. Pada bayi periksa keadaan anus Klien. 4. Olesi thermometer dengan jelly/lubricant. 5. Minta Klien untuk nafas dalam dan masukkan thermometer ke lubang anus sedalam 3 cm (jangan paksakan bila ada tahanan/hambatan). 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.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN
TERMOMETER DIGITAL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 005/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN SUHU TUBUH MENGGUNAKAN TERMOMETER DIGITAL		
No Dokumen: 005/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Termometer digital merupakan alat ukur suhu yang dibuat khusus dalam bentuk digital, dimana ia mampu memberikan tingkat akurasi yang tinggi dalam menyatakan besaran suhu.

2. Tujuan

Untuk Mendeteksi Suhu Tubuh Klien

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Termometer axilla digital b. Tissue c. Sarung Tangan d. Kaps Alkohol e. Bengkok f. Buku Catatan 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Membawa peralatan ke dekat klien. 2. Meminta atau membantu klien membuka pakaian pada daerah ketiak. 3. Mengeringkan ketiak dengan tissue. 4. Tekan tombol on/off pada termometer digital, layar akan menunjukkan angka 188 ini menandakan termometer bekerja dengan baik dan daya baterai penuh. 5. Sesaat setelah itu akan menampilkan nilai pembacaan suhu sebelumnya. 6. Kemudian memposisikan termometer secara tepat di ketiak. 7. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada. 8. Menunggu sampai termometer berbunyi. 9. Mengambil termometer dari ketiak dan membaca angka pada termometer. 10. Mendesinfektan ujung termometer dengan alkohol swab. 11. Merapikan kembali pakaian klien dan memposisikan pada posisi yang nyaman. 12. Mengembalikan alat ke tempat semula.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENGHITUNG DENYUT NADI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 006/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGHITUNG DENYUT NADI		
No Dokumen: 006/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui denyut nadi.

2. Tujuan

- Mengetahui keadaan umum klien.
- Mengetahui integritas sistem kardiovaskuler.
- Mengetahui jumlah denyut nadi dan karakteristik denyutan.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Jam tangan - Handscoon - Masker - Catatan - Alat tulis - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Minta klien untuk menyingsingkan baju yang menutupi lengan bawah. 2. Pada posisi duduk, tangan diletakkan pada paha dan lengan ekstensi. Pada posisi tidur terlentang, kedua lengan ekstensi dan menghadap atas. 3. Lakukan palpasi ringan arteri radialis dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah, lakukan palpasi sepanjang lekuk radial pada pergelangan tangan 4. Rasakan denyut arteri radialis dan irama yang teratur 5. Hitung denyut tersebut selama satu menit
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGKAJIAN PERNAPASAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 007/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGKAJIAN PERNAPASAN		
No Dokumen: 007/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui pernapasan.

2. Tujuan

- a. Mengetahui keadaan umum klien.
- b. Mengetahui jumlah pernapasan dan jenis pernapasan.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Jam tangan detik b. Catatan c. Alat tulis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pastikan klien dalam posisi yang nyaman. 2. Letakkan lengan klien pada posisi rileks menyilang abdomen atau dada bagian bawah. 3. Observasi siklus pernapasan lengkap (sekali inspirasi dan ekspirasi) 4. Sekali siklus pernapasan lengkap perhatikan jarum penunjuk detik dan mulai hitung frekuensi pernapasan. 5. 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). 6. Selama menghitung perhatikan irama pernapasan dangkal, normal atau terjadi perubahan pola.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENGUKUR TEKANAN DARAH**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 008/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR TEKANAN DARAH		
No Dokumen: 008/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui tekanan darah seseorang.

2. Tujuan

- Mengetahui keadaan umum klien.
- Menilai sistem kardiovaskuler/keadaan hemodinamik klien (curah jantung, tahanan vaskuler perifer, volume darah dan viskositas dan elastisitas arteri)

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Stetoskop - Spygmomanometer aneroid / air raksa - APD - Alat tulis - Buku Catatan - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Mintalah Klien buat membuka bagian lengan atas yg akan diperiksa, maka tidak ada penekanan pada arteri brachialis. 2. Posisi Klien 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 Klien 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 hasil pengukuran tepat) 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 Klien, 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 Klien. 18. Bersihkan earpiece & diafragma stetoskop dengan disinfektan. 19. Seandainya mau diulang tunggu minimal 30 detik.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS TERAPI OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 009/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TERAPI OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL		
No Dokumen: 009/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Pemberian terapi oksigen dengan menggunakan nasal kanul adalah pemberian oksigen kepada klien yang memerlukan oksigen ekstra dengan cara memasukkan selang yang terbuat dari plastik kedalam lubang hidung dan mengaitkannya di belakang telinga

2. Tujuan

- Memberi oksigen dengan konsentrasi relatif rendah jika hanya membutuhkan oksigen minimal.
- Memberi oksigen yang tidak terputus saat klien makan atau klien minum.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Kanula nasal - Selang oksigen - Humidifier - Cairan steril - Tabung oksigen dan flow meter - Plester - Sarung tangan - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi

	Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Mendekatkan alat ke dekat klien. 2. Memasang sarung tangan 3. Mengkaji adanya tanda gejala hipoksia dan secret pada jalan nafas 4. Menyambungkan kanula nasal ke selang oksigen dan sumber oksigen 5. Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran dan memastikan berfungsi dengan baik : - Selang tidak tertekuk dan sambungan paten - Ada gelembung udara pada humidifier - Terasa oksigen keluar dari kanula 6. Memasang ujung kanula pada lubang hidung klien 7. Mengatur pita palstik atau selang plastik kepala atau dibawah dagu sampai kanula pas dan nyaman. 8. Memberi plester pada kanula di kedua sisi wajah.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi

	Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	--



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS TERAPI OKSIGEN DENGAN FACE MASK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 010/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TERAPI OKSIGEN DENGAN FACE MASK		
No Dokumen: 010/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Pemberian terapi oksigen dengan menggunakan face mask adalah pemberian oksigen kepada Klien dengan menggunakan masker yang dialiri oksigen dengan posisi menutupi hidung dan mulut klien. Masker tersebut umumnya berwarna bening dan mempunyai tali sehingga dapat mengikat kuat mengelilingi wajah klien.

2. Tujuan

Memberi oksigen dalam kadar yang sedang dengan konsentrasi dan kelembapan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kanula nasal.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Face Mask b. Selang oksigen c. Humidifier d. Cairan steril e. Tabung oksigen dengan flow meter f. Sarung tangan 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa:

	9. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 10. Memperkenalkan diri 11. Menyapa klien 12. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 13. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 14. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 15. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 16. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Mendekatkan alat ke dekat Klien 2. Memakai sarung tangan 3. Mengkaji adanya tanda gejala hipoksia dan secret pada jalan nafas 4. Menyambungkan masker ke selang dan sumber oksigen 5. Mengatur pita elastic ketelinga sampai masker terasa pas dan nyaman 6. Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran 10. Merapikan Klien dan alat 11. Melepaskan sarung tangan 12. Mencuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS FISIOTERAPI DADA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 011/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL FISIOTERAPI DADA		
No Dokumen: 011/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Fisioterapi dada merupakan suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi, vibrasi, dan *postural drainage*. Tindakan ini dilakukan dengan tujuan meningkatkan efisiensi pola pernapasan dan membersihkan jalan napas.

2. Tujuan

- Mengeluarkan sekresi di jalan napas
- Mengalirkan dan mengeluarkan sekret yang berlebihan
- Menurunkan akumulasi sekret pada klien yang tidak sadar atau lemah
- Memperbaiki ventilasi
- Meningkatkan efisiensi otot-otot pernapasan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Pot sputum dengan larutan desinfektan (lysol 2%) - Bantal - Pakaian yang tidak mengiritasi - Tempat tidur yang dapat diatur ketinggian dan posisinya (kalau perlu) - Tissue - Peralatan oral hygiene

	g. Bengkok h. Masker i. Handscoen bersih j. Oksigen dan suction (kalau perlu) 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Mengenakan masker, skort dan handscoon. 2. Melakukan fisioterapi dada : a. Postural drainage (clapping) 1. Membantu klien untuk posisi duduk atau posisi tidur miring kiri / kanan 2. Memberikan tisu dan pot sputum kepada klien. 3. Melakukan clapping dengan cara kedua tangan menepuk punggung klien secara bergantian sampai ada rangsangan untuk batuk. 4. Menganjurkan klien untuk batuk dan mengeluarkan sekret / sputum pada pot sputum. b. Vibrasi dada 1. Menganjurkan klien untuk napas dalam dan lambat melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut. 2. Meletakkan telapak tangan secara datar diatas dada yang akan divibrasi. 3. Meminta klien untuk nafas dalam dan ketika klien menghembuskan nafas getarkan telapak tangan secara perlahan diatas dada klien. 4. Menganjurkan klien untuk batuk untuk mengeluarkan sputum dan

	membuangnya pada pot sputum 5. Mengulangi teknik fisioterapi dada untuk setiap segmen paru 6. Dengan perlahan mengembalikan posisi klien pada posisi semula 7. Melakukan oral hygiene 8. Merapikan klien dan peralatan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN INFUS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 012/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN INFUS		
No Dokumen: 012/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Proses memasukkan jarum abocath ke dalam pembuluh darah vena yang kemudian disambungkan dengan selang infuse dan dialirkan cairan infuse.

2. Tujuan

- Memberikan sejumlah cairan ke dalam tubuh ke dalam pembuluh darah vena untuk menggantikan kehilangan cairan tubuh atau zat-zat makanan
- Sebagai media pemberian obat

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Cairan yang diperlukan, sesuaikan dengan kebutuhan klien. - Infus set - IV Cathether - Desinfektan : kapas alkohol, larutan povidone iodine - Kassa steril, plester, kasa pembalut - Tornikuet - Gunting - Bengkok - Tiang infus - Perlak kecil

	k. Bidai (jika di perlukan) l. Sarung tangan steril m. Masker n. Tempat sampah medis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Klien diminta berbaring dengan posisi senyaman mungkin 2. Mengidentifikasi vena yang akan menjadi lokasi pemasangan infuse : - Pilih lengan yang jarang digunakan oleh Klien (tangan kiri bila Klien tidak kidal, tangan kanan bila Klien kidal). - Bebaskan tempat yang akan dipasang infus dari pakaian yang menutupi. - Lakukan identifikasi vena yang akan ditusuk. 3. Alat-alat yang sudah disiapkan dibawa ke dekat penderita di tempat yang mudah dijangkau oleh dokter/ petugas. - Dilihat kembali apakah alat, obat dan cairan yang disiapkan sudah sesuai dengan identitas atau kebutuhan Klien. - Dilihat kembali keutuhan kemasan dan tanggal kadaluwarsa dari setiap alat, obat dan cairan yang akan diberikan kepada Klien 4. Perlak dipasang di bawah anggota tubuh yang akan dipasang infus. 5. Memasang <i>infuse set</i> pada kantung infuse : - 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 tetesan diisi sampai $\frac{1}{2}$ penuh. - Gantungkan kantung infus beserta salurannya pada tiang infus. 6. Cucilah tangan dengan seksama menggunakan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih dan kering. Lengan penderita bagian proksimal dibendung dengan torniket 7. Kenakan sarung tangan steril, kemudian lakukan desinfeksi daerah tempat suntikan 8. Jarum diinsersikan ke dalam vena dengan bevel jarum menghadap ke atas, membentuk sudut 30-40° terhadap permukaan kulit 9. Bila jarum berhasil masuk ke dalam lumen vena, akan terlihat darah mengalir keluar 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 11. Tarik <i>stylet</i> keluar sampai $\frac{1}{2}$ panjang <i>stylet</i>. Lepaskan ujung jari yang memfiksasi bagian proksimal vena. Dorong seluruh bagian kateter vena yang berwarna putih ke dalam vena 12. Torniket dilepaskan. Angkat keseluruhan <i>stylet</i> dari dalam kateter vena 13. Pasang <i>infus set</i> atau <i>blood set</i> yang telah terhubung ujungnya dengan kantung infus atau kantung darah 14. Penjepit selang infus dilonggarkan untuk melihat kelancaran tetesan 15. Bila tetesan lancar, pangkal jarum direkatkan pada kulit menggunakan plester 16. Tetesan diatur sesuai dengan kebutuhan 17. Jarum dan tempat suntikan ditutup dengan kasa steril dan fiksasi dengan plester 18. Pada anak, anggota gerak yang dipasang infus dipasang bidai (<i>spalk</i>) supaya jarum tidak mudah bergeser 19. Buanglah sampah ke dalam tempat sampah medis, jarum dibuang ke dalam <i>sharp disposal</i> (jarum tidak perlu ditutup kembali) 20. Bereskan alat-alat yang digunakan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MELEPAS INFUS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 013/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MELEPAS INFUS		
No Dokumen: 013/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu prosedur melepaskan set infus dari vena.

2. Tujuan

- a. Membuat klien merasa leboh nyaman karena lebih mudah beraktivitas
- b. Mengganti set infus dengan yang baru (jika ternyata klien masih membutuhkan terapi intravena)

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Bengkok c. Gunting d. Kapas alkohol e. Kantong sampah medis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan bersih 2. Lepaskan semua plester melekat di sekeliling area penusukan infuse 3. Minta klien untuk menarik nafas dalam lalu tarik secara perlahan abocath infuse yang melekat di klien 4. Tekanan area penusukan dengan kapas alcohol dan beri plester 5. Masukkan selang infuse dan cairan infuse yang sudah terpakai di dalam kantong sampah khusus sampah medis 6. Rapikan alat dank lien 7. Lepaskan sarung tangan 8. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN SELANG NGT**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 014/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN SELANG NGT		
No Dokumen: 014/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu tindakan memasukkan selang plastic yang lunak (yang disebut dengan selang NGT, Naso Gastric Tube) dengan melewati hidung dan terakhir di lambung.

2. Tujuan

- Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan yang adekuat dengan cara memasukkan makanan dan minuman
- Memasukkan obat bagi klien yang tidak dapat diberikan secara oral
- Evakuasi isi lambung seperti mengeluarkan racun atau pada klien yang sedang melaksanakan operasi pneumonectomy untuk mencegah muntah dan kemungkinan aspirasi isi lambung sewaktu recovery
- Mengambil contoh spesimen isi lambung untuk pemeriksaan diagnostik

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Selang NGT No 14 atau 16 (ukuran sesuai kebutuhan) - Sputi besar (20-50 ml) - Jelly stetoskop - Spatel lidah - Bak instrumen - Kom

	g. Plester h. Pengalas i. Tissue / Kasa j. Handuk 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang handuk pada dada klien 2. Mengatur posisi Klien 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 di ukur dengan menggunakan plester. 5. Beri jelly 10-20 cm pada ujung selang 6. Meminta Klien untuk relaks dan bernapas normal 7. Masukkan selang ke lubang hidung secara perlahan tapi tegas sepanjang 5-10 cm, minta Klien untuk menundukkan kepala (fleksi) sambil menelan 8. Masukkan selang sampai batas yang ditandai, • Jika Klien batuk atau bersin, hentikan tindakan dan ulangi lagi, anjurkan Klien menarik nafas • Jika tetap ada tahanan, tarik selang secara perlahan sampai keluar, mcoba masukkan lagi ke lubang hidung yang lain • Jika Klien terlihat akan muntah, tarik selang dan inspeksi tenggorokan,

	lanjutkan memasukkan selang sampai tanda 9. Periksa selang yang sudah masuk lambung • 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 10. Fiksasi selang pada hidung dengan plester 11. Rapikan Klien dan kembalikan ke posisi yang nyaman 12. Merapikan dan membersihkan alat 13. Melepaskan sarung tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MELEPAS SELANG NGT**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 015/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MELEPAS SELANG NGT		
No Dokumen: 015/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu proses mengambil dan melepaskan NGT dari saluran pencernaan.

2. Tujuan

- Membuat klien lebih nyaman karena tidak perlu lagi menggunakan NGT
- Mengganti selang NGT dengan yang baru (jika ternyata klien masih memerlukan)

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Sputi besar - Stetoskop - Pengalas - Tisuu - Plastik sampah - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pakai sarung tangan bersih 2. Pasang pengalas dada 3. Masukkan udara 50 cc ke dalam spuit lalu masukkan ke dalam lambung klien untuk membersihkan selang dari isi lambung 4. Lepaskan plester di hidung klien 5. Minta klien tarik nafas dalam agar glottis tertutup sehingga mencegah aspirasi lambung 6. Tarik selang perlahan 7. Bersihkan hidung atau mulut klien dengan tisu 8. Buang selang di plastic 9. Rapikan alat dank lien 10. Lepaskan sarung tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 5. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 6. Menuliskan waktu kegiatan 7. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 8. Tandatangan



LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS Injeksi Sub Kutan, Intra Dermal, dan Intra Muskular

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 016/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Injeksi Sub Cutan, Intra Dermal dan Intra Muskular		
No Dokumen: 16/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui jalur sub kutan, intra dermal dan intra muskular.

2. Tujuan

- a. Untuk memberikan obat pada klien
- b. Memberikan obat pada klien yang tidak dapat menelan dan mempunyai gangguan pencernaan.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Obat dalam bentuk vial / ampul b. Spuit 1 cc atau 3 cc, sesuai kebutuhan c. Kapas alkohol d. Sarung tangan e. Cairan pelarut f. Bak instrumen g. Bengkok h. Kasa

	i. Pengalas j. Safety box 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 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 keperawatan. 3. Cek tanggal kadaluarsa medikasi. 4. Cuci tangan dan pakai sarung tangan. 5. Siapkan bengkok. 6. Siapkan medikasi a. Persiapan ampul 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 menjauhi tangan. 4) Pegang ampul atas ke bawah, atau taruh permukaan datar. 5) Masukkan spuit ke tengah lubang ampul yang terbuka. 6) Jangan sampai ujung jarum menyentuh dinding ampul. 7) Tarik medikasi ke dalam spuit dengan cara menarik <i>plunger</i> ke belakang secara perlahan.

	8) Jika gelembung udara teraspirasi, jangan mengeluarkan udara ke dalam ampul. 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. 10) 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 dengan memegang spuit secara vertikal. 11) Ganti jarum spuit. b. Vial yang mengandung larutan 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. Berikan tekanan pada ujung jarum selama insersi. 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. 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. 6) Jaga ujung jarum di bawah permukaan cairan. 7) Biarkan tekanan udara dari vial mengisi spuit dengan obat secara bertahap, jika perlu, tarik sedikit <i>plunger</i> untuk mendapatkan jumlah larutan yang benar. 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. 9) Keluarkan jarum dari vial dengan menarik barel spuit. 10) Pegang spuit sejajar mata, pada sudut 90°, untuk memastikan volume yang benar dan tidak adanya gelembung udara. 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 dengan memegang spuit secara vertikal. 12) Ganti jarum spuit. c. Vial berisi bubuk 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). 7. Bebaskan area yang akan disuntik dari baju. 8. Pilih area injeksi yang tepat. Inspeksi permukaan kulit terkait adanya lebam, inflamasi atau edema. 9. Bantu klien pada posisi nyaman a. SC : minta klien merelaksasikan lengan, kaki atau abdomen, tergantung area yang dipilih. b. IM : minta klien berbaring lurus, miring atau pronasi, tergantung area yang dipilih. c. ID : minta klien mengekstensikan siku dan menyangga siku dan lengan pada permukaan datar. d. Berbicara dengan klien tentang hal-hal yang menarik. 10. Bersihkan area dengan kapas alkohol. Oleskan kapas di tengah area dan putar secara sirkular ke arah luar sekitar 5 cm. 11. Pegang kapas antara jari ketiga dan keempat tangan non dominan.
--	--

	12. Lepaskan penutup jarum. 13. Pegang spuit antara ibu jari dan jari telunjuk dengan tangan dominan a. SC : pegang seperti panah, telapak tangan ke bawah atau pegang spuit di ujung jari. b. IM : pegang seperti panah, telapak tangan ke bawah. c. ID : pegang bevel jarum menghadap ke atas. 14. Lakukan penyuntikan a. SC 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. b. IM 1) Posisi tangan non dominan pada tanda anatomik yang benar dan tarik kulit kebawah untuk memberikan suntikan pada Z-track. 2) Jika masa otot klien sedikit, ambil otot tubuh antara ibu jari dan telunjuk. 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. 4) Jika tidak ada darah suntikkan medikasi perlahan. c. ID 1) Dengan tangan non dominan, rentangkan kulit pada area dengan jari telunjuk atau ibu jari. 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.
--	--

	3) Suntikkan medikasi perlahan. Secara normal, resistensi akan terasa. Jika tidak, jarum terlalu dalam, keluarkan dan mulai dari awal. 4) Sambil memasukkan medikasi, perhatikan gelembung kecil sekitar 5 mm seperti gigitan nyamuk terlihat pada permukaan kulit. 5) Lingkari area injeksi dari tuliskan waktu injeksi. 15. Keluarkan jarum sambil memberikan kassa alkohol atau kapas secara perlahan-lahan di atas area. 16. Jangan memijat area setelah injeksi. 17. Pisahkan jarum dan spuit, kemudian buang ke <i>box safety</i>. 18. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan 19. Rapikan klien. 20. Rapikan peralatan.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN SELANG KATETER URINE**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 017/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN SELANG KATETER URINE		
No Dokumen: 017/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memasukkan selang kateter ke dalam kandung kemih melalui uretra.

2. Tujuan

- Meningkatkan rasa nyaman klien akibat distensi abdomen
- Menghitung sisa urine (residu) dalam kandung kemih
- Sebagai media pemeriksaan spesimen urine
- Mengosongkan kandung kemih secara optimal sebelum pembedahan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Selang Kateter - Urine Bag - Sarung tangan - Cucing - Bengkok - Pinset anatomis - Bak instrumen - Duk lubang - Perlak / pengalas - Sput

	k. Aquabides l. Kapas alkohol m. Betadine 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Menyiapkan penderita : untuk penderita laki-laki dengan posisi terlentang sedang wanita dengan posisi dorsal recumbent atau posisi Sim 2. Aturilah cahaya lampu sehingga didapatkan visualisasi yang baik 3. Siapkan deppers dan cucing , tuangkan bethadine secukupnya 4. Kenakan handscoen dan pasang doek lubang pada genetalia penderita 5. Mengambil deppers dengan pinset dan mencelupkan pada larutan bethadine 6. Melakukan desinfeksi sebagai berikut : • Pada penderita laki-laki : Penis dipegang dan diarahkan ke atas atau hampir tegak lurus dengan tubuh untuk meluruskan 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. • 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. 7. Lumuri kateter dengan jelly dari ujung merata sampai 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. 8. Masukkan katether ke dalam meatus, bersamaan dengan itu penderita diminta untuk menarik nafas dalam. • 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. Masukkan kateter sampai urine keluar sedalam 5 – 7,5 cm dan selanjutnya dimasukkan lagi +/- 3 cm. • 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. 9. Mengambil spesimen urine kalau perlu 10. Mengembangkan balon kateter dengan aquadest steril sesuai volume yang tertera pada label spesifikasi kateter yang dipakai 11. Memfiksasi kateter : Pada penderita laki-laki kateter difiksasi dengan 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 13. Rapikan alat 14. Lepas sarung tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien.

	2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MELEPAS SELANG KATETER URINE**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 018/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MELEPAS SELANG KATETER URINE		
No Dokumen: 018/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melepaskan selang kateter dari dalam kandung kemih.

2. Tujuan

- Membuat klien merasa lebih nyaman
- Menghindari adanya infeksi di saluran perkemihan karena pemakaian dalam jangka waktu yang lama

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Pengalas - Bengkok - Sput 10 cc - Sampiran - Sarung tangan - Selimut - klem - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

	2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pakai sarung tangan 2. Ganti selimut klien dengan selimut mandi 3. Pasang pengalas 4. Klem kateter 5. Buka plaster dan kasa pada bagian penis (jika klien laki-laki), jika wanita maka tindakan ini tidak diperlukan 6. Memasukkan spuit 10cc ke selang kateter, kemudian keluarkan cairan yang berada di balon kateter secara perlahan- lahan 7. Anjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam 8. Keluarkan selang kateter secara perlahan-lahan saat klien inspirasi 9. Rapikan alat dan klien 10. Lepaskan sarung tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan

	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS DUKUNGAN AMBULASI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 019/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL DUKUNGAN AMBULASI		
No Dokumen: 019/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Kegiatan memfasilitasi klien dalam melakukan aktivitas berpindah.

2. Tujuan

- a. Memfasilitasi klien untuk berpindah
- b. Memfasilitasi klien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisi klien

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih, jika perlu b. Tongkat / Kruk 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan, jika perlu 2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 3. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi 4. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 5. Rendahkan posisi tempat tidur 6. Atur posisi fowler 7. Fasilitasi kaki menggantung di samping tempat tidur (jika di kursi, posisikan Klien duduk tegak dan kaki rata di lantai) 8. Fasilitasi Klien untuk berdiri di samping tempat tidur 9. Anjurkan melapor jika Klien merasa pusing (jika pusing, dudukkan kembali Klien di tempat tidur) 10. Pastikan lantai bersih dan kering 11. Fasilitasi berpindah dengan menggunakan tongkat atau kruk 12. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 13. Dorong melakukan ambulasi yang lebih jauh sesuai toleransi 14. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 15. Libatkan keluarga dalam membantu Klien melakukan ambulasi
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN KOMPRES DINGIN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 020/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN KOMPRES DINGIN		
No Dokumen: 020/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, peradangan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan dingin.

2. Tujuan

- Menurunkan suhu di bagian tubuh tertentu sekaligus mengurangi rasa sakit dan bengkak.
- Memperlambat atau menghentikan perdarahan
- Mengurangi pembengkakan atau peradangan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Alat kompres dingin - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien.

	5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapat (seperti kemasan gel beku, kain dan handuk atau icebag) 2. Periksa suhu alat kompres 3. Pakai sarung tangan 4. Pilih lokasi kompres 5. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung, jika perlu 6. Lakukan kompres dingin pada daerah yang sudah di pilih 7. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi 8. Rapiakan klien dan alat yang digunakan 9. Lepaskan sarung tangan 10. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN KOMPRES HANGAT**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 021/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN KOMPRES HANGAT		
No Dokumen: 021/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, perasangan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat/panas

2. Tujuan

- Meningkatkan aliran darah
- Membantu otot rileks
- Meredakan nyeri yang sudah berlangsung lama (kronis)

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Alat kompres hangat - Kain penutup kompres (jika diperlukan) - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan - Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapat (seperti kemasan gel beku, kain dan handuk) - Periksa suhu alat kompres - Pilih lokasi kompres - Balut alat kompres hangat dengan kain pelindung, jika perlu - Lakukan kompres hangat pada daerah yang sudah di pilih - Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi - Rapikan klien dan alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tanda tangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 022/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER		
No Dokumen: 022/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan posisi setengah duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan atau psikologis.

2. Tujuan

- Membantu pelaksanaan klien melakukan aktivitas ringan di atas tempat tidur (mobilisasi)
- Memberikan kenyamanan dalam bernapas
- Mengurangi sesak pada klien
- Memudahkan perawatan yang diberikan tenaga kesehatan, misalnya memberikan makan, minum

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Bantal - Sarung tangan bersih, jika perlu - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	- Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Memakai sarung tangan - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi - Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30 - 45 derajat - Letakkan bantal dibawah kepala dan leher - Pastikan klien dalam posisi nyaman - Rapikan klien dan alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI FOWLER**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 023/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGATURAN POSISI FOWLER		
No Dokumen: 023/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan posisi duduk untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan atau psikologis

2. Tujuan

- Mengurangi resiko luka tekan karena pembatasan pergerakan (immobilisasi)
- Memertahankan dan meningkatkan rasa nyaman pada klien
- Meningkatkan mengembangnya dada dan keluar masuknya oksigen
- Memberikan pilihan posisi tdur selain posisi telentang

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih, jika perlu - Bantal - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi 4. Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 60 – 90 derajat 5. Letakkan bantal dibawah kepala dan leher 6. Pastikan klien dalam posisi nyaman 7. Rapikan klien dan alat yang digunakan 8. Lepaskan sarung tangan 9. Cucui tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGHISAPAN JALAN NAPAS (SUCTION)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 024/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGHISAPAN JALAN NAPAS (SUCTION)		
No Dokumen: 024/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Membersihkan secret dengan memasukkan kateter suction bertekanan negative ke dalam mulut, asofaring, trakea dan atau endotracheal tube.

2. Tujuan

- Mempertahankan kepatenan jalan napas
- Membebaskan jalan napas dari sekret/lendir yang menumpuk
- Mendapatkan sampel/ sekret untuk tujuan diagnosa

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan steril atau bersih - Masker dan kacamata google kalau perlu - Selang suction sesuai ukuran - Selang penyambung - Mesin suction - Kom - Tisu - Pengalas - Sumber oksigen - Stetoskop

	k. Oksimetri nadi 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Posisikan semi fowler 3. Auskultasi suara napas 4. Pasang oksimetri nadi 5. Letakkan pengalas dibawah dagu atau dada 6. Hubungkan selang penyambung ke suction 7. Hubungkan selang penyambung dengan ujung selang suction 8. Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative, sesuai kebutuhan (dewasa 120 – 150 mmHg, Anak 100-120 mmHg, bayi 60-100 mmHg) 9. Berikan oksigenasi 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen 10. Pasang sarung tangan steril 11. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik 12. Lakukan penghisapan pada ETT terlebih dahulu lalu hidung dan mulut, jika Klien terpasang ETT 13. Bilass selang suction dengan cairan steril 14. Berikan kesempatan bernapas 3-5 kali sebelum penghisapan berikutnya 15. Monitor saturasi oksigen selama penghisapan 16. Lepas dan buang selang suction 17. Matikan mesin suction

	18. Auskultasi kembali suara napas 19. Rapikan Klien dan alat yang digunakan 20. Lepaskan sarung tangan 21. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI SUPINE**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 25/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGATURAN POSISI SUPINE		
No Dokumen: 025/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Posisi telentang dengan klien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh sama dengan kesejajaran berdiri yang baik.

2. Tujuan

- Meningkatkan kenyamanan klien
- Memfasilitasi penyembuhan terutama pada klien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Bantal - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien.

	5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Posisikan klien tidur terlentang 3. Letakkan bantal di bahu dan kepala klien 4. Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan 5. Lepaskan sarung tangan 6. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tanda tangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGATURAN POSISI TREDELENBURG**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 026/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGATURAN POSISI TREDELENBURG		
No Dokumen: 026/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Posisi berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki.

2. Tujuan

- a. Dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Bantal 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakasi sarung tangan 2. Atur posisi berbaring 3. Turunkan posisi tempat tidur bagian kepala 4. Atur hingga posisi kepala terletak lebih rendah dari kaki 5. Lepaskan sarung tangan 6. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS LATIHAN BATUK EFEKTIF**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 027/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL LATIHAN BATUK EFEKTIF		
No Dokumen: 027/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melatih kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan faring, trakea dan bronkus dari secret atau benda asing di jalan napas.

2. Tujuan

- Menegeluarkan semua udara dari paru-paru
- Untuk mengeluarkan secret yang menghambat jalan napas

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Tisu - Bengkok - Oskigen, jika perlu - Pengalas - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Identifikasi kemampuan batuk 3. Atur posisi semi fowler dan fowler 4. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mecucu) selama 8 detik 5. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan sebanyak 3 kali 6. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3 7. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran, jika perlu 8. Rapiakan klien dan alat 9. Lepaskan sarung tangan 10. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENIMBANGAN BERAT BADAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 028/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENIMBANGAN BERAT BADAN		
No Dokumen: 028/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Prosedur menimbang berat badan pada klien yang akan dilakukan tindakan pengkajian.

2. Tujuan

- a. Mengetahui berat badan klien
- b. Membantu menentukan program pengobatan dan diet

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Pengukur Berat Badan b. Alat Tulis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien

	- Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Letakkan timbangan pada permukaan yang datar - Pastikan posisi awal menunjukkan angka 0 - Anjurkan melepas alas kaki, jaket atau barang lainnya yang dapat mempengaruhi hasil penimbangan - Fasilitasi Klien anak/dewasa berdiri di atas timbangan tanpa berpegangan atau baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan - Bacalah angka yang ditunjukkan oleh timbangan - Baca hasil pengukuran dengan teliti - Rapikan klien dan alat yang digunakan - Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT INHALASI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 029/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT INHALASI		
No Dokumen: 029/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan obat dengan cara dihirup dalam bentuk uap kedalam saluran pernapasan yang dilakukan dengan bahan dan cara yang sederhana untuk mendapatkan efek lokal sistemik.

2. Tujuan

- Mengatasi gangguan atau penyakit pada paru-paru
- Menyalurkan obat langsung ke target organ yaitu paru-paru tanpa harus melalui jalur sistemik terlebih dahulu
- Dalam terapi inhalasi, pada prinsipnya sediaan obat yang diberikan dibentuk menjadi partikel-partikel aerosol terlebih dahulu dengan penggunaan generator aerosol

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Masker nebulizer - Selang nebulizer sesuai ukuran - Obat inhalasi sesuai program - Cairan NaCl sebagai pengencer jika perlu - Mesin nebulizer - Sarung tangan

	g. Tisu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Posisikan klien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau fowler 3. Masukkan obat ke dalam chamber nebulizer 4. Hubungkan selang ke mesin nebulizer atau sumber oksigen 5. Pasang masker menutupi hidung dan mulut 6. Anjurkan untuk melakukan napas dalam saat inhalasi dilakukan 7. Mulai lakukan inhalasi dengan menyalakan mesin nebulizer atau mengalirkan oksigen 6-8 L/Menit 8. Monitor respon klien hingga obat habis 9. Bersihkan daerah mulut dan hidung dengan tisu 10. Rapikan klien dan alat yang digunakan 11. Lepaskan sarung tangan 12. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya

	5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 030/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA		
No Dokumen: 030/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengambil sampel darah melalui intravena untuk pemeriksaan laboratorium

2. Tujuan

- Untuk kepentingan analisis hematologi
- Mengukur atau memeriksa sel, protein, zat kimia atau zat lain dalam darah
- Membantu diagnosis penyakit dan kondisi tertentu, termasuk gangguan pendarahan atau pembekuan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan - Sput - Alkohol swab - Tabung sampel darah, sesuai kebutuhan - Torniquet - Plester - Pengalas - Bengkok - Safety box - Menyiapkan lingkungan

II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Pilih vena yang akan dilakukan penusukan 3. Pasang pengalas dibawah area vena yang dipilih 4. Lakukan pembendungan dengan memasang torniket 5-10 cm di atas area penusukan 5. Anjurkan membuka dan mnegpalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatasi 6. Bersihkan area penusukan dengan sudut 20 – 30 derajat celcius dengan bevel menghadap ke atas 7. Aspirasi sampel darah sesuai kebutuhan (jika menggunakan spuit) atau pegang adapter lalu tekan tabung vakum dan biarkan darah masuk sampai sesuai kebutuhan (jika menggunakan vacutainer) 8. Lepaskan torniket 9. Keluarkan jarum jari vena secara perlahan 10. Lakukan penekanan pada area penusukan 11. Berikan balutan dengan kasa steril, jika perlu 12. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti 13. Pindahkan darah dari spuit ke dalam tabung vakum (jika menggunakan spuit) 14. Berikan label pada tabung sampel darah dan kirim segera ke laboratorium 15. Buang jarum pada safety box 16. Rapiakan klien dan alat

	17. Lepaskan sarung tangan 18. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT SUPOSITORIA ANAL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 031/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT SUPOSITORIA ANAL		
No Dokumen: 031/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis berupa supositoria yang dimasukkan melalui anal untuk membuat efek lokal atau sistemik.

2. Tujuan

- Pengobatan konstipasi dan wasir
- Obat supositoria yang mengandung paracetamol digunakan untuk meredakan demam dan nyeri
- Obat supositoria yang mengandung diazepam digunakan untuk meredakan kejang

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan - Obat supositoria sesuai indikasi - Jeli - Tisu - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Atur klien posisi Sim 3. Lepaskan obat dari wadahnya dan berikan jeli pada ujungnya 4. Anjurkan napas dalam untuk merilekskan sfingter anus 5. Regangkan bokong dengan tangan non dominan 6. Masukkan obat secara perlahan melalui anus, melalui sfingter anal internal dan mengenai dinding rectal 7. Tarik jari dan bersihkan area anal 8. Anjurkan mempertahankan posisi selama 5 menit 9. Rapikan klien dan alat yang digunakan 10. Lepas sarung tangan 11. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MEMANDIKAN KLIEN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 032/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMANDIKAN KLIEN		
No Dokumen: 032/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu mandi secara mandiri dengan cara memandikan di tempat tidur

2. Tujuan

Menjaga kebersihan diri klien

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air dingin dan air hangat b. Pakaian pengganti c. Kain penutup d. Handuk besar e. Handuk kecil untuk mengeringkan badan f. Sarung tangan pengusap/waslap g. Tempat untuk pakain kotor h. Sampiran i. Peralatan mandi (sabun, sampo, sikat gigi, pasta gigi) j. Sisir k. Sarung tangan 6. Menyiapkan lingkungan

II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Tinggikan tempat tidur jika perlu 3. Tutup pintu dan sampiran/sketsel 4. Ganti selimut dengan selimut mandi 5. Tanggalkan baju klien 6. Cuci bagian muka , telinga, leher a. letakkan handuk dibawah kepala klien b. bersihkan mata dari cantus dalam ke cantus luar menggunakan waslap, dan tidak diberi sabun, penggunaan sabun muka disesuaikan dengan kebiasaan klien, kemudian dibilas dan dikeringkan. c. bersihkan daun telinga dan leher menggunakan waslap dan sabun 7. Cuci lengan klien: a. letakkan handuk dibawah lengan klien yang jauh dari perawat dan meninggikan lengan dengan cara memegang bagian siku , kemudian mencuci lengan dari pergelangan tangan ke ketiak, bilas dengan air bersih lalu dikeringkan . Ulangi lagi untuk tangan yang lain 8. Mencuci dada dan perut klien a. Miringkan klien kearah membelakangi perawat, lalu letakkan handuk besar melintang di bawah punggung klien. Kembalikan klien pada posisi supine turunkan selimut mandi hingga batas atas pubis, cuci dada hingga perut menggunakan waslap dan sabun

	b. bilas dada dan perut dengan air bersih, stlh selesai dikeringkan. 9. Mencuci punggung a. Miringkan klien membelakangi perawat b. Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan punggung sampai pantat c. Massage punggung dapat dilakukan pada tahap ini 10. Oleskan lotion atau baby oil pada bagian-bagian penonjolan tulang 11. Jika terdapat luka decubitus, oleskan antiseptik 12. Mencuci kaki a. Membuka selimut mandi 1 sisi kaki (mulai dari bagian kaki yang terjauh dari perawat) b. Letakkan handuk dibawah kaki yang akan dicuci c. Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan d. Cuci kaki yang satu dengan cara yang sama. 13. Mencuci genetalia a. Buka selimut mandi hingga didaerah pubis b. Atur klien pada posisi litotomi c. Cuci organ genital dengan sabun, bilas dengan air bersih dan keringkan d. Kembalikan pada posisi supinasi, 14. Bantu klien memakai baju bersih 15. Lepas sarung tangan 16. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN RAMBUT**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 033/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN RAMBUT		
No Dokumen: 033/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan hygiene khususnya rambut

2. Tujuan

Untuk menjaga kebersihan kulit kepala dan rambut

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Handuk b. Pengalas c. Baskom d. Gayung e. Shampo f. Sisir g. Kasa/kapas h. Ember i. Sarung tangan j. Celemek 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi

	Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Mengganti selimut klien dengan selimut mandi 3. Mengatur posisi tidur klien dengan kepala di pinggir tempat tidur 4. Memasang perlak dan handuk di bawah kepala 5. Memasang talang dengan ujung berada di ember 6. Menutup dada dengan handuk sampai ke leher 7. Menyisir rambut 8. Menutup lubang telinga dengan kapas dan mata dengan kain kasa 9. Menyiram dengan air hangat, menggosok (memijit-mijit) kulit kepala dan rambut dengan sampo 10. Membilas rambut dengan air hangat sampai bersih 11. Melepas kapas penutup lubang telinga dan kain kasa penutup mata 12. Mengangkat talang, meneringkan rambut dengan handuk 13. Menyisir rambut 14. Meletakkan kepala pada bantal yang telah di alasi handuk kering 15. Ganti selimut mandi dengan selimut tidur 16. Rapikan klien dan alat yang digunakan 17. Lepaskan sarung tangan 18. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien.

	2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TANGAN DAN KAKI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 034/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN TANGAN DAN KAKI		
No Dokumen: 034/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan hygiene khususnya merawat tangan dan kaki.

2. Tujuan

Untuk menjaga kebersihan kuku, tangan dan kaki.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Pengalas b. Gunting kuku c. Kikir kuku d. Handuk e. Baskom berisi air hangat f. Sabun g. Lotion h. Sikat kuku/pembersih kuku i. Sarung tangan bersih j. Waslap k. Bengkok 6. Menyiapkan lingkungan

II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Atur posisi klien duduk atau berbaring 3. Pasang pengalas 4. Rendam kuku tangan dengan air hangat 2 menit, jika kotor kuku di sikat / dibersihkan dengan pembersih kuku lalu di keringkan dengan handuk 5. Bila kuku panjang, letakkan tangan di atas bengkok lalu potong kuku dengan guntn kuku, seelah selesai kikir kuku agar rata 6. Ganti air rendaman, lalu lakukan perendaman kaki selama 5-10 menit 7. Cuci kaki dengan menggunakan sabun dan waslap, kemudian bilas dan keringkan dengan handuk 8. Bila kuku panjang, letakkan kaki di atas bengkok lalu potong kuku setelah selesai kikir kuku agar rata 9. Berikan lotion pada kaki 10. Rapikan klien dan alat yang digunakan 11. Lepas sarung tangan 12. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub

	4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS ORAL HYGIENE**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 035/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ORAL HYGIENE		
No Dokumen: 035/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Oral hygiene adalah tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi. Oral hygiene merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang dihospitalisasi. Tindakan ini dapat dilakukan oleh klien yang sadar secara mandiri atau dengan bantuan perawat. Untuk klien yang tidak mampu mempertahankan kebersihan mulut dan gigi secara mandiri harus dibantu sepenuhnya oleh perawat. Pemberian asuhan ini sedikitnya dua kali sehari.

2. Tujuan

untuk menjaga kesehatan mulut dan gigi

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Pengalas atau perlak b. Gelas kumur berisi air matang c. Spatel lidah dengan bantalan atau spons d. Handuk e. Bengkok f. Sarung tangan g. Pelembab bibir h. Obat stomatitis, jika perlu

	i. Kapas lidi j. Tisu k. Sikat gigi dan pasta gigi l. perlak 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Atur posisi pasien setengah duduk/duduk 3. Memasang perlak/handuk dibawah dagu pasien 4. Mmembantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok 5. Membantu menyiapkan sikat gigi dan pastanya 6. Membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam 7. Membantu pasien untuk berkumur dan menyiapkan bengkok 8. Mengeringkan bibir menggunakan tisu 9. Rapikan pasien dan alat yang digunakan 10. Lepas sarung tangan 11. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub

	4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENGGANTI ALAT TENUN (BED MAKING) TANPA
KLIEN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 036/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGANTI ALAT TENUN (BED MAKING) TANPA KLIEN		
No Dokumen: 036/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Bed making adalah suatu tindakan mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih baik dilakukan pada tempat tidur dengan pasien di atasnya ataupun pada tempat tidur kosong.

2. Tujuan

Menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi dan nyaman.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 2. Mencuci tangan bersih 3. Menyiapkan alat: a. Sprei / Laken besar b. Sprei sedang / Bovenlaken c. Laken kecil / Stiklaken d. Alas/perlak e. Slimut f. Sarung Bantal 4. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Kerja 1. Mempersiapkan alat dengan meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun diatas meja bersih 2. Memasang alas kasur dan mengikatkan tali-talinya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudut

	3. Meletakkan laken dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya ditengah-tengah tempat tidur 4. Memasukkan laken pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur kemudian dibuat sudut. 5. Memasukkan laken pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut. Jika laken tidak sesuai ukurannya maka masukkanlah bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki 6. Masukkan laken bagian sisi ke bawah kasur (sisi tempat bidan berdiri) 7. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga steak laken, dan masukkan sama-sama ke bawah kasur 8. Meletakkan bovenlaken secara terbalik dengan jahitan lebar di bagian kepala mulai garis kasur, masukkan bagian kaki ke bawah kasur 9. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari garis kasur bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur 10. Melipat bovenlaken bagian atas tepat diatas garis selimut 11. Memasukkan bantal kedalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian tertutup ke jurusan pintu 12. Memasang overlaken 13. Mencuci tangan
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MENGGANTI ALAT TENUN (BED MAKING) DENGAN
KLIEN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 037/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGANTI ALAT TENUN (BED MAKING) DENGAN KLIEN		
No Dokumen: 037/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Bed making adalah suatu tindakan mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih baik dilakukan pada tempat tidur dengan pasien di atasnya ataupun pada tempat tidur kosong

2. Tujuan

Menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi dan nyaman.

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 2. Mencuci tangan bersih 3. Menyiapkan alat: a. Sprei / Laken besar b. Sprei sedang / Bovenlaken c. Laken kecil / Stiklaken d. Alas/perlak e. Slimut f. Sarung Bantal 4. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Memindahkan alat perlengkapan milik klien yang ada di tempat tidur - Membantu klien tidur miring menjauhi bidan, dengan memperhatikan KU klien - Melepas laken, perlak, steak laken dengan menggulungnya kearah punggung klien ,bagian kotor berada dalam gulungan - Menggulung linen bersih ke tengah tempat tidur , dan meletakkannya dibelakang punggung klien - Klien dibantu untuk membalikkan posisi kehadapan bidan dengan melewati gulungan linen bersih tersebut - Melepas laken dan selimut penutup, melipatnya dan meletakkannya pada ember - Semua linen kotor diambil kemudian dimasukkan ke dalam tempat kain kotor. Gulungan linen bersih dibentangkan, dirapikan dengan memasukkan sisa-sisa linen pada sisi tempat tidur ke bawah kasur - Klien dikembalikan pada posisi supinasi (posisi nyaman) - Memasang selimut dan boven laken yang bersih sambil memakaikannya - Melepas bantal dengan hati-hati sambil menyangga kepala klien - Melepas sarung bantal yang kotor dan menggantikannya dengan yang bersih - Membantu klien tidur dengan posisi yang nyaman - Mencuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
---	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS KLISMA/HUKNAH**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 038/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KLISMA / HUKNAH		
No Dokumen: 038/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Huknah/Enema adalah memasukkan suatu larutan ke dalam rectum dan kolon. Wash Out (sering juga disebut huknah, enema, lavement) adalah suatu tindakan memasukkan suatu larutan ke dalam rectum dan kolon sigmoid. Tindakan ini diberikan untuk meningkatkan defekasi dengan merangsang peristaltic.

2. Tujuan

- Membantu mengeluarkan feces akibat konstipasi
- Tindakan pengobatan/pemeriksaan diagnostic
- Merangsang peristaltic usus, sehingga pasien dapat buang air besar
- Mengosongkan usus sebagai persiapan tindakan operasi
- Sebagai tindakan pengobatan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Irigator lengkap dengan kanul dan slang - Air hangat a. Bayi : 150 – 250 cc b. Anak : 250 – 350 cc c. Usia sekolah : 300 – 500 cc d. Remaja : 500 – 700 cc

	g. e. Dewasa : 750 – 1000 cc h. Standart Infus i. Perlak dan pengalas j. Bengkok k. Pispot dan botol cebok l. Selimut mandi m. Tissue toilet n. Jelly o. Sarung Tangan 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Mendekatkan alat ke dekat pasien 3. Mengatur posisi (miring kiri untuk huknah rendah, miring kanan untuk huknah tinggi) 4. Meletakkan perlak dan pengalas dibawah bokong klien 5. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi 6. Meletakkan pispot dekat tempat tidur 7. Menggantungkan irrigator yang telah diisi air hangat pada standart dengan ketinggian 50 cm (huknah rendah) atau 30 cm (huknah tinggi) 8. Mengeluarkan udara dalam selang, kemudian menutup klem kembali 9. Menggunakan hand schoen

	10. Membuka bokong hingga anus terlihat 11. 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) 12. Menginstruksikan pasien untuk tidak menahan masuknya kanul ke anus dengan cara menghembuskan nafas perlahan melalui mulut 13. Membuka kran dan biarkan larutan masuk dengan perlahan 14. Menutup kran bila air dalam irrigator habis atau bila pasien tidak dapat menahan untuk BAB 15. Memegang pangkal kanule dengan tissue, tarik kanule dari anus 16. Memasang pispot dibawah bokong pasien untuk BAB 17. Membersihkan anus 18. Merapikan pasien 19. Lepas sarung tangan 20. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT INTRAVENA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 039/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT INTRAVENA		
No Dokumen: 039/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui pembuluh darah vena

2. Tujuan

- Memasukkan obat, vitamin dan transfusi darah ke tubuh klien
- Resusitasi cairan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan - Obat iv sesuai order - Alcohol swabs - Sprit sesuai kebutuhan - Cairan pelarut, jika perlu - Tourniquet - Bengkok - Safety box - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Pilih area vena yang akan dilakukan penusukan 3. Pasang pengalas dibawah area vena yang dipilih 4. Lakukan pembendungan dengan memasang tourniquet 5-10cm di atas area penusukan 5. Anjurkan membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatasi 6. Bersihkan area penusukan dengan alcohol swabs 7. Lakukan penusukan dengan sudut 20-30 derajat dengan bevel menghadap ke atas 8. Tarik sedikit plunger spuit sampai terlihat darah pada plunger spuit 9. Lepaskan tourniquet 10. Injeksikan obat intravena 11. Keluarkan jarum dari vena secara perlahan 12. Buang jarum dan spuit ke dalam safety box tanpa recapping (menutup kembali jarum) 13. Lakukan penekanan pada area penusukan 14. Berikan balutan dengan kasa steril, jika perlu 15. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti 16. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 17. Lepaskan sarung tangan 18. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi

	Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN PRODUK DARAH**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 040/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN PRODUK DARAH		
No Dokumen: 040/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mempersiapkan dan memberikan produk darah dengan menggunakan set tranfusi

2. Tujuan

- Mengganti kehilangan darah
- Mengganti kehilangan plasma darah
- Mencegah dan mengatasi perdarahan karena kekurangan/kelainan komponen darah

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Produk darah, sesuai kebutuhan - Sarung tangan bersih - Set transfuse (blood set) - Cairan Nacl 0,9% - Kateter IV - Sprit 3cc - Alkohol swabs - Pengalas - Bengkok - Plester - Bengkok

	6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klienMenjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah dan identitas pasien) 3. Pasang akses intravena, jika belum terpasang 4. Periksa kepatenan akses intravena, flebitis dan tanda infeksi local 5. Berikan Nacl 0,9% 50-100 ml sebelum transfuse di lakukan 6. Sambungkan kantung darah dengan set transfuse 7. Atur kecepatan transfuse 2Ml/Menit pertama dan jika tidak terjadi respons alergi maka transfuse dapat dipercepat sesuai target dan kondisi pasien 8. Berikan transfuse dalam waktu maksimal 4 jam (untuk WB, PRC, PRC-LD,WE) 2 jam (untuk TC) atau 6 jam (untuk FFP dan cryoprecipitate) 9. Bilas selang dengan mengalirkan cairan Nacl 50-100 ml 10. Monitor TTV dan adanya tanda/gejala respons alergi 11. Hentikan transfuse jika terdapat reaksi transfuse 12. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 13. Lepaskan sarung tangan 14. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan.

	3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TRAKEOSTOMI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 041/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN TRAKEOSTOMI		
No Dokumen: 041/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat kebersihan kepatenan jalan napas serta mencegah komplikasi akibat pemasangan trakeostomi.

2. Tujuan

- Menjaga jalan napas klien
- Mengurangi dead space area
- Memperlancar akses ke saluran pernapasan bagian bawah, dengan melewati saluran pernapasan bagian atas

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Sarung tangan steril - Masker dan google atau masker visor - Handuk atau tisu - Kasa steril dan kapas lidi steril - Set ganti balutan steril - Kom steril dan cairan - Kasa gulung atau tali trakeostomi - Gunting

	6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Posisikan klien semi fowler 3. Pasang tisu atau handuk 4. Pasang masker dan sarung tangan bersih 5. Lapaskan balutan kotor 6. Lepaskan sarung tangan 7. Buka set ganti balutan steril 8. Isi kom steril dengan cairan steril 9. Pakai sarung tangan steril dan pertahankan tangan yang dominan tetap steril selama prosedur 10. Lepaskan oksigen dengan tangan non dominan, jika terpasang oksigen 11. Lepaskan inner kanul trakeostomi dengan tangan non dominan 12. Bersihkan inner kanul menggunakan tangan dominan dengan sikat steril dan bilas dengan cairan steril 13. Pasang kembali inner kanul 14. Bersihkan stoma dan kulit sekitar dengan kassa lembab steril atau kapas lidi steril 15. Keringkn kulit sekitar stoma dengan kassa steril 16. Lepaskan ikatan trakeostomi yang kotor 17. Pasang balutan steril dan ikatan pada trakeostomi

	18. Rapiakan klien dan alat-alat yang digunakan 19. Lepaskan sarung tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN BIDAI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 042/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASNAGAN BIDAI		
No Dokumen: 042/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan pemasangan penopang untuk menstabilisasi, mengimobilisasi dan memproteksi bagian tubuh yang cedera.

2. Tujuan

- Mencegah pergerakan/pergeseran dari ujung yang patah
- Mengurangi terjadinya cedera baru disekitar bagian tulang yang patah

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan - Bidan sesuai ukuran (melewati dua persendian ekstremitas yang cedera) - Mitela atau oerban elastic - Kasa steril jika perlu - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klienMenjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan - Atur posisi senyaman mungkin - Buka pakaian yang menutupi area fraktur - Lakukan penghentian perdarahan dengan balut tekan, jika terjadi perdarahan - Lakukan perawatan luka, pada fraktur terbuka atau terdapat luka - Periksa pulsasi, motorik dan sensorik (PMS) - Pasang bidai melewati dua persendian - Fiksasi bidai dengan mitela atau perban elastic - Periksa kembali pulsasi, motorik dan sensorik (PMS)
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN GIPS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 043/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMSANGAN GIPS		
No Dokumen: 043/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan fiksasi pada terjadinya patah tulang dengan menggunakan gips

2. Tujuan

- Membantu menahan dan menjaga ujung tulang yang patah pada posisi yang tepat
- Mencegah area di sekitar tulang yang patah bergerah selama proses penyembuhan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung Tangan - Baskom berisi air - Rolls padding - Gips - Pengalas - Handuk - Sabun - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Mengatur posisi klien. 3. Daerah yang akan dipasang gips untuk dicukur bila perlu, dibersihkan, dan dicuci dengan sabun, kemudian dikeringkan dengan handuk. 4. Sokong bagian tubuh yang akan di gips 5. Pasang padding pada bagian yang akan dipasang gips secara sirkuler. 6. Masukkan gips dalam baskom berisi air, rendam beberapa saat sampai gelembung-gelembung dari gips habis keluar. Selanjutnya diperas untuk mengurangi jumlah air dalam gips. 7. Pasang gips secara merata pada bagian tubuh, pembalutan gips secara melingkar mulai dari distal ke proksimal tidak terlalu erat. Pada waktu membalut, lakukan gerakan berkesinambungan agar terjaga ketimpang tindihan lapisan gips. 8. Sokong gips selama pengerasan dan pengeringan dengan telapak tangan. Jangan diletakkan pada permukaan keras atau pada tepi yang tajam dan hindari tekanan pada gips. 9. Rapikan klien. 10. Lepaskan sarung tangan 11. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya

	5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS TRIAGE**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 044/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TRIAGE		
No Dokumen: 044/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu cara untuk menseleksi atau memilih korban berdasarkan tingkat kegawatan

2. Tujuan

- Menetapkan tingkat atau drajat kegawatan yang merupakan pertolongan kedaruratan
- Membatasi kejadian cedera dan kegagalan dalam penanganan klien

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - APD : handscune, masker - Pita WarnaMerah, kuning, hijau, hitam - Cervical collar - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Penderita datang diterimapetugas/ paramedic IGD 2. Inform concern (penandatanganan persetujuan tindakan) oleh keluarga Klien. 3. Lakukanseleksi Klien secara cepat dan tepat oleh dokter / perawat, kemudian Klien di beri label warna yang sesuai dengan level kegawatdaruratannya. 4. Tempatkan Klien diruang sesuai dengan kasus untuk mendapatkan tindakan pemeriksaan dan pengobatanselanjutnya: a. Luka-luka diruang tindakan bedah b. Tindakan resusitasi diruang resusitasi c. Non bedah diruang tindakan non bedah d. Lakukan klasifikasi Klien pada ruang triase 5. Diruang triase dilakukan anamnese dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya. Oleh paramedis yang terlatih / dokter. 6. Penderita dibedakan menurut kegawatnnya dengan memberi kode huruf : a. P III adalah penderita tidak gawat dan tidak darurat. Misalnya : Penderita Common Cold, penderitarawatjalan, abses, lukarobek, b. P II adalah penderita yang kegawat daruratan masih tidak urgent Misalnya : PenderitaThipoid, Hipertensi,DM, c. P I adalah penderita gawat darurat (Klien dengan kondisi mengancam) Misalnya : Penderita stroke trombosis, luka bakar, Appendic acuta, KLL , CVA, MIA, asma bronchial dll d. P 0 adalah penderita meninggal 7. Penderita mendapatkan prioritas pelayanan dengan urutan warna : P I-PII-PIII. 8. Pada waktu jam kerja penderita dengan prioritas PIII dikirim ke BP / rawat jalan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan.

	3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN NECK COLLAR**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 045/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN NECK COLLAR		
No Dokumen: 045/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memasang alat penyokong untuk imobilisasi leher atau tulang servikal

2. Tujuan

- Mengurangi adanya pergerakan leher yang berlebihan selama proses pemulihan
- Mencegah adanya pergerakan pada tulang serviks yang patah
- Mengurangi rasa sakit akibat cedera di leher atau kepala

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Neck collar, sesuai ukuran - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Lakukan pengukuran neck collar 3. Lakukan imobilisasi leher Klien secara manual dengan kedua lengan perawat 4. Masukkan neck collar secara perlahan ke bagian belakang leher dengan sedikit melewati leher 5. Letakkan bagian neck collar yang bertekuk tepat pada dagu 6. Rekatkan 2 sisi neck collar satu sama lain 7. Lepas sarung tangan 8. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN JALAN NAPAS BUATAN ENDOTRACHEAL
TUBE (ETT)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 046/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN JALAN NAPAS BUATAN ENDOTRACHEAL TUBE (ETT)		
No Dokumen: 046/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memasukkan pipa jalan napas buatan ke dalam trakea melalui mulut

2. Tujuan

- Melancarkan pernapasan klien
- Pemberian pernapasan mekanik
- Untuk mempertahankan jalan napas tetap terbuka

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Scope (laringoskop dan stetoskop) - Tube (ETT sesuai ukuran) - Tape (Plester dan gunting untuk fiksasi) - Airway (pipa orofaring atau nasofaring) - Introducer (madrin atau stylet) - Connector (selang penyambung) - Suction - Sarung tangan steril - Masker - Jeli

	k. Sduit 20 cc l. Bag valve mask (BVM) 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pakai sarung tangan dan masker 2. Periksa integritas balon ETT 3. Pasang madrin pada bagian dalam ETT 4. Lumasi ETT dengan jeli 5. Posisikan klien terlentang dengan leher ekstensi 6. Lakukan pendampingan klien selama pemasangan dilakukan operator : a. Buka mulut Klien dengan teknik cross finger b. Masukkan blade laringoskop dengan tangan kiri sampai epiglottis terlihat jelas c. Masukkan ETT melewati epiglottis dengan tangan kanan d. Kembangkan balon ETT e. Angkat blade laringoskop dari mulut klien f. Pegang ETT dengan satu tangan dan lepas madrin dengan tangan lainnya 7. Lakukan suction, jika perlu 8. Sambungkan ETT dengan BVM 9. Periksa ketepatan posisi ETT dengan auskultasi bunyi paru 10. Fiksasi ETT dengan plester

	11. Rapiakan klien dan alat yang digunakan 12. Lepaskan sarung tangan dan masker 13. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMASANGAN JALAN NAPAS BUATAN LARYNGEAL
MASK AIRWAY (LMA)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 047/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN JALAN NAPAS BUATAN LARYNGEAL MASK AIRWAY (LMA)		
No Dokumen: 047/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Suatu tindakan untuk mengatasi kegawatdaruratan jalan napas.

2. Tujuan

- Untuk menghasilkan jalan napas yang lancar tanpa menggunakan sungkup muka
- Untuk menghindari penggunaan ETT / melakukan intubasi endotracheal selama ventilasi spontan. Pada kasus kesulitan intubasi
- Untuk memasukkan ET ke dalam trachea melalui alat intubating LMA

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Laryngeal mask airway sesuai ukuran - Stetoskop - Plester dan gunting - Connector (selang penyambung) - Suction - Sarung tangan - Masker - Jeli - Sput 20 cc

	j. Bag valve mask (BVM) 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Memakai sarung tangan - Periksa integritas balon LMA - Lumasi bagian posterior LMA dengan jeli - Posisikan klien terlentang dengan kepala ekstensi - Buka mulut Klien dengan tektnik cross finger (ibu jari dantelunjuk) - Lakukan suction, jika perlu - Masukkan LMA ke dalam faring dan teruskan hingga terasa ada tahanan - Kembangkan balon LMA - Sambungkan LMA dengan BVM - Periksa ketepatan posisi LMA dengan auskultasi bunyi paru - Fiksasi LMA dengan plester - Sambungkan LMA dengan connector sumber oksigen - Rapikan klien dan alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan.

	3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEREKAMAN ELEKTROKARDIOGRAM (EKG)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 048/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEREKAMAN ELEKTROKARDIOGRAM (EKG)		
No Dokumen: 048/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memsang elektroda pada area tertentu pada ekstremitas dan dada untuk mendapatkan sadapan potensial listrik yang dihasilkan oleh aktivitas jantung

2. Tujuan

- Mendeteksi masalah kesehatan yang berkaitan dengan jantung
- Untuk mengukur dan merekam aktivitas listrik jantung

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Mesin EKG beserta electrode dan kabel listrik (power) dan kabel untuk ground - Kertas Interpretasi EKG, Pulpen, pensil - Silokain Jelly/ air - Kapas Alkohol dalam tempatnya - Kertas tissue - Memeriksa Fungsi alat sehingga siap digunakan - Sarung tangan - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memasang sarung tangan 2. Lepas pakaian bagian dada Klien 3. Bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan kapas beralkohol 4. Oleskan pasta/ jelly EKG pada elektroda untuk menghindari kemungkinan terjadinya syok listrik 5. Memasang Lead ekstremitas bipolar dan unipolar 2 6. Memasang Lead prekordial 3 a) Pasang lead V1 b) Pasang lead V2 c) Pasang lead V3 d) Pasang lead V4 e) Pasang lead V5 f) Pasang lead V6 7. Nyalakan mesin EKG 8. Pantau monitor mesin EKG jika sudah siap untuk dilakukan perekaman EKG sesuaikan dengan kebutuhan semisal lead dua panjang 9. Berikan keterangan nama Klien, umur Klien, nomor register Klien dan tanggal pemeriksaan EKG dikertas interpretasi 10. Melepas semua lead dan membersihkan sisa pasta EKG dengan tissue 11. pasang kembali pakaian Klien 12. Alat dibereskan 13. Melepas sarung tangan 14. Cuci Tangan

IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS RESUSITASI JANTUNG PARU**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 049/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RESUSITASI JANTUNG PARU		
No Dokumen: 049/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan pertolongan pertama pada kondisi henti napas dan henti jantung dengan teknik kombinasi kompresi pada dada dan bantuan napas

2. Tujuan

- Mengembalikan fungsi sirkulasi dan pernapasan
- Mencegah berhentinya sirkulasi dan respirasi
- Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi pada klien yang mengalami henti jantung

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - APD : handscune, maskerett - BVM : bag valve mask - Cervical collar - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien																					
III	Tahap Kerja <table border="1"> <thead> <tr> <th>Langkah</th><th>Tindakan</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Bahaya</td><td>Perhatikan lingkungan yang tidak aman, misalnya aliran listrik, api kemungkinan ledakan beracun.</td></tr> <tr> <td>Pastikan lokasi sudah aman untuk memberikan pertolongan.</td></tr> <tr> <td rowspan="4">Respon</td><td>Pastikan korban tidak sadar</td></tr> <tr> <td>Panggil, tepuk atau goyang tubuh korban secara perlahan</td></tr> <tr> <td>Panggil dengan lantang (keras dan jelas) :pak/ibu, apakah anda baik-baik saja?</td></tr> <tr> <td>Jika Klien tidak berespon (tidak sadar) panggil ambulans 118</td></tr> <tr> <td rowspan="2">Airway (A)</td><td>Buka jalan nafas : head tilt chin lift.</td></tr> <tr> <td>Periksa jalan nafas dan singkirkan segala bentuk sumbatan jalan nafas</td></tr> <tr> <td rowspan="2">Breathing (B)</td><td>Cek pernafasan : lihat, dengar, dan rasakan (5-10 perdetik/< 10 detik)</td></tr> <tr> <td> - Lihat naik turunnya di dinding dada - Dengar suara nafas saat ekpresi - Rasakan aliran udara dari hidung dan mulut korban </td></tr> <tr> <td rowspan="2">Circulation (C)</td><td> Cek nadi carotis/tanda sirkulasi* (<10 detik). Jika tidak ada nadi/tanda sirkulasi*, lakukan RJP - Tentukan lokasi untuk kompresi dada - Posisi tangan dan tubuh yang tepat - Lakukan kompresi secara vertical sedalam 4-5 cm dengan relaksasi komplet setelah kompresi dengan kecepatan 100x/menit - Ucapkan hitungan 1&2&3&4&5, &1&2&3&4&10, &1&2&3&4&15, &1&2&3&4&20, &1&2&3&4&25, &1&2&3&4&30 </td></tr> <tr> <td>Siklus RJP</td></tr> <tr> <td></td><td>Lakukan 30 kompresi dada diikuti dengan 2 bantuan nafas</td></tr> </tbody> </table>	Langkah	Tindakan	Bahaya	Perhatikan lingkungan yang tidak aman, misalnya aliran listrik, api kemungkinan ledakan beracun.	Pastikan lokasi sudah aman untuk memberikan pertolongan.	Respon	Pastikan korban tidak sadar	Panggil, tepuk atau goyang tubuh korban secara perlahan	Panggil dengan lantang (keras dan jelas) :pak/ibu, apakah anda baik-baik saja?	Jika Klien tidak berespon (tidak sadar) panggil ambulans 118	Airway (A)	Buka jalan nafas : head tilt chin lift.	Periksa jalan nafas dan singkirkan segala bentuk sumbatan jalan nafas	Breathing (B)	Cek pernafasan : lihat, dengar, dan rasakan (5-10 perdetik/< 10 detik)	- Lihat naik turunnya di dinding dada - Dengar suara nafas saat ekpresi - Rasakan aliran udara dari hidung dan mulut korban	Circulation (C)	Cek nadi carotis/tanda sirkulasi* (<10 detik). Jika tidak ada nadi/tanda sirkulasi*, lakukan RJP - Tentukan lokasi untuk kompresi dada - Posisi tangan dan tubuh yang tepat - Lakukan kompresi secara vertical sedalam 4-5 cm dengan relaksasi komplet setelah kompresi dengan kecepatan 100x/menit - Ucapkan hitungan 1&2&3&4&5, &1&2&3&4&10, &1&2&3&4&15, &1&2&3&4&20, &1&2&3&4&25, &1&2&3&4&30	Siklus RJP		Lakukan 30 kompresi dada diikuti dengan 2 bantuan nafas
Langkah	Tindakan																					
Bahaya	Perhatikan lingkungan yang tidak aman, misalnya aliran listrik, api kemungkinan ledakan beracun.																					
	Pastikan lokasi sudah aman untuk memberikan pertolongan.																					
Respon	Pastikan korban tidak sadar																					
	Panggil, tepuk atau goyang tubuh korban secara perlahan																					
	Panggil dengan lantang (keras dan jelas) :pak/ibu, apakah anda baik-baik saja?																					
	Jika Klien tidak berespon (tidak sadar) panggil ambulans 118																					
Airway (A)	Buka jalan nafas : head tilt chin lift.																					
	Periksa jalan nafas dan singkirkan segala bentuk sumbatan jalan nafas																					
Breathing (B)	Cek pernafasan : lihat, dengar, dan rasakan (5-10 perdetik/< 10 detik)																					
	- Lihat naik turunnya di dinding dada - Dengar suara nafas saat ekpresi - Rasakan aliran udara dari hidung dan mulut korban																					
Circulation (C)	Cek nadi carotis/tanda sirkulasi* (<10 detik). Jika tidak ada nadi/tanda sirkulasi*, lakukan RJP - Tentukan lokasi untuk kompresi dada - Posisi tangan dan tubuh yang tepat - Lakukan kompresi secara vertical sedalam 4-5 cm dengan relaksasi komplet setelah kompresi dengan kecepatan 100x/menit - Ucapkan hitungan 1&2&3&4&5, &1&2&3&4&10, &1&2&3&4&15, &1&2&3&4&20, &1&2&3&4&25, &1&2&3&4&30																					
	Siklus RJP																					
	Lakukan 30 kompresi dada diikuti dengan 2 bantuan nafas																					

	Pengkajian ulang	• Kaji nadi dan tanda sirkulasi* korban setiap 5 siklus ($\pm$ 2 menit) • Jika nadi tidak teraba, lanjutkan RJP • Jika nadi teraba, kaji pernafasan korban	
	Rescue Breathing	• Jika pernafasan tidak ada, berikan rescue breathing dengan menghitung : “2 ribu, 3 ribu, 4 ribu, 5 ribu” setelah tiap tiupan. • Berikan 12 kali rescue breathing dalam 1 menit	
	Posisi recovery	Berikan korban posisi recovery, jika : • Nadi dan pernafasan ada • Korban tidak sadar dan tidak ada tanda trauma Lanjutkan memonitor denyut nadi, pernafasan dan tanda sirkulasi* korban setiap beberapa menit karena jantung dan paru dapat berhenti mendadak.	
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.		
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan		



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS IRIGASI KOLOSTOMI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 050/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL IRIGASI KOLOSTOMI		
No Dokumen: 050/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengeluarkan isi kolon (feses) secara terjadwal dengan memasukkan sejumlah air dengan suhu sama dengan tubuh / hangat

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan b. Pengalas c. Tiag infuse d. Air hangat e. Kateter f. Cone tip g. Jeli h. Sabun 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan - Letakkan pengalas dibawah kolostomi - Isi kantung irigasi pada tiang infuse - Alirkan air ke dalam selang dan hindari adanya udara dalam selang - Lepaskan kantung stoma lalu pasang plastic irigasi sdan masukkan ujung selang ke stoma - Letakkan plastic irigasi ke dalam kloset atau kantung pembuangan - Hubungkan cone tip kateter dan beri jeli - Masukkan cone tip ke dalam stomadan tangan tetap memegang cone tip - Alirkan air dnga alirang yang cukup 10-15 menit - Lambatkan aliran jika terdapat tanda-tanda kram abdomen - Klem kateter dan tutup stoma 15-20 menit - Biarkan sampai semua feses keluar setelah 40-60 menit - Bersihkan area stoma dengan sabun dan air - Pasang kembali kantung stoma - Rapikan Klien dan alat-alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi

	Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	--



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS IRIGASI MATA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 051/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL IRIGASI MATA		
No Dokumen: 051/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Membilas mata untuk menghilangkan inflamasi local konjungtiva, memberikan aseptik atau membilas keluar eksudat dari mata

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Spuit 10 cc atau penetes mata c. Bola kapas atau kasa d. Cairan NaCl atau cairan irigasi sesuai kebutuhan e. Pengalas f. Bengkok 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Posisikan klien berbaring dengan kepala miring kea rah mata yang akan diirigasi 2. Tempatkan pengalas di bawah wajah 3. Pasang sarung tangan 4. Bersihkan garis kelopak dan bola mata secara perlahan dengan bola kapas dari bagian dalam ke luar kantung 5. Isi spuit irigasi atau penetes mata sekitar 2,5 cm di atas kantung dalam 6. Minta klien melihat ke atas 7. Irigasi secara perlahan dengan mengarahkan cairan ke dalam kantung konjungtiva bawah kea rah kantung luar 8. Lanjutkan irigasi sampai mata bersih 9. Keringkan kelopak mata dan area wajah dengan bola kapas 10. Rapikan Klien dan alat-alat 11. Lepaskan sarung tangan 12. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS IRIGASI TELINGA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 052/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL IRIGASI TELINGA		
No Dokumen: 052/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Membersihkan liang telinga dari serumen atau benda asing untuk mencegah terjadinya gangguan pada telinga dan pendengaran.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Sduit 50 cc atau sesuai kebutuhan c. Baskom d. Handuk e. Bola kapas f. Cairan irigasi g. Bengkok 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan 2. Jaga privasi dengan memasng tirai atau menutup pintu kamar 3. Posisikan duduk atau berbaring dengan kepala miring kea rah telinga yang akan diirigasi 4. Tempatkan handuk dibawah kepala dan bahu Klien 5. Tuangkan larutan irigasi kedalam baskom 6. Bersihkan daun telinga dan saluran telinga luar dengan kain kasa atau bola kapas 7. Isi spuit dengan cairan irigasi 50 cc atau sesuai kebutuhan 8. Tarik daun telinga dengan lembut ke arah atas dan belakang (pada dewasa dan anak >3 tahun) atau tarik daun telinga kea rah bawah dan belakang pada anak <3 tahun 9. Irigasi telinga dengan memasukkan cairan irigasi secara perlahan-lahan 10. Lanjutkan irigasi sampai semua serumen atau debris hilang 11. Keringkan aurikel dan berikan bola kapas pada meatus auditori dengan bola kapas, diamkan kapas selama 5-10 menit 12. Rapikan klien dan alat 13. Lepaskan sarung tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum

	Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN LINGKAR LENGAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 053/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN LINGKAR LENGAN		
No Dokumen: 053/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menilai diameter lengan atas dengan menggunakan meteran yang mencerminkan status nutrisi.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat : a. Meteran atau pita ukur b. Alat tulis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien

III	Tahap Kerja 1. Tentukan lokasi lengan yang akan di ukur (pengukuran dilakukan pada lengan yang tidak dominan) dan diukur tepat ditengah antara bahu dan siku 2. Posisikan klien tegak berdiri dengan lengan di samping tubuh 3. Tekuk (flekksi) tangan yang akan dilakukan pengukuran dengan sudut 90 derajat 4. Lingkarkan meteran atau pita antara bahu dan siku mengitari lengan, tidak terlalu longgar atau ketat 5. Baca hasil pengukuran dengan teliti 6. Rapikan klien dan alat yang digunakan 7. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PIJAT OKSITOSIN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 054/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PIJAT OKSITOSIN		
No Dokumen: 054/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memfasilitasi pengeluaran ASI dengan merangsang hormone oksitosin melalui pijatan dibagian punggung.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Handuk kecil b. Minyak kelapa c. Washlap d. Air hangat e. Baskom kecil 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Anjurkan ibu untuk membuka pakaian bagian atas 2. Atur posisi ibu duduk membungkuk dengan payudara menggantung 3. Letakkan handuk di pangkuan ibu untuk menampung tetesan asi 4. Oleskan minyak kelapa secukupnya di kedua telapak tangan pemijat dan di daerah punggung ibu yang akan di pijat 5. Temukan titik pijat antara tulang servikal dan thorakal di bagian bahu 6. Pijat di antara tulang belakang 1 cm dari kanan dan kiri tulang belakang (tidak memijat di atas tulang belakang secara langsung) 7. Pijat dengan ibu jari (4 jari dalam posisi menggenngam) yang digerakkan secara melingkar hingga turun sejajar payudara bagian bawah (tali bra) 8. Lakukan pijatan dari atas ke bawah selama kurang lebih 1 menit atau sesuai kenyamanan ibu 9. Periksa pengeluaran asi pada saat atau setelah pemijatan 10. Anjurkan ibu untuk memerah payudara sesuai kenyamanan ibu, apabila payudara terasa bengkak 11. Bersihkan punggung ibu dari minyak dengan washlap hangat 12. Anjurkan ibu mengenakan /mengganti pakaian bagian atas 13. Rapikan klien dan alat yang digunakan 14. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya.

	2. Menuliskan waktu kegiatan
	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS LATIHAN SENAM HAMIL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 055/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL LATIHAN SENAM HAMIL		
No Dokumen: 055/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan stimulasi peningkatan kesehatan, kenyamanan dan relaksasi melalui serangkaian teknik napas dan gerakan-gerakan tertentu yang berfokus pada otot-otot inti yang efektif dalam kehamilan dan persiapan persalinan.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Ruangan yang representatif b. Matras c. Pengeras suara d. Musik, jika perlu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi usia kehamilan dan kondisi fisik ibu hamil 2. Identifikasi toleransi terhadap latihan 3. Identifikasi jenis latihan dan gerakan senam yang dibutuhkan sesuai usia kehamilan 4. Ukur tanda-tanda vital dan DJJ 5. Latih ibu melakukan gerakan senam 6. Atur frekuensi melakukan senam hamil, sesuai kemampuan ibu 7. Lakukan teknik pemanasan - Duduk dengan kedua lutut ditekuk ke dalam dan tangan berada diatas paha - Gerakkan leher ke belakang – depan, menoleh kiri – kanan dan memutar leher masing-masing 8 kali hitungan - Putar sendi bahu, siku dan pergelangan tangan masing-masing 8 kali - Gerakkan tubuh ke samping dan putar ringan masing-masing 8 kali hitungan - Luruskan kaki dan regangkan panggul - Rentangkan lutut dan putar pergelangan kaki 8 kali hitungan - Rentangkan jari-jari kaki selama 15-30 detik 8. Duduk tegak dengan kaki bersila - Tarik napas, rentangkan tangan kiri ke atas, buang napas, tekuk siku kiri dan letakkan telapak tangan kiri pada punggung diantara kedua belikat - Letakkan telapak tangan pada siku kiri, tarik napas, panjangkan tulang punggung, buang napas, tarik siku kiri ke arah kanan selama 15 detik 9. Duduk dengan kedua lutut ditekuk, telapak kaki ditempelkan dan letakkan kedua tangan pada lutut 10. Condongkan tubuh ke depan namun jaga agar tidak membungkuk 11. Gerakkan tubuh berputar secara perlahan membuat lingkaran besar sebanyak 5-10 putaran lalu ganti arah 12. Luruskan kaki dan gerak-gerakkan otot kaki 13. Lakukan postur beristirahat miring - Posisi tidur miring ke samping kiri

	b. Tekut lutut kanan dan sangga lutut dengan bantal serta biarkan kaki kiri lurus c. Istirahatkan kepala posisi miring ke kiri dan sangga dengan bantal d. Letakkan tangan kanan diatas perut dan lengan kiri di alas sambil melakukan napas dalam 14. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respon klien
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS LATIHAN SENAM NIFAS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 056/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL LATIHAN SENAM NIFAS		
No Dokumen: 056/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan latihan fisik pada masa pascasalin untuk mengembalikan kondisi kesehatan dan pemulihan

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Ruangan yang representatif b. Matras c. Pengeras suara d. Musik, jika perlu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi kemampuan ibu melakukan senam nifas 2. Anjurkan menggunakan pakaian yang nyaman 3. Ajarkan menggunakan pakaian yang nyaman 4. Ajarkan gerakan senam nifas secara bertahap mulai dari hari pertama sampai hari ke 7 setelah melahirkan 5. Ajarkan melakukan pemanasan terlebih dahulu dengan melakukan latihan pernapasan 6. Ajarkan mengecek denyut nadi sebelum melakukan senam nifas 7. Monitor kondisi klien selama menjalankan senam 8. Anjurkan melakukan senam sesuai dengan toleransi
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN KARDIOTOKOGRAFI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 057/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN KARDIOTOKOGRAFI		
No Dokumen: 057/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan pemeriksaan detak jantung janin pada ibu hamil dengan menggunakan mesin kardiotokografi (CTG)

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Alat tulis(pulpen/pensil dan kertas) b. Mesin CTG c. Doppler d. Jeli e. Tisu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Atur posisi pasien dengan posisi semi flower atau miring ke sisi kiri pasien 2. Buka pakaian khususnya pada bagian yang akan dilakukan pemeriksaan(bagian perut) 3. Lakukan palpasi abdomen (leopoid 2) untuk mencari punggung janin dan menentukan punctum maximum (DJJ yang paling jelas terdengar) 4. Dengarkan DJJ dengan doppler 5. Pasang <i>Probe cardio</i> yang telah diberi jeli pada bayangan bulat, kemudian letakkan pada <i>punctum maximum</i> 6. Pasang probe toco pada fundus uteri 7. Ikat dengan tali pengikat khusus (ikatan probe tidak terlalu kuat dan longgar) 8. Berikan knop gerak janin pada pasien dan anjurkan untuk menekan knop terserbut setiap merasakan gerakan janin 9. Lakukan perekaman CTG 10. Perhatikan gambaran DJJ(grafik rekaman,irama jantung janin) selama perekaman berlangsung 11. Identifikasi tanda gawat janin(seperti DJJ lebih dari 160 kali/menit, kurang dari 120 kali/menit. Dan gerakan janin berkurang) 12. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan

	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN GERAK JANIN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 058/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN GERAK JANIN		
No Dokumen: 058/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan pemeriksaan frekuensi gerakan janin dimulai usia kehamilan 28 Minggu.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Alat tulis(pulpen/pensil dan kertas) b. Formulir pemantauan gerak janin c. Jam atau penunjuk waktu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien

III	Tahap Kerja 1. Anjurkan posisi nyaman miring kiri 2. Anjurkan ibu mencatat waktu pada saat gerakan janin 3. Lakukan penghitungan frekuensi gerakan janin (minimal terdapat 10 kali gerakan dalam 12 menit) 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN PERSALINAN DENGAN PARTOGRAF**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 059/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN PERSALINAN DENGAN PARTOGRAF		
No Dokumen: 059/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan kemajuan persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik segera selama persalinan kala I Fase aktif menggunakan pencatatan pada lembar partograf WHO.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Alat tulis(pulpen/pensil dan kertas) b. Formulir pemantauan / Partograf 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien

	8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Identifikasi riwayat persalinan sebelumnya dan kehamilan saat ini - Lengkapi bagian awal (atas) partograf (informasi tentang ibu) secara teliti pada saat memulai - Nama dan umur ibu - Gravida, para abortus - Nomor catatatan medis - Catat waktu kedatangan (jam dan pukul) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten - Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau tanggal dan waktu oenolong persalinan mulai merawat ibu) - Waktu pecahnya ketuban, sejak jam berapa, jika tidak/belum ditulis <i>strip bukan kosong</i> - Catat waktu di kontak-kontak yang tertera angka 1-12 bagian bawah kontak pembukaan serviks dan penurunan janin, setiap kotak menyatakan satu jam sejak mulainya fase aktif persalinan. - Catat hasil observasi denyut jantung janin dan catat setiap 30 menit. Catat dengan memberikan tanda titik (.) sesuai dengan angka yang sesuai, kemudian hubungkan yang satu titik dengan yang lainnya dengan garis tegas dan bersambung waspada pada DJJ dibawah 120 kali/menit dan di atas 160 kali/menit. - Nilai kondisi dan air ketuban setiap kali pemeriksaan dalam, nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat dalam kontak yang sesuai dibawah lajur DJJ. Beri kode U (selaput ketuban masih utuh [belum pecah]. Kode J (selaput sudah pecah dan air ketuban jernih). Kode M (selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium). Kode D (selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah). Atau kode K (selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi [kering]) - Catat penyusupan (molase) tulang kepala janin setiap periksa dalam. Gunakan kode 0 (tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi). Kode 1 (tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan). Kode 2 (tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan) - Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada

	tanda-tanda penyulit). Catat dengan tanda “X” pada garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Pilih angka pada tepikiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai. Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif, temuan (pembukaan serviks) dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Hubungkan antar tanda X dan garis utuh. 8. Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin memasuki rongga panggul. Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda “O” dengan garis penuh. 9. Pemeriksaan kontraksi pada uterus setiap 30 menit, selama 10 menit, tentukan frekuensi dan lama (durasi) kontraksi. Beri tanda titik-titik dalam kotak yang sesuai jika durasi/lama kontraksi kurang dari 20 detik. Beri garis-garis dalam kotak (arsir) pada kontak yang sesuai jika durasi/lama kontraksi kurang dari 20-40 detik. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik. 10. Catat pemberian oksitosin. Saat pemberian oksitosin, jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan tiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit. 11. Catat semua pemberian obat dan atau tambahan cairan IV dalam kontak yang sesuai dengan kolom waktunya. 12. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif (lebih sering jika diduga ada penyulit atau nilai abnormal). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai. 13. Nilai dan catat tekanan darah setiap 4 jam selama fase aktif, lebih sering jika ada penyulit dan nilai abnormal. Beri tanda panah untuk sistol dan diastol pada kolom waktu yang sesuai. 14. Nilai dan catat temperatur tubuh setiap 2 jam, catat pada kontak yang sesuai. 15. Ukur dan catat volume urin, protein dan aseton sedikitnya tiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Periksa aseton dan protein dalam urin setiap ibu berkemih, jika perlu 16. Catat proses persalinan dan kelahiran bayi, mulai dari kala I fase aktif hingga kala IV dan bayi baru lahir pada bagian belakang lempar partograf. 17. Catat hasil pemantauan kala IV (dua) jam pertama (setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua). Bagian yang digelapkan tidak
--	---

	perlu diisi.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 6. Melakukan evaluasi repon klien. 7. Menyimpulkan hasil kegiatan. 8. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 9. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 10. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 5. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 6. Menuliskan waktu kegiatan 7. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 8. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT VAGINA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 060/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT VAGINA		
No Dokumen: 060/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menyiapkan dan memberikan agen farmakologinya via vagina

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Obat yang diperlukan b. Sarung tangan c. Kapas desinfektan d. Tisu e. Jeli, jika perlu f. bengkok 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. anjurkan pasien untuk berkemih terlebih dahulu 3. Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat 4. Identifikasi kemungkinan alergi, inetaksi dan kontradiksi obat 5. Lakukan keberihan tangan 6 langkah 6. Pasang sarung tangan bersih 7. Olesi obat dengan jeli jika perlu 8. Masukkan obat kedalam vagina 9. Bersikan area vulva dengan kapas desinfektan atau tisu bersih 10. Anjurkan pasien untuk tetap berbaring selama 10 menit 11. Lepaskan sarung tangan 12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN DENYUT JANTUNG JANIN (DJJ) DENGAN
DOPLER**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 061/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN DENYUT JANTUNG JANIN (DJJ) DENGAN DOPLER		
No Dokumen: 061/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengumpulkan dan menganalisis data denyut jantung janin dengan menggunakan doppler.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Doppler b. Jam atau pengukur waktu c. Jeli d. Tisu e. Sarung tangan 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Memakai sarung tangan 2. Identifikasi obsentrik ibu 3. Identifikasi riwayat obsentri ibu 4. Identifikasi adanta penggunaan obat diet dan merokok 5. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 6. Anjurkan ibu berbaring dengan posisi terlentang 7. Buka pakaian pada bagian perut ibu 8. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin 9. Tentukan punctum maksimum 10. Berikan jeli pada perut ibu 11. Tempelkan doppler pada perut ibu pada punctum maksimum 12. Hitung denyut jantung janin selama 1 menit 13. Informasikan hasil pemantauan DJJ 14. Bersihkan perut ibu dengan menggunakan tisu 15. Rapikan pasien dan alat yang digunakan 16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN LOCHEA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 062/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN LOCHEA		
No Dokumen: 062/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengamati dan menganalisis pengeluaran cairan rahim pervaginam pasca persalinan.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Tisu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Jaga privasi ibu 2. Atur posisi ibu dorsal recumbent 3. Pasang sarung tangan bersih 4. Amati pengeluaran Lochea (COCA) a. Consistency: lochea yang keluar berupa gumpalan darah atau cairan b. Odor: lochea berbau busuk atau amis c. Color : rubra (0-3 hari), serosa (4-7 hari), aiba (>7 hari) d. Amount : banyaknya jumlah Lochea yang keluar 5. Informasikan hasil pemeriksaan lochea 6. Rapikan pasien 7. Lepaskan sarung tangan 8. Lakukan kebersihan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN PAYUDARA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 063/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN PAYUDARA		
No Dokumen: 063/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan inspeksi dan palpasi pada payudara untuk mengetahui ada tidaknya kelainan pada payudara.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Bantal kecil b. Handuk c. Sarung tangan 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien

	8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Jaga privasi ibu 2. Atur posisi yang nyaman untuk pemeriksaan payudara 3. Pasang sarung tangan bersih 4. Identifikasi faktor resiko kanker payudara (meliputi usia saat hamil pertama, usia menarche, usia menopause, riwayat keluarga, riwayat penyakit pada payudara, status paritas dan riwayat menyusui) 5. Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan putting 6. Minta pasien membuka pakaian bagian atas 7. Inspeksi payudara (benyuk, ukuran, tekstur, warna kulit seperti kemerahan retraksi kulit payudara) 8. Periksa adanya bekas mastektomi, lesi jaringan perut, kemerahan, eritema 9. Tempatkan gulungan handuk atau bantal kecil dibawah pundak dan letakkan tangan dibawah kepala 10. Palpasi dengan menekan bagian putting menggunakan jempol dan jari telunjuk 11. Periksa adanya pengeluaran cairan, posisi putting kembali ke bentuk semula 12. Palpasi payudara menggunakan tiga jari dominan pemeriksa (telunjuk, jari tengah, jari manis) berjalan secara vertikal 13. Lakukan pemeriksaan dengan gerakan memutar dan menekan jaringan payudara melawan dinding dada, serta area ketiak 14. Periksa empat kuadran payudara sampai ke pangkal payudara dan ulangi pada payudara yang lainnya 15. Catat adanya massa (meliputi ukuran, lokasi, konsistensi, dan pergerakan nodus) 16. Catat kesimetrisan payudara (meliputi perbedaan bentuk, ukuran, putting, kerutan atau lekukan pada kulit) 17. Ajarkan melakukan pemeriksaan payudara sendiri 18. Anjurkan melakukan pemeriksaan mamografi secara rutin sesuai dengan usia, faktor resiko dan kondisi pasien 19. Informasikan hasil pemeriksaan 20. Rapikan pasien dan alat yang digunakan 21. Lepaskan sarung tangan 22. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN PERINEUM**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 064/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN PERINEUM		
No Dokumen: 064/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengamati dan menganalisis kondisi perineum.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Plastik kuning c. Bengkok d. Pembalut e. Perlak 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Jaga privasi ibu 2. Atur posisi ibu dorsal recumbent 3. Letakkan perlak dibawah bokong pasien 4. Buka pakaian bagian bawah ibu 5. Pasang sarung tangan 6. Lakukan vulva hygiene 7. Inspeksi area vulva, kemungkinan adanya kemerahan, edema, lecet, varises 8. Lakukan penilaian luka perineum menggunakan skala REEDA (Redness, Echimosi, Edema, Discharge, Approximation) 0-15 9. Pakaikan pembalut dan pakaian bawah ibu 10. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan 11. Informasikan hasil pemeriksaan perineum 12. Lepaskan sarung tangan 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN TANDA-TANDA KEHAMILAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 065/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN TANDA-TANDA KEHAMILAN		
No Dokumen: 065/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan identifikasi tanda pasti, tidak pasti dan kemungkinan mengalami kehamilan.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan b. Doppler atau laenec c. Test pack 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien

III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan 2. Lakukan anamnesa (riwayat perkawinan, riwayat haid,HPHT, riwayat persalinan terdahulu) 3. Identifikasi tanda pasti kehamilan : a. Terlihat gambaran janin saat USG b. Adanya denyut jantung dengan Doppler atau leanec c. Teraba gerakan janin 4. Identifikasi tanda tidak pasti kehamilan : a. Perubahan pada payudara b. Mual/muntah c. Hiperpigmentasi d. Perut membesar e. Tanda hegar, tanda Piskacek,tanda Chadwik, tanda Braxton Hiks 5. Identifikasi tanda kemungkinan hamil : a. Pemeriksaan ter urine kehamilan: HCG positif b. Amenorhea 6. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 7. Informasikan hasil pemeriksaan tanda-tanda kehamilan 8. Lepaskan sarung tangan 9. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN ROBEKAN JALAN LAHIR**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 066/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN ROBEKAN JALAN LAHIR		
No Dokumen: 066/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Meningkatkan dan mempertahankan integritas kulit perineum

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Perlak c. Pispot d. Waskom berisi air bersih e. Pembalut f. Bengkok 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan bersih - Jaga privasi klien - Atur posisi nyaman - Pasang perlak dan pispot - Anjurkan pasien untuk melepaskan pakaian bagian bawah - Periksa kondisi perineum (adanya luka jahitan, laserasi jalan lahir) - Periksa tanda-tanda infeksi luka jahitan skala REEDA (<i>Redness, Echymosis, Edema, Discharge, Approximation</i>) - Bersihkan area perineum secara teratur atau lakukan vulva hygiene 3-4 kali sehari - Anjurkan ibu untuk menjaga perineum bersih dan kering - Anjurkan ibu membersihkan perineum dengan air bersih mengalir - Anjurkan mengganti pembalut setelah buang air kecil dan setelah buang air besar - Ajarkan pasien dan keluarga memonitor tanda-tanda abnormal pada perineum (seperti infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan abnormal) - Berikan analgetik atau antiinflamasi, sesuai program - Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi

	Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	--



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN VULVA HYGIENE**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 067/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN VULVA HYGIENE		
No Dokumen: 067/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat kebersihan vulva untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah terjadinya komplikasi

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Kom berisi kapas savlon atau kapas sublimat c. Perlak d. Pispot e. Wacom berisi air bersih f. Pembalut g. Bengkok 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien.

	5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Jaga privasi pasien 2. Atur posisi litotomi 3. Pasang perlak dan pispot 4. Identifikasi kondisi vulva 5. Pasang sarung tangan 6. Guyur genetalia luar dengan air bersih 7. Buka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri 8. Bersihkan vulva mulai dari labia mayora kanan, labia mayora kiri, labia minora kanan, labia minora kiri, vestibulum perineum dengan arah dari klitoris ke anus dengan kapas basah 9. Pasang pembalut dan celana dalam 10. Rapikan pasien dan alat yang digunakan 11. Lepaskan sarung tangan 12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN TANDA HOMAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 068/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN TANDA HOMAN		
No Dokumen: 068/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan pemeriksaan untuk mendeteksi tromboflebitis.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Letakkan tangan kiri pemeriksaan pada popliteal

	2. Lakukan dorso-fleksi pada telapak kaki menggunakan tangan kanan pemeriksa 3. Identifikasi adanya sensasi nyeri pada saat dorso-fleksi 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA I**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 069/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN INTRANATAL KALA I		
No Dokumen: 069/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola proses persalinan fase laten dan aktif

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Dopler b. Spigmanometer c. Stetoskop d. Jam atau pengukur waktu e. Jeli f. Tisu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi kondisi proses persalinan 2. Monitor kondisi fisik dan psikologis klien 3. Monitor kesejahteraan ibu (tanda vital, kontraksi, lama, frekuensi dan kekuatan) 4. Monitor kesejahteraan janin (gerak janin 10 kali dalam 12 jam, DJJ secara berkelanjutan) 5. Monitor kemajuan persalinan 6. Monitor tanda-tanda persalinan (seperti dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka) 7. Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograf saat fase aktif 8. Monitor tingkat nyeri selama persalinan 9. Lakukan pemeriksaan leopold 10. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih 11. Anjurkan pemberian cairan dan nutrisi sesuai kebutuhan 12. Anjurkan ibu untuk mobilisasi aktif sebelum fase aktif 13. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda persalinan 14. Ajarkan cara mengejan yang benar 15. Ajarkan teknik manajemen nyeri persalinan nonfarmakologis 16. Anjurkan ibu memilih pendamping persalinan 17. Lakukan kebersihan tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya.

	2. Menuliskan waktu kegiatan
	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA II**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 070/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERWATAN INTRANATAL KALA II		
No Dokumen: 070/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola proses persalinan serta mencegah terjadinya komplikasi

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Spigmomanometer c. Stetoskop d. Jam atau pengukur waktu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien

	8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pakai sarung tangan bersih 2. Identifikasi kondisi proses persalinan 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Fasilitasi kebutuhan fisiologis ibu (seperti makan, minum, istirahat, BAK, BAB) 5. Fasilitasi kebutuhan rasa aman (seperti posisi, pendampingan) 6. Ajarkan ibu melakukan teknik napas dalam 7. Lakukan counter pressure pada ibu 8. Berikan pujian atas keberhasilan ibu 9. Lepaskan sarung tangan 10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA III**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 071/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN INTRANATAL KALA III		
No Dokumen: 071/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola proses pengeluaran plasenta serta mencegah terjadinya komplikasi

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Spigmomanometer c. Stetoskop d. Jam atau pengukur waktu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan bersih 2. Monitor keadaan umum ibu 3. Monitor tanda-tanda vital ibu 4. Monitor volume air ketuban 5. Monitor perdarahan pervaginam 6. Fasilitasi kebutuhan fisiologis ibu (seperti makan, minum, istirahat, BAK, BAB) 7. Fasilitasi kebutuhan rasa aman (seperti posisi, pendampingan) 8. Ajarkan teknik relaksasi 9. Lepaskan sarung tangan 10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTRANATAL KALA IV**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 072/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN INTRANATAL KALA IV		
No Dokumen: 072/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola proses persalinan serta mencegah terjadinya komplikasi

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Spigmomanometer c. Stetoskop d. Jam atau pengukur waktu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan bersih 2. Periksa kontraksi uterus (lembek atau keras) 3. Periksa tinggi fundus uteri 4. Periksa kandung kemih (penuh, retensi atau tidak) 5. Periksa lochea (isi, jumlah, konsistensi, warna) 6. Lepaskan sarung tangan 7. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN GLASGOWS COMA SCALE (GCS)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 073/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN GLASGOWS COMA SCALE (GCS)		
No Dokumen: 073/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan menganalisis tingkat kesadaran berdasarkan respon membuka mata, suara dan motorik

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klienMenjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Posisikan pasien banng 2. Periksa respons mata (eye): a. Membuka mata spontan, skor 4

	b. Membuka mata dengan perintah, skor 3 c. Membuka mata terhadap rangsang nyeri, skor 2 d. Tidak berespons, skor 1 3. Periksa respons suara (verbal). a. Orientasi baik, skor 5 b. Mengucapkan kalimat tapi tidak sesuai, skor 4 c. Mengucapkan kata-kata kacau, skor 3 d. Bersuara tanpa arti, skor 2 e. Tidak berespons. skor 1 4. Periksa respons motorik (motor). a. Mengikuti perintah, skor 6 b. Melokalisasi nyeri, skor 5 - c. Menolak rangsangan nyeri pada anggota gerak, skor 4 d. Fleksi abnormal, skor 3 e. Ekstensi abnormal, skor 2 f. Tidak ada respons. skor 1 seperti GCS 15 5. tuliskan total skor dan masing-masing komponen skor Gcs. seperti gcs 15 (E4V5M6) 6. atur Interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 7. lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN SELANG DADA (WSD)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 074/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN SELANG DADA (WSD)		
No Dokumen: 074/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan mnegelola klien yang terpasang selang dada dan system water seal drainage (WSD)

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan steril b. Set WSD c. Klem 2 buah d. Cairan steril e. Alcohol swab f. Plester g. Pengaman selang (karet gelang atau peniti) h. Set perawatan luka 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

	2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi indikasi penggantian botol WSD a. Botol telah terisi $\frac{3}{4}$ penuh, atau b. Botol telah terpasang 3 hari 2. Posisikan klien semi fowler (pada pneumotoraks) atau fowler (pada hemotoraks) 3. Buka set WSD baru dengan tetap mempertahankan ke sterilan 4. Isi botol WSD dengan cairan steril hingga ujung selang terendam 2 cm 5. Klem selang dada dan selang WSD 6. Desinfeksi ujung selang dada dengan alcohol swab 7. Sambungkan selang dada dengan selang WSD baru 8. Plester sambungan selang 9. Buka klem selang dada 10. Amati adanya undulasi pada selang 11. Gunting kelebihan selang pada tempat tidur dan amankan dengan karet gelang atau peniti 12. Gantung WSD di samping tempat tidur dengan posisi selalu lebih rendah dari insersi selang dada 13. Lakukan perawatan luka pada area insersi selang dada dengan teknik steril 14. Rapikan klien dan alat yang digunakan 15. Lepaskan sarung tangan 16. Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien.

	2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGAMBILAN DARAH ARTERI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 075/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGAMBILAN DARAH ARTERI		
No Dokumen: 075/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengambil sampel darah arteri untuk mendapatkan nilai tekanan parsial oksigen dan karbondioksida, asam-basa darah, serta saturasi oksigen.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Spuit 3 cc atau spuit khusus AGD yang sudah preheparinized. jumlah anti koagulan 0,2 ml heparin b. Kapas alcohol c. Handuk kecil d. Kapas/kassa kering e. Sarung tangan f. Tourniquet g. Plester 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan bersih - Palpasi arteri radialis - Posisi tangan hiperekstensi pada pergelanngan, di ganjal handuk gulung atau bantal kecil - Raba kembali arteri radialis dan palpasi menggunakan jari telunjuk dan jari tengah - Desinfeksi daerah yang akan diambil darahnya - Tusuk pada denyut yang paling menonjol dengan sudut 45-60 derajat. 90 derajat untuk arteri femoralis - Hisap darah secukupnya lalu cabut spuit - Setelah spuit dicabut, tekan daerah itu dengan kapas atau kassa kering 3-5 menit - Lepas sarung tangan - Cuci tangan
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS SENAM KAKI DIABETIK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 076/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

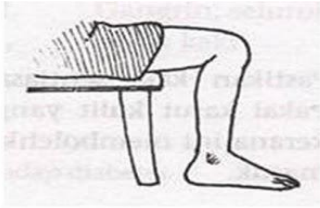
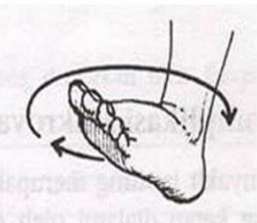
	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL SENAM KAKI DIABETIK		
No Dokumen: 076/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Semakin kaki merupakan gerakan untuk melatih otot kecil kaki dan memperbaiki sirkulasi darah yang dilakukan dalam berbagai posisi seperti duduk, berdiri maupun tiduran.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Kursi b. Koran c. Baju dan celana olahraga 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Mengatur posisi klien. - Mengajak klien berdoa dahulu sebelum tindakan dimulai. - Duduklah tegak diatas sebuah bangku (jangan bersandar).  - Gerakkan jari-jari kedua kaki anda seperti bentuk cakar danLuruskan kembali. (lakukan 10 kali).  - Angkat ujung kaki, tumit tetap diletakkan di atas lantai, turunkan ujung kaki, kemudian angkat tumitnya dan turunkan kembali.(lakukan 10 kali).  - Angkat kedua ujung kaki anda, putar kaki pada pergelangan kaki, ke arah samping, turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke arah tengah. (lakukan 10 kali). 

7. Angkat kedua tumit anda, putar kedua tumit ke arah samping, turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke tengah.(lakukan 10 kali).



8. Angkat salah satu lutut, danLuruskan kaki anda, gerakkan jari-jari kaki anda ke depan, turunkan kembali kaki anda, bergantian kiri dan kanan. (lakukan 10 kali).



9. Luruskan salah satu kaki anda di atas lantai, kemudian angkat kaki tersebut, gerakkan ujung-ujung jari ke arah muka anda, turunkan kembali tumit anda ke lantai. (lakukan 10 kali).



10. Seperti latihan sebelumnya tetapi kali ini dengan kedua kaki bersamaan. (lakukan 10 kali).



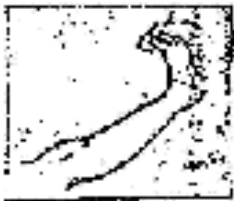
11. Angkat kedua kaki anda, luruskan dan pertahankan posisi tersebut, gerakkan kaki anda pada pergelangan kaki, ke depan dan belakang. (lakukan 10 kali).



12. Luruskan kaki 10 kali anda dan angkat, Putar kaki anda pada pergelangan kaki, tuliskanlah diudara dengan kaki anda angka-angka 0 s/d 9. (lakukan 10 kali).



13. Selembar koran dilipat-lipat dengan kaki menjadi bentuk bulat seperti bola. Kemudian dilicinkan kembali dengan menggunakan kedua kaki dan setelah itu disobek-sobek.



14. Kumpulkan sobekan-sobekan tersebut dengan kedua kaki dan letakkanlah diatas lembaran koran lainnya, akhirnya bungkuslah semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola.



15. Rapikan klien
16. Rapikan alat

IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa:
----	--

	1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN LUKA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 077/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN LUKA		
No Dokumen: 077/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih b. Sarung tangan steril c. Cairan antiseptik / NaCl d. Set Balut Luka e. Plester f. Pengalas g. Set perawatan luka 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien.

	- Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan bersih - Monitor karakteristik luka (meliputi drainase, warna, ukuran dan bau) - Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Cukur rambut sekitar daerah luka, jika perlu - Lepaskan sarung tangan bersih dan pasang sarung tangan steril - Bersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersih nontoxic, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik, jika ada - Berikan salep yang sesuai dengan kondisi luka, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya.

	2. Menuliskan waktu kegiatan
	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN LUKA BAKAR**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 078/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN LUKA BAKAR		
No Dokumen: 078/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat luka akut dan luka kronik akibat trauma termal

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan steril b. Cairan antiseptik c. Kasa d. Plester e. Set perawatan luka f. Obat-obat premedikasi, jika perlu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	- Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan steril - Identifikasi penyebab luka bakar - Identifikasi durasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka sebelumnya - Monitor kondisi luka (meliputi presentasi ukuran luka, derajat luka, perdarahan, warna dasar luka, infeksi, eksudat, bau luka, kondisi tepi luka) - Gunakan teknik aseptik selama merawat luka - Lepaskan balutan lama dengan menghindari nyeri dan pendarahan - Rendam dengan air steril, jika balutan lengket pada luka - Bersihkan luka dengan cairan steril (seperti NaCl 0.9%. cairan antiseptik) - Gunakan crystalline balutan selulosa) sesuai dengan kondisi luka (seperti hyrocolloid polyme) - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Kolaborasi prosedur debridemen (enzimatik, biologis, mekanis. autolitik), jika perlu - Berikan antibiotik, jika diprogramkan - Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya.

	2. Menuliskan waktu kegiatan
	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN AMPUTASI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 079/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERWATAN AMPUTASI		
No Dokumen: 079/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Meningkatkan penyembuhan fisik dan psikologis sebelum dan sesudah amputasi bagian tubuh

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan b. Cairan antiseptik c. Kasa d. Plester e. Obat-obat topikal (antibiotik). jika perlu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan bersih 2. Monitor adanya edema pada stump 3. Monitor nyeri <i>phantom</i> pada tungkai (seperti rasa terbakar, kram, berdenyut, rasa remuk atau kesemutan) 4. Monitor <i>prosthesis</i> secara teratur (seperti stabilitas, kemudahan pergerakan, efisiensi energi, tampilan saat berjalan) 5. Monitor penyembuhan luka pada area insisi 6. Monitor masalah psikologis (seperti depresi, kecemasan) 7. Identifikasi modifikasi dalam pakaian, sesuai kebutuhan 8. Fasilitasi penggunaan matras/kasur pengurang tekanan 9. Posisikan stump (puntung/ujung bagian yang diamputasi) pada kesejajaran tubuh yang benar 10. Tempatkan stump bawah lutut (below-the-knee) dalam posisi ekstensi 11. Hindari meletakkan stump pada posisi menggantung untuk menurunkan edema dan stasis vaskuler 12. Balut <i>stump</i> , sesuai kebutuhan 13. Lakukan pereda nyeri nonfarmakologis (seperti TENS, phonophoresis pemijatan), sesuai kebutuhan 14. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan 19. 15. Fasilitas menghadapi proses berduka karena kehilangan bagian tubuh 16. Motivasi merawat <i>stump</i> secara mandiri 17. Jelaskan bahwa nyeri <i>phantom</i> dapat terjadi beberapa minggu setelah pembedahan yang dapat dipicu oleh tekanan pada area lain 18. Lepas sarung tangan 19. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub

	4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTEGRITAS KULIT**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 080/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN INTEGRITAS KULIT		
No Dokumen: 080/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan dan kelembaban kulit serta mencegah perkembangan mikroorganisme

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Air hangat b. Pelembab (seperti serum, lotion), jika perlu c. Tabir surya, jika perlu 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien

	8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Ubah posisi tiap 2 jam, jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 7. Anjurkan menggunakan pelembab (seperti lotion, serum) 8. Anjurkan minum air yang cukup 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 10. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 11. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 12. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN INTEGRITAS KULIT AKIBAT PEMBERIAN
OBAT ANTINEOPLASTIK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 081/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN INTEGRITAS KULIT AKIBAT PEMBERIAN OBAT ANTINEOPLASTIK		
No Dokumen: 081/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga pencegahan perluasan efek obat antineoplastik

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Obat-obat antidote, sesuai dengan jenis obat kemoterapi b. Paracetamol c. Pengalas d. Alat kompres (cold pack) e. Alat pengaman diri (seperti masker, penutup kepala, sarung tangan, google, gaun, apron) f. Kasa steril kecil g. Spuit 1 cc h. Spuit 3 cc i. Perekat/plester j. Transparant film k. Hidroaktif (ekstratin) l. Bantal m. Tempat sampah kemoterapi

	n. Safety box 4. 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Hentikan aliran infus 2. Identifikasi obat antineoplastik yang diberikan 3. Gunakan alat pelindung diri 4. Pasang pengalas di bawah daerah yang mengalami ekstrasvasi 5. Buka balutan infus 6. Lepaskan selang infus dari kateter vena dan biarkan kateter vena tetap di tempat 7. Hindari adanya tetesan obat kemoterapi 8. Tutup selang infus dengan kasa steril dan beri perekat 9. Lakukan aspirasi cairan sebanyak mungkin dari kateter vena 10. Aspirasi cairan secara subkutan di sekitar daerah penusukan untuk menarik obat di dalam jaringan 11. Berikan kompres dingin atau hangat sesuai obat jenis kemoterapi merujuk pada daftar "Cytostatica Crash Card" 12. Istirahatkan tangan yang mengalami ekstrasvasi dan ditinggikan 30° dengan satu bantal selama 2x24 jam. 13. Tandai daerah yang mengalami ekstrasvasi 14. Pasang transparant film pada daerah penusukan atau daerah ekstrasvasi 15. Buang sampah dan alat yang telah digunakan dalam wadah khusus untuk sampah kemoterapi dan untuk benda tajam ke dalam safety box

	16. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 17. Lepaskan sarung tangan 18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN KEMOTERAPI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 082/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN KEMOTERAPI		
No Dokumen: 082/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pemberian agen antineoplastik

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Alkohol 70% b. Kassa kecil steril c. Alkohol swab d. Obat premedikasi (seperti dexamethason, ranitidin, ondansentron) e. Obat kemoterapi dalam wadah khusus, sesuai protokol f. Spuit 3 cc dan 5 cc g. Tempat sampah kemoterapi h. Pengalas i. Alat pelindung diri (seperti masker, tutup kepala, sarung tangan, google, gaun, apron) 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien

	- Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Lakukan double check dan prinsip 5 benar - Atur posisi pasien - Pasang pengalas di bawah daerah pemasangan infus - Gunakan alat-alat pelindung diri yang sudah disiapkan - Periksa kepatenan vena tempat pemasangan infus - Berikan premedikasi 30 menit sebelum pemberian obat kemoterapi - Berikan obat kemoterapi sesuai dengan protokol dan rute pemberiannya - Anjurkan melapor jika pasien merasakan keluhan seperti terbakar, perih, sakit pada saat pemberian obat kemoterapi - Periksa kepatenan vena pada setiap pemberian obat kemoterapi - Hentikan pemberian jika timbul rasa sakit, kemerahan dan rasa seperti terbakar pada daerah pemasangan infus - Buang sampah kemoterapi ke dalam wadah khusus sampah kemoterapi - Rapikan pasien dan alat-alat yang telah digunakan - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN METODE KANGURU**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 083/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN METODE KANGURU		
No Dokumen: 083/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan perawatan pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dengan metode kontak kulit dengan kulit.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Kain panjang atau baju khusus Perawatan Metode Kanguru (PMK) b. Topi bayi c. Popok (diapers) d. Termometer 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Ukur suhu tubuh bayi 2. Buka pakaian bayi kecuali popok 3. Atur posisi ibu senyaman mungkin 4. Buka pakaian bagian atas ibu 5. Pasangkan baju kanguru pada ibu, jika tersedia 6. Posisikan bayi melekat pada dada ibu dengan posisi menghadap ke ibu antara kedua payudara (posisi kodok) 7. Atur kepala bayi ke salah satu sisi dan agak tengadah 8. Lakukan fiksasi bayi pada dada ibu dengan menggunakan baju PMK atau pasang kain panjang dan pakaikan kembali pakaian bagian atas ibu 9. Pakaikan topi pada kepala bayi 10. Lakukan PMK selama minimal 1 jam 11. Periksa tanda-tanda vital bayi selama PMK 12. Anjurkan ibu melapor jika mendapati adanya tanda bahaya pada bayi selama PMK (seperti bayi gelisah, sesak napas) 13. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI sesuai kebutuhan bayi 14. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 15. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN BAYI DALAM INKUBATOR**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 084/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN BAYI DALAM INKUBATOR		
No Dokumen: 084/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan perawatan pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) atau bayi sakit dengan menggunakan alat khusus yang dapat memberikan suhu lingkungan yang Optimal.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Unit inkubator dan matras b. Laken bersih c. Aquadest steril 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien

	8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Periksa fungsi unit inkubator 2. Hubungkan inkubator ke sumber listrik 3. Nyalakan inkubator 4. Isi humidifier inkubator dengan aquadest steril sesuai dengan batas air yang ada pada humidifier 5. Setting menu (suhu/humidifikasi) inkubator disesuaikan dengan berat badan/gestasi bayi 6. Pasang laken pada matras 7. Berikan waktu 30-60 menit untuk menghangatkan inkubator 8. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 9. Masukkan bayi dalam inkubator 10. Buka pakaian bayi, kecuali diapers agar memudahkan pengamatan 11. Pasang <i>skin probe</i> untuk memonitor suhu kulit 12. Monitor suhu bayi dan setting suhu inkubator setiap 3 jam 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 14. Bersihkan inkubator setiap <i>shift</i> 15. Ganti inkubator setiap 1 minggu sekali
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PELAKSANAAN MTBS-MTBM**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 085/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PELAKSANAAN MTBM - MTBS		
No Dokumen: 085/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melaksanakan upaya pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksanaan balita sakit usia 0-59 bulan.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Buku bagan MTBS-MTBM b. Formulir pencatatan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda) atau MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) c. Alat Tulis d. Termometer e. Timbangan f. Kebutuhan lain sesuai yang tercantum dalam buku bagan MTBM-MTBS 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Lakukan anamnesa terkait kondisi bayi/balita (meliputi keluhan utama, lama sakit, pengobatan yang diberikan, dan riwayat penyakit lainnya) 2. Lakukan pemeriksaan dengan menggunakan formulir yang sesuai dengan usia anak a. Bayi 1 hari – 2 bulan (MYBM) : Periksa kemungkinan kejang, gangguan napas, demam, adanya infeksi, ikterik neonatus, diare, status HIV, brat badan rendah, masalah atau keluhan lain serta masalah/keluhan ibu b. 2 bulan – 5 tahun (MTBS) : Tanda bahaya umum, batuk dan sukar bernapas, diare, derajat dehidrasi, demam, periksa telinga, status gizi, anemia, status HIV, Status imunisasi, vitamin A, masalah atau keluhan lain dan penilaian pemberian makan 3. Catat hasil anamnesa, pemeriksaan, klasifikasi dan tindakan pengobatan 4. Berikan pengobatan sesuai klasifikasi dan pedoman di buku MTBS atau MTBM 5. Rujuk ke ruang pengobatan atau fasilitas kesehatan tingkat lanjut, jika perlu 6. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 6. Melakukan evaluasi repon klien. 7. Menyimpulkan hasil kegiatan. 8. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 9. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 10. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS DETEKSI DINI STATUS GIZI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 086/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL DETEKSI DINI STATUS GIZI		
No Dokumen: 086/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan penilaian awal pasien yang beresiko mengalami malnutrisi untuk mencegah penurunan status gizi.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal

	lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur (IMT) 3. Gunakan instrumen skrining yang valid dan terpercaya 4. Lakukan pemeriksaan Tinggi Badan, Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) 5. Lakukan pemeriksaan laboratorium, jika perlu 6. Identifikasi status gizi dalam 1x24 jam setelah pasien masuk rumah sakit 7. Lakukan skrining ulang setelah satu minggu, jika skrining gizi menunjukkan tidak berisiko malnutrisi 8. Informasikan hasil skrining status gizi
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN IKTERIK NEONATUS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 087/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN IKTERIK NEONATUS		
No Dokumen: 087/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan perawatan pada bayi yang kulit dan membran mukosanya menguning akibat bilirubin tidak berkonjugasi masuk ke dalam sirkulasi

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Unit fototerapi b. Penutup mata yang tidak tembus cahaya c. Kain/tirai putih d. Termometer e. Formulir pemakaian fototerapi 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Lakukan pemberian fototerapi 2. Monitor suhu setiap 3 jam 3. Buka penutup mata setiap kali melakukan tindakan keperawatan 4. Penuhi kebutuhan cairan untuk mempertahankan hidrasi 5. Periksa adanya tanda-tanda kernikterik (demam, mudah mengantuk, lemas, muntah, gerakan mata yang tidak normal, kaku diseluruh tubuh, otot menegang/melemah, tidak mau menyusu) 6. Periksa hasil laboratorium bilirubin secara berkala 7. Lakukan kebersihan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGELOLAAN NYERI PADA ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 088/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGELOLAAN NYERI PADA ANAK		
No Dokumen: 088/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan upaya-upaya non farmakologis untuk mengurangi kondisi yang menyakitkan pada anak

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Formulir penilaian nyeri yang sesuai untuk anak b. Alat permainan edukatif 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien

III	Tahap Kerja - Lakukan penilaian nyeri pada anak dengan menggunakan instrumen penilaian nyeri yang sesuai - Berikan tindakan non farmakologis untuk mengurangi nyeri : - Untuk neonatus - Pembedongan - siapkan kain bedong - bungkus bayi menggunakan kain bedong dengan posisi tangan di tengah tubuh <i>Facilitated tucking</i> Posisikan bayi berbaring atau telentang dengan kedua lengan dan kaki fleksi mendekati tubuh - Tutup inkubatos dengan kain yang tidak tembus cahaya - Perawatan metode kanguru - Kecilkan suara alarm alat-alat monitor dan volume suara ketika berbicara - Untuk anak Berikan terapi musik, terapi bermain, akupresur, hipnosis, teknik imajinasi terbimbing - Monitor nyeri dan respons pasien selama dilakukan prosedur - Kolaborasi pemberian analgetik, jika tingkat nyeri tidak menurun - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan

	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS DETEKSI DINI KESEHATAN MENTAL EMOSIONAL PADA
ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 089/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL DETEKSI DINI KESEHATAN MENTAL EMOSIONAL PADA ANAK		
No Dokumen: 089/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memeriksa secara dini adanya masalah perilaku emosional, autisme, gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak agar segera dapat dilakukan intervensi yang sesuai.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Kuesioner Masalah Perilaku Emosional (KMPE) bagi anak umur 36 bulan sampai 72 bulan. b. Ceklis autis anak prasekolah (seperti Modified Checklist for Autism in Toddlers [M-CHAT]) bagi anak umur 18 bulan sampai 36 bulan c. Formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) menggunakan Abreviated Conner Rating Scale bagi anak umur 36 bulan ke atas d. Buku Pedoman Pola Asuh Yang Mendukung Perkembangan Anak e. Alat tulis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pastikan kembali tanggal lahir anak untuk menentukan kuisioner yang sesuai 2. Lakukan penilaian dengan menggunakan kuesioner yang sesuai: a. KMPE 1) Ajukan setiap pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring 2) Tanyakan pertanyaan satu per satu tentang perilaku yang tertulis dalam KMPE kepada orang tua atau pengasuh anak 3) Jika ada satu atau lebih jawaban YA maka kemungkinan anak mengalami masalah mental emosional 4) Jika ada 1 jawaban YA, intervensi berupa: a) Konseling kepada orang tua/pengasuh menggunakan Buku Pedoman Pola Asuh Yang Mendukung Perkembangan Anak b) Lakukan evaluasi setelah 3 bulan dan rujuk anak ke Rumah Sakit dengan fasilitas kesehatan jiwa/tumbuh kembang anak jika tidak ada perubahan c) Jika ada dua atau lebih jawaban YA, rujuk anak ke Rumah Sakit dengan fasilitas kesehatan jiwa/tumbuh kembang anak d) Jika tidak ada jawaban YA, maka skrining ulang masalah mental emosional diulang setiap 6 bulan sampai anak berusia 72 bulan b. M-CHAT 1) Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring 2) Ajukan satu persatu perilaku yang tetulis pada M-CHAT kepada orang tua atau pengasuh anak 3) Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan tugas pada M- CHAT

	4) Catat jawaban orang tua/pengasuh anak 5) Buat kesimpulan hasil pengamatan kemampuan anak, YA atau TIDAK 6) Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab 7) Lakukan interpretasi: a) Pertanyaan No. 2, 7, 9, 13, 14, dan 15 adalah pertanyaan penting (critical item) jika dijawab TIDAK berarti anak mempunyai risiko tinggi autisme b) Jika Jawaban TIDAK pada dua atau lebih critical item atau tiga pertanyaan lain yang dijawab tidak sesuai (misalnya seharusnya dijawab YA, orang tua menjawab TIDAK) maka anak tersebut mempunyai risiko autisme c) Jika perilaku itu jarang dikerjakan (seperti anda melihat satu atau 2 kali), mohon dijawab anak tersebut tidak melakukannya d) Jika anak memiliki risiko tinggi autisme atau risiko autisme, rujuk ke Rumah Sakit yang memberikan layanan rujukan tumbuh kembang anak c. GPPH 1) Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring 2) Ajukan satu persatu pertanyaan perilaku yang tertulis pada formulir deteksi dini GPPH 3) Jelaskan kepada orangtua/pengasuh anak untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab 4) Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan pertanyaan pada formulir GPPH 5) Catat jawaban dan hasil pengamatan perilaku anak selama dilakukan pemeriksaan 6) Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab 7) Beri nilai pada masing-masing jawaban 1) Nilai 0: Jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak 2) Nilai 1. Jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak 3) Nilai 2 Jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak
--	--

	4) Nilai 3: Jika keadaan tersebut selalu ada pada anak 8) Lakukan Interpretasi sebagai berikut: a) Jika nilai total 13 atau lebih, anak kemungkinan dengan GPPH maka perlu dirujuk ke Rumah Sakit yang memberikan pelayanan rujukan tumbuh kembang atau memiliki fasilitas kesehatan jiwa untuk konsultasi dan lebih lanjut b) Jika nilai total kurang dari 13 tetapi anda ragu ragu jadwalkan pemeriksaan 3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS DETEKSI DINI STUNTING**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 090/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL DETEKSI DINI STUNTING		
No Dokumen: 090/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memeriksa secara dini masalah tinggi badan anak lebih rendah atau pendek dari standar usianya.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Papan pengukur panjang badan b. Timbangan berat badan c. Grafik Pertumbuhan WHO (BB/U, TB/U, BB/TB) d. Alat tulis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Lakukan penimbangan berat badan (BB) dan pengukuran panjang badan (PB) 1 bulan sekali 2. Catat hasil pengukuran BB dan PB ke dalam grafik pertumbuhan 3. Periksa status riwayat antenatal care ibu 4. Periksa status riwayat pemberian ASI eksklusif 5. Identifikasi kesiapan orang tua untuk memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) 6. Identifikasi adanya faktor risiko lain yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadi stunting pada anak (seperti pola pemberian makan, perilaku hidup bersih 7. Rujuk anak ke spesialis anak, jika dalam dua kali pengukuran berturut-turut tidak ada kenaikan berat badan atau bahkan mengalami penurunan untuk pemeriksaan lebih lanjut 8. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI DETEKSI DINI HIV/AIDS PADA BAYI/ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 091/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EDUKASI DETEKSI DINI HIV/AIDS PADA BAYI/ANAK		
No Dokumen: 091/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan informasi tentang identifikasi awal penyakit HIV/AIDS kepada orang tua keluarga terdekat.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Materi yang akan diberikan sesuai dengan deteksi dini HIV/AIDS pada bayilanak (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, tatalaksana, pemeriksaan HI/VAIDS secara berkala) b. Media yang digunakan (seperti leaflet, lembar balik atau booklet) c. Lembar evaluasi edukasi 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi riwayat kehamilan 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan orang tua dalam menerima informasi 3. Jadwalkan edukasi sesuai dengan kesepakatan yang akan dilakukan 4. Lakukan edukasi sesuai dengan waktu yang telah disepakati 5. Pantau tumbuh kembang anak dengan HIV/AIDS, sesuai usia 6. Berikan dukungan pada anak dan keluarga dengan HIV/AIDS 7. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI
(MP-ASI)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 092/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EDUKASI PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI)		
No Dokumen: 092/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan informasi dan dukungan tentang makanan yang harus diberikan bersama dengan ASI ketika bayi telah berusia 6 bulan

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Flipchart tentang praktik-praktik pemberian makanan tambahan yang dianjurkan b. Contoh makanan lokal atau contoh pengelompokan makanan c. Contoh tekstur (kepekatan) bubur 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan ibu atau pengasuh untuk menerima informasi 2. Identifikasi kemampuan ibu atau pengasuh dalam menyediakan nutrisi 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Jelaskan tentang pentingnya tetap melanjutkan pemberian ASI setelah bayi berusia 6 bulan 5. Jelaskan hal-hal yang harus dipertimbangkan dalam merencanakan pemberian makanan tambahan bagi setiap kelompok umur, yaitu frekuensi, jumlah, tekstur (kepekatan), variasi (berbagai macam makanan), cara pemberian makanan secara aktif/responsif, dan kebersihan 6. Jelaskan langkah pemberian MP-ASI: - Siapkan MP-ASI yang akan diberikan - Anjurkan orang tua/pengasuh dan bayi mencuci tangan sebelum memberikan MP-ASI - Jelaskan posisi bayi yang aman saat makan, yaitu duduk di pangkuan ibu atau di kursi yang aman - Anjurkan menggunakan kain alas makan pada leher dan dada anak - Anjurkan orangtua/pengasuh untuk menghindari bayi dari distraksi saat makan seperti mendudukkan anak di depan televisi, gawai atau lainnya. - Ajarkan untuk mendekatkan sendok berisi makanan ke bibir bayi dan biarkan bayi membuka mulutnya lebih dahulu (jangan memaksa untuk memasukkan makanan ke mulut bayi) - Anjurkan memberikan makanan secara perlahan - Anjurkan menghentikan pemberian makan jika bayi sudah menunjukkan tanda kenyang - Anjurkan untuk membersihkan wajah dan tangan bayi dengan kain lap makan/tisu - Anjurkan orang tua/pengasuh dan bayi mencuci tangan setelah pemberian makan 7. Berikan kesempatan kepada ibu atau pengasuh untuk bertanya

	8. Evaluasi pemahaman ibu atau pengasuh tentang pendidikan kesehatan yang telah diberikan 9. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR
PADA ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 093/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EDUKASI PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR PADA ANAK		
No Dokumen: 093/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan informasi dan dukungan tentang cara menghindarkan anak dari penyakit tidak menular.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sediakan media yang sesuai (seperti leaflet, booklet) 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien

III	Tahap Kerja 1. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan orang tua atau pengasuh untuk menerima informasi 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Gambarkan tentang pentingnya pencegahan PTM sejak masa kanak-kanak 5. Gambarkan tentang efek obesitas pada anak terhadap kemungkinan terjadinya PTM di masa yang akan datang 6. Gambarkan praktik-praktik yang dianjurkan untuk mencegah PTM pada anak (seperti pola makan, pola aktivitas) 7. Berikan kesempatan pada orang tua atau pengasuh untuk mengajukan pertanyaan 8. Periksa pemahaman orang tua atau pengasuh tentang pendidikan kesehatan yang telah diberikan 9. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PERAWATAN BAYI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 094/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EDUKASI PERAWATAN BAYI		
No Dokumen: 094/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan informasi dan dukungan mengenal perawatan bayi secara mandiri

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Materi yang akan diberikan sesuai tahapan usia bayi b. Media yang akan digunakan (seperti leaflet, lembar balik, poster) c. Lembar evaluasi edukasi 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien

III	Tahap Kerja 1. Jelaskan tujuan dan manfaat perawatan bayi 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan orang tua atau pengasuh untuk menerima informasi 3. Ajarkan memandikan bayi dengan memperhatikan suhu ruangan 21-24 °C dan dalam waktu 5-10 menit, sehari 2 kali 4. Ajarkan perawatan tali pusat 5. Anjurkan memantau tanda vital bayi terutama suhu tubuh 6. Anjurkan untuk menjemur bayi sebelum jam 9 pagi 7. Ajarkan pijat bayi 8. Anjurkan segera mengganti popok jika basah 9. Anjurkan penggunaan pakaian bayi dari bahan katun 10. Anjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi 11. Berikan kesempatan pada orang tua atau pengasuh untuk mengajukan pertanyaan 12. Periksa pemahaman orang tua atau pengasuh tentang pendidikan kesehatan yang telah diberikan 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI PERAWATAN HIV/AIDS PADA ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 095/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EDUKASI PERAWATAN HIV/AIDS PADA ANAK		
No Dokumen: 095/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan informasi dan dukungan mengenai penatalaksanaan penyakit HIV/AIDS pada anak

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Materi tentang perawatan HIV/AIDS pada anak (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan, tumbuh kembang anak dengan HIV/AIDS imunisasi, komplikasi dan tata laksana pengobatan) b. Media yang akan digunakan (seperti leaflet, lembar balik, poster) 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Jelaskan tujuan dan manfaat perawatan HIV/AIDS pada anak 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan orang tua atau pengasuh untuk menerima informasi 3. Lakukan edukasi sesuai dengan jadwal yang disepakati 4. Berikan kesempatan pada orang tua atau pengasuh untuk mengajukan pertanyaan 5. Periksa pemahaman orang tua atau pengasuh tentang pendidikan kesehatan yang telah diberikan 6. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS EDUKASI STIMULASI PERKEMBANGAN BAYI/ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 096/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EDUKASI STIMULASI PERKEMBANGAN BAYI/ANAK		
No Dokumen: 096/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan informasi dan dukungan tentang kegiatan merangsang kemampuan dasar anak umur 0-6 tahun agar anak tumbuh dan berkembang.

2. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) b. Leaflet stimulasi perkembangan sesuai usia anak c. Alat bantu pemeriksaan SDIDTK d. Alat tulis 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Jelaskan tujuan dan prosedur stimulasi perkembangan bayi/anak 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan orang tua atau pengasuh mengenai stimulasi perkembangan pada bayi/anak 3. Tentukan umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir 4. Pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak 5. Jelaskan kepada orang tua agar tidak ragu-ragu atau takut 6. Tanyakan pertanyaan satu per satu secara berurutan menjawab 7. Lakukan interpretasi hasil KPSP 8. Berikan intervensi sesuai dengan interpretasi hasil KPSP 9. Jelaskan cara stimulasi perkembangan sesuai usia anak untuk dapat dikerjakan oleh orang tua di rumah 10. Berikan leaflet stimulasi perkembangan sesuai usia anak 11. Berikan kesempatan pada orang tua atau pengasuh untuk mengajukan pertanyaan 12. Periksa pemahaman orang tua atau pengasuh tentang pendidikan kesehatan yang telah diberikan 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MEMANDIKAN BAYI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 097/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMANDIKAN BAYI		
No Dokumen: 097/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Upaya yang dilakukan untuk menjaga agar tubuh bayi bersih, terasa segar, dan mencegah kemungkinan infeksi.

2. Tujuan

- a. Memberikan rasa nyaman
- b. Memperlancar sirkulasi darah
- c. Mencegah infeksi
- d. Meningkatkan daya tahan tubuh

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Kom besar 2 buah b. Bak mandi, jika perlu c. Air hangat dengan suhu sekitar 38 C d. Sabun mandi dan shampoo khusus untuk bayi e. Washlap 2 buah f. Handuk mandi

	g. Termometer h. Kapas i. Pakaian ganti (baju, popok, bedong dan topi), sesuai kebutuhan j. Sarung tangan bersih, jika perlu k. Pengalas 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pastikan bayi tidak hipotermia (jika suhu bayi <36,5 C bayi hanya dilap pada muka dan bokong saja, serta jika suhu bayi >36,5 C bayi boleh dimandikan) 2. Siapkan pakaian ganti 3. Atur lingkungan (seperti suhu ruangan 21-24 C, matikan AC, tutup jendela) 4. Pasang pengalas dan handuk mandi 5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 6. Pasang sarung tangan bersih, jika perlu 7. Bersihkan daerah muka dengan washlap basah tanpa sabun dari arah dalam keluar lalu keringkan dengan handuk 8. Bersihkan kedua mata bergantian dengan kapas basah dari arah kantung bagian dalam ke bagian luar lalu keringkan dengan handuk 9. Bersihkan daerah telinga dengan kapas basah lalu keringkan dengan handuk 10. Bersihkan bagian kepala bayi dengan washlap basah tanpa shampoo bayi, lalu bilas dan keringkan dengan handuk 11. Lepaskan pakaian bayi

	12. Bersihkan badan bayi dengan menggunakan washlap baasah yang sudah diberi sabun mulai dai bagian leher,dada,perut dan punggung 13. Bilaslah dengan washlap basah hingga bersih lalu keringkan dengan handuk 14. Lakukan perawatan tali pusat jika tali pusat belum terlepas 15. Lepaskan popok bayi,lalu bersihkan daerah perineal dengan kapas basah 16. Bersihkan dan bilas daerah perineal dengan washlap basah dan sabun lalu keringkan dengan handuk 17. Bersihkan bagian kaki bayi dengan washlap basah dengan memakai sabun lalu bilas hingga bersih dan keringkan dengan handuk 18. Jika memungkinkan bayi dapat dimandikan ke dalam bak mandi 19. Pakai pakaian ganti 20. Pastikan bayi dalam posisi aman saat dimandikan (sangga leher dan kepala bayi dengan tepat,jaga agar bayi tidak tergelincir saat dalam bak mandi) 21. Pastikan tubuh bayi selalu tertutup saat mandi kecuali daerah yang sedang dibersihkan untuk menghindari kedinginan 22. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 23. Lepaskan sarung tangan,jika menggunakan 24. Lakukan kebersihan yangn dengan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN ANTROPOMETRI PADA BAYI/ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 098/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN ANTROPOMETRI PADA BAYI/ANAK		
No Dokumen: 098/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengumpulkan dan menganalisis data untuk menilai status pertumbuhan dan status gizi

2. Tujuan

- a. Untuk menilai status gizi bayi serta memprediksi komplikasi kesehatan jangka panjang

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Rekam medis/ buku KIA b. Timbangan c. Meteran d. Grafik pertumbuhan WHO 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien.

	- Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Lakukan pengukuran antropometri pada pasien (meliputi berat badan, Tinggi atau Panjang badan, lingkar lengan atas) - Lakukan Analisa dengan menggunakan indicator yang disepakati : - TB/U (Tinggi/Panjang badan menurut umur) - BB/U (Berat badan menurut umur) - BB/TB (Berat badan menurut Tinggi badan) - IMT/U (Indeks massa Tubuh menurut umur) - Z-Score - Bandingkan hasil pemeriksaan dengan hasil pemeriksaan sebelumnya - Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan - Informasikan hasil pemantauan kepada orang tua - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN ASUHAN PERKEMBANGAN PADA
NEONATUS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 099/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN ASUHAN PERKEMBANGAN PADA NEONATUS		
No Dokumen: 099/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memfasilitasi kelanjutan kehidupan neonatus seperti kehidupan dalam uterus

2. Tujuan

- a. Meningkatkan kesehatan bayi baru lahir

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Kain bedong untuk membuat nesting b. Kain penutup inkubator yang tidak tembus cahaya c. Alat monitor d. Alat pengukur intensitas suara e. Instrumen penilai nyeri untuk neonatus 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien

	- Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Posisikan bayi seperti dalam rahim dengan menggunakan <i>nesting</i> yang sesuai dengan ukuran bayi - Lakukan Perawatan Metode Kanguru (PMK) - Lakukan pembedongan (<i>swaddling</i>) pada bayi - Tutup incubator dengan kain yang tidak tembus cahaya - Periksa bayi terus menerus dengan menggunakan alat monitor - Kecilkan suara alarm alat-alat monitor dan volume suara Ketika berbicara - Lakukan autramatic care Ketika melakukan Tindakan keperawatan yang menyakitkan - Libatkan orang tua dalam perawatan bayinya - Berikan <i>non-nutritive sucking</i> - Periksa pertumbuhan dan perkembangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	8. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI)**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 100/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI)		
No Dokumen: 100/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan makanan selain ASI pada bayi berusia 6-24 bulan

2. Tujuan

- Memperkenalkan tekstur makanan pada bayi sehingga keterampilan makan bayi dapat terasah
- Meningkatkan imunitas pada bayi, karena kandungan MPASI diantaranya antioksidan, vitamin A dan FE, sering dijumpai di hati ayam, bayam ikan, brokoli dan lain-lain.
- Membantu pembentukan tulang, MPASI harus mengandung protein dan kalsium

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - MP-ASI (sesuaikan jumlah, tekstur dan variasi sesuai dengan usia bayi) - Mangkuk, sendok dan gelas - Kain alas makan - Kain lap makan/tisu - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi kesiapan bayi dan ibu atau pengasuh untuk pemberian MP-ASI 2. Pastikan tangan bayi dan ibu atau pengasuh dalam kondisi bersih 3. Posisikan anak duduk dipangkuan ibu atau dikursi yang aman 4. Pasangkan kain alas makan pada leher dan dada bayi 5. Hindarkan anak dari distraksi saat makan (seperti mendudukkan anak didepan televisi,gawai) 6. Dekatkan sendok berisi makanan ke bibir bayi dan biarkan bayi membuka mulutnya lebih dahulu (jangan memaksa untuk memasukkan makanan ke mulut bayi) 7. Berikan makanan secara perlahan 8. Hentikan pemberian makan jika bayi sudah menunjukkan tanda kenyang 9. Lepaskan kain alas makan segera setelah selesai makan 10. Bersihkan wajah dan tangan bayi dengan kain lap makan/tisu 11. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN TERAPI BERMAIN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 101/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN TERAPI BERMAIN		
No Dokumen: 101/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menggunakan mainan/media untuk memfasilitasi anak dalam mengkomunikasikan persepsi, pengetahuan dan penguasaan anak terhadap lingkungannya

2. Tujuan

- Membantu anak menguasai kecemasan dan emosional yang dihadapi
- Menyalurkan kelebihan energi fisik dan dapat melepaskan emosi yang tertahan
- Mengamati serta mengatasi berbagai masalah kesehatan mental dan gangguan perilaku

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Alat Permainan Edukatif - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Sediakan waktu yang cukup untuk memungkinkan sesi bermain efektif 2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Atur sesi bermain untuk memfasilitasi hasil yang diinginkan 4. Tetapkan Batasan untuk sesi Latihan terapeutik 5. Motivasi anak ntuk berbagi perasaan, pengetahuan dan persepsi 6. Komunikasikan penerimaan perasaan, baik positif maupun negative, yang diungkapkan melalui permainan 7. Monitor respon anak terhadap terapi 8. Monitor tingkat kecemasan anak selama terapi 9. Lanjutkan sesi bermain secara teratur untuk membangun kepercayaan dan mengurangi rasa takut akan peralatan atau perawatan yang tidak dikenal 10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN BAYI SEBELUM PEMULANGAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 102/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMERIKSAAN BAYI SEBELUM PEMULANGAN		
No Dokumen: 102/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Pemeriksaan rutin yang dilakukan pada semua bayi baru lahir sebelum pulang

2. Tujuan

- Memastikan bayi baru lahir dalam keadaan sehat
- Memastikan bayi baru lahir tidak memiliki kelainan tubuh maupun gangguan kesehatan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Termometer - Timbangan - Meteran atau pita ukur - Jam atau pengkur waktu - Sarung tangan - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Lakukan pengukuran Panjang badan,Berat badan,Lingkar kepala,Lingkar perut dan lingkar dada - Lakukan pemeriksaan TTV (meliputi frekuensi nadi,frekuensi napas dan suhu) - Lakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki - Lakukan pemeriksaan kemampuan menyusui bayi - Pastikan TTV dalam batas normal dan stabil selama 12 jam sebelum pemulangan - Pastikan bayi telah BAK regular dan BAB 1 kali selama 1 hari - Pastikan bayi tidak ada gejala sepsis - Pastikan bayi sudah dibeai imunitas hepatitis BO - Ajarkan orang tua tentang perawatan bayi dirumah - Ajarkan orang tua tentang tanda bahaya pada bayi - Anjurkan orang tua datang ke fasilitas Kesehatan terdekat jika ada tanda bahaya pada bayi - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan

	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN PALIATIF PADA ANAK**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 103/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN PALIATIF PADA ANAK		
No Dokumen: 103/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan perawatan terpadu pada anak untuk meningkatkan kualitas hidup dengan memberikan bantuan dalam mengatasi nyeri dan gejala, dukungan spiritual serta psikososial dari diagnosa hingga akhir kehidupan dan kematian

2. Tujuan

- Mengurangi penderitaan klien
- Meningkatkan kualitas hidup klien
- Memberikan support pada keluarga klien

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Lotion - Aromaterapi - Baskom dan air hangan/dingin - Daftar nama dan nomor telepon kerohanian - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	- Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi frekuensi dan intensitas nyeri - Berikan Tindakan no farmakologis untuk mengurangi nyeri/meningkatkan kenyamanan (seperti hypnosis, akupresur, kompres hangat / dingin, pijat, pengaturan posisi) - Kontrol lingkungan dan memperberat rasa nyeri atau ketidaknyamanan (seperti suhu, ruangan pencahayaan, kebisingan) - Monitor keberhasilan Tindakan nonfarmakologis yang sudah diberikan - Fasilitasi istirahat tidur dan tetapkan jadwal rutin tidur - Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam program perawatan dan pengobatan - Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang mengalami pengalaman yang sama - Sediakan saran yang aman dan nyaman untuk pelaksanaan ibadah - Fasilitasi pembimbingan rohani oleh keluarga atau rohaniawan - Lakukan kebersihan tangn 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
---	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TALI PUSAT**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 104/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN TALI PUSAT		
No Dokumen: 104/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan tindakan untuk pencegahan infeksi dan mempercepat proses terlepasnya tali pusat pada bayi baru lahir

2. Tujuan

- Mencegah terjadinya infeksi
- Mempercepat proses pengeringan tali pusat
- Mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Kasa steril - Air bersih dalam tempatnya - Bengkok - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	- Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan bersih - Buka popok/pakaian bayi - Bersihkan tali pusat dengan menggunakan kasa yang telah diberikan air bersih - Keringkan tali pusat sampai benar-benar kering menggunakan kasa - Pertahankan tali pusat dengan kondisi terbuka - Periksa tanda-tanda infeksi - Lipat popok dibawah sisa tali pusat (hindari tali pusat tertutup popok) - Rapikan bayi dan alat-alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PIJAT BAYI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 105/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PIJAT BAYI		
No Dokumen: 105/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Membersihkan stimulasi kulit dan jaringan dengan berbagai teknik Gerakan dan tekanan tangan untuk meningkatkan relaksasi, memperbaiki sirkulasi dan atau stimulasi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi

2. Tujuan

- Membuat bayi lebih rileks
- Tidak mudah rewel
- Membuat bayi tidur lebih pulas

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Minyak bayi - Handuk bayi - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien

	4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pastikan lingkungan aman dan nyaman 2. Libatkan orang tua dalam kegiatan 3. Tuangkan minyak bayi ditelapak tangan 4. Posisikan bayi sesuai area tubuh yang akan dipijat 5. Lakukan pemijatan pada kaki : a. Perhan India Pegang kaki bayi pada pangkal paha, seperti memegang pemukul soft ball. Gerakkan tangan ke bawah secara bergantian, seperti memerah susu b. Peras dan Putar Peras dan putar pangkal paha dengan kedua tangan secara bersamaan secara lembut dimulai dari pangkal paha ke arah mata kaki c. Telapak kaki Urut dengan kedua ibu jari secara bergantian, dimulai dari tumit kaki menuju jari-jari diseluruh telapak kaki d. Tarik lembut jari Pijat jari kaki satu persatu dengan Gerakan memutar dan lakukan tarikan lembut e. Gerakan Peregangan Pijat telapak kaki mulai dari batas jari-jari ke arah tumit dengan mempergunakan sisi dari jari telunjuk, kemudian ulangi dari perbatasan jari ke arah tumit f. Titik tekanan Tekan tekanlah kedua ibu jari secara bersamaan diseluruh permukaan telapak kaki dari arah tumit ke jari kaki g. Punggung kaki Pijat punggung kaki dari pergelangan kaki ke arah jari-jari secara bergantian

	dengan memperhunakan kedua ibu jari secara bergantian h. Peras dan putar pergelangan kaki Buat Gerakan seperti memeras dengan menggunakan ibu jari dan jari jari lainnya dipergelangan kaki bayi i. Perlahan cara swedia Pegang pergelangan kaki bayi da gerakkan tangan secara bergantian dari pergelangan kaki ke pangkal paha j. Gerakan menggulung Pegang pangkal paha dengan kedua tangan. Buatlah Gerakan menggulung dari pangkal paha menuju pergelangan kaki k. Gerakan akhir Rapatkan kedua kaki bayi dengan meletakkakn kedua tangan secara bersamaan pada pangkal paha,lalu usap kedua kaki bayi dengan tekanan lembut dari paha e arah pergelangan kaki 6. Lakukan pemijatan pada perut a. Mengayuh Sepeda Lakukan Gerakan memijat pada perut bayi seperti mengayuh pedal sepeda,dari atas kebawah perut bergantian dengan tangan kanan dan kiri b. Mengayuh sepeda dengan kaki diangkat Angakat kedua kaki bayi dengan salah satu tangan.Pijat perut bayi dari perut bagian atas sampai ke jari jari kaki dengan tangan yang lain c. Ibu jari kesamping Letakkan kedua ibu jari disamping kanankiri pusat perut. Gerakkan kedua ibu jari ke arah tepi perut kanan dan kiri d. Bulan matahari Buat lingkaran searah jarum jam dengan tangan kiri mulai dari perut sebelah kanan bawah ke atas,kemudian Kembali kedaerah kanan bawah.Guanakan tangan kanan untukmembuat gerkana setenga lingkaran mulai dari daerah kanan bawah sampai bagian kiri bawah perut bayi .Tangan kiri selalu membuat bulatan penuh (matahari),sedangkan tangan kanan akan membuat Gerakan etengah lingkatan (bulan) e. Gerakan I Love you 1) I”, Pijat perut bayi mulai dari bagian kiri atas kebawah membentuk huruf “I”
--	---

	2) “LOVE”, Pijatlah perut bayi membentuk huruf “L” terbalik,mulai dari kanan atas kekiri atas,kemudian dari kiriatas kekiri bawah 3) “YOU”, Pijat perut bayi membentuk huruf “U” terbalik,mulai dari kanan bawah (daerah usus buntu) ke atas,kemudian ke kiri,ke bawah dan berakhir di perut kiri bawah f. Gelembung atau jari-jari berjalan Gerakkan jari-jari anda pada perut bayi pada bagian kanan ke bagian kiri guna mengeluarkan gelembung-gelembung udara 7. Lakukan pemijatan pada dada a. Jantung besar Buatlah Gerakan yang menggambarkan jantung dengan meletakkan ujung-ujung jari kedua telapak tangan anda ditengan dada.Buat gerkan ke atas sampai di bawah leher,kemudian kesamping di atas tulang klafikula,lalu ke bawahmebentuk bentuk jantung b. Kupu-kupu Buatlah gerkana diagonal seperti gambaran kupu-kupu dimulai dengan tangan kanan membuat Gerakan memijat menyilang dari tengah dada kea rah bahu kanan,lalu gekkan tangan kiri anda menyilang dari tengah dad ke bahu kiri 8. Lakukan pemijatan pada tangan a. Pijat ketiak Buatlah Gerakan memijat pada daerah ketiak dari atas ke bawah. Gearakan ini tidak dilakukan jika terdapat pembengkakan kelenjar di daerah ketiak b. Perahan India Gerakan seperti memerah susu sapi mulai dari pangkal lengan sampai pergelangan tangan c. Peras dan putar Peras dan putar lengan bayi dengan lembut mulai dari pangkal lengan ke pergelangan tangan d. Membuka tangan Pijat telapak tangan bayi dengan kedua ibu jari,dari pergelangan tangan ke arah jari tangan bayi e. Putarjari-jari Pijat lembut dari satu persatu menuju kea rah ujung jari dengan Gerakan memutar
--	--

	f. Punggung tangan Usap punggung tangannya dari pergelangan tangan ke arah jari-jari dengan embut g. Peras pergelangan tangan Putar dengan ibu jari dan jari telunjuk seolah memeras lembut pergelangan tangan h. Perahan Swedia Gerakan tangan kanan dan kiri anda secara bergantian dari pergelangan tangan bayi ke arah pangkal lengan i. Gerakan menggulung Peganglah lengan atas bayi dengan kedua telapak tangan dan lakukan Gerakan menggulung dari pangkal lengan menuju ke arah pergelangan tangan 9. Lakukan pemijatan bagian muka a. Dahi Letakkan jari-jari kedua tangan anda pada pertengahan dahi. Tekanlah jari-jari anda dengan lembut mulai dari tengah dahi ke samping kanan dan kiri. Lalu gerakan ke bawah ke daerah pelipis, buatlah lingkaran-lingkaran kecil di daerah pelipis, kemudian Gerakan hingga ke bawah mata b. Alis Gunakan kedua ibu jari untuk memijat secara lembut alis mata dan kelopak mata, mulai dari tengah ke samping c. Hidung Letakkan kedua ibu jari anda pada pertengahan alis. Tekankan ibu jari anda dari pertengahan kedua alis turun melalui tepi hidung ke arah pipi dengan membuat Gerakan ke samping dan ke atas d. Mulut bagian atas Gunakan kedua ibu jari memijat mandibularis. Gerakkan kedua ibu jari anda dari tengah ke samping dan ke atas ke daerah pipi e. Mulut bagian bawah Gunakan kedua ibu jari memijat mandibularis dengan Gerakan dari tengah ke samping, kemudian ke atas ke arah atas f. Lingkaran kecil di rahang Gunakan ibu jari kedua tangan memutar seperti membuat lingkaran kecil g. Belakang telinga
--	---

	Berikan tekanan lembut pada daerah belakang telinga kanan dan kiri gerakkan ke arah pertengahan dagu di bawah dagu 10. Lakukan pemijatan pada punggung a. Gerakan maju mundur Berikan posisi prone melintang, pijat sepanjang punggung bayi dengan Gerakan maju mundur kedua telapak tangan, dari bawah leher sampai ke bokong bayi b. Gerakan menyetrika Tahan bokong bayi dengan tangan kanan, kemudian tangan kiri memijat mulai dari leher ke bokong bayi c. Gerakan menyetrika dan mengangkat Ulangi Gerakan menyetrika punggung, hanya kali ini tangan kanan memegang kaki bayi dan Gerakan dilanjutkan sampai ke tumit kaki bayi d. Gerakan melingkar Buatlah Gerakan melingkar mulai dari batas tengkuk turun ke bawah di sebelah kanan dan kiri tulang punggung sampai di bokong e. Gerakan menggaruk Tekankan dengan lembut kelima jari-jari tangan kanan pada punggung bayi sampai ke bokong bayi 11. Monitor respons bayi selama pemijatan 12. Ajarkan dan evaluasi pemahaman dan kemampuan orang tua atau keluarga mengenal gerakan pijat bayi yang di berikan 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya.

	2. Menuliskan waktu kegiatan
	3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur
	4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN IMUNISASI / VAKSIN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 106/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN IMUNISASI / VAKSIN		
No Dokumen: 106/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan antigen yang dapat merangsang pembentukan imunitas di dalam tubuh serta mencegah penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi

2. Tujuan

- Mendapatkan kekebalan awal secara aktif
- Mencegah suatu penyakit
- Mengurangi tingkat keparahan suatu penyakit

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Obat vaksin yang telah dicek - Sprit 1 cc atau sesuai kebutuhan - Alcohol swb - Air hangat - Brngkok - Perlak dang pengalas - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Identifikasi Riwayat Kesehatan dan Riwayat alergi 2. Identifikasi kontraindikasi termasuk kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan 4. Lakukan pemeriksaan fisik 5. Lakukan pemeriksaan Suhu tubuh , jika lebih dari 37,5 C tunda pemberian imunisasi 6. Jelaskan vaksin yang akan diberikan , tujuan manfaat dan cara pemberiannya 7. Jelaskan kemungkin KIPI dan tatalaksananya 8. Lakukan pemeriksaan vaksin yang akan diberikan a. Cek tanggal kadaluarsa b. Cek freeze tag atau suhu lemari es untuk memastikan tidak pernah mengalami penurunan suhu c. Cek VVM (Vaccine Vial Monitor) d. Lakukan uji kocok VVM , jika perlu 1. Siapkan Vaksin control yang dibekukan dalam freezer 2. Pilih sampel vaksin yang akan diuji 3. Kocok vaksin control dan vaksin yang akan diuji 4. Biarkan sesaat dan bandingkan pengendapan pada keduanya 5. Jika kecepatan mengedap keduanya sama, atau vaksin yang akan diuji mengedap lebih cepat maka vaksin tersebut telah rusak karena pembekuan, maka jangan digunakan 9. Pasang sarung tangan bersih 10. Siapkan jarum suntuk dsn spuit steril yang sesuai

	11. Masukkan vaksin ke dalam spuit steril yang sesuai 12. Buang udara pada spuit 13. Pasang perlak dan pengalas 14. Posisikan pasien dengan aman dan nyaman sesuai arean penyuntikan 15. Desinfeksi area penyuntikkan dengan alcohol swab (Vaksin pasif) atau air hangat (Vaksin aktif) 16. Injeksikan vaksin sesuai rute pemberian (IM, IC, SC) 17. Buang jarum spuit di safety box 18. Rapikan pasien dan alat alat yang digunakan 19. Lepaskan sarung tangan. 20. Anjurkan pasien melakukan imunisasi sesuai jadwal berikutnya 21. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah dan untuk kejadian khusus 22. Informasikan penyedia layanan pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis 23. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN TERAPI SKIN TO SKIN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 107/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN TERAPI SKIN TO SKIN		
No Dokumen: 107/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memfasilitasi kontak kulit ibu dan bayi secara langsung selama satu jam.

2. Tujuan

- Membangun ikatan batin antara orang tua dan bayi
- Membantu lancarnya proses menyusui
- Membuat bayi lebih tenang

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Bantal - Handuk - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Identifikasi kesiapan dan kemampuan ibu dan bayi - Berikan posisi reclining atau menggunakan bantal - Buka pakaian atas ibu - Keingkan bayi dengan handuk, kecuali bagian tangan - Letakkan bayi dibawah putting diantara kedua payudara - Nilai APGAR bayi - Biarkan ibu dan bayi melakukan kontak kulit selama satu jam - Berikan selimut menutupi tubuh bayi - Berikan topi pada kepala bayi - Bebaskan jalan napas bayi untuk menghindari SUPC (<i>Sudden Unexpected Postpartum Collapse</i>) - Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu - Lakukan Kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur - Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN TANDA VITAL**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 108/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN TANDA VITAL		
No Dokumen: 108/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiovaskuler, pernapasan dan suhu tubuh

2. Tujuan

- Mendeteksi adanya suatu kelainan, gangguan, perubahan fungsi organ tubuh
- Membantu untuk menegakkan suatu diagnosa

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih, jika perlu - Spigmomanometer dan manset - Stetoskop - Oksimetri nadi - Termometer - Jam atau pengukur waktu - Pulpen dan lembar pemantauan tanda vital - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

	- Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klienMenjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Pasang sarung tangan - Periksa tekanan darah dengan spigmomanometer - Periksa frekuensi, kekuatan dan irama nadi - Periksa frekuensi dan kedalaman napas - Periksa suhu tubuh dengan termometer - Periksa saturasi oksigen dengan oksimetri nadi - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital - Rapikan klien dan alat yang digunakan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu - Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN LINGKAR ABDOMEN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 109/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN LINGKAR ABDOMEN		
No Dokumen: 109/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menilai diameter perut dengan menggunakan meteran

2. Tujuan

- Untuk mengetahui apakah lingkaran abdomen normal atau tidak
- Untuk mengetahui apakah seseorang memiliki masalah kesehatan terkait berat badan

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Meteran atau pita - Alat tulis - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Posisikan klien telentang 2. Buka pakaian area abdomen 3. Ukur lingkar perut sejajar umbilikus 4. Baca hasil pengukuran dengan teliti 5. Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan 6. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN LINGKAR KEPALA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 110/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN LINGKAR KEPALA		
No Dokumen: 110/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menilai diameter kepala bayi dengan menggunakan meteran yang mencerminkan ukuran dan pertumbuhan otak

2. Tujuan

- Mengontrol tumbuh kembang bayi dengan lebih detail dan terukur
- Mendeteksi gangguan tumbuh kembang

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Meteran atau pita ukur - Alat tulis - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Gendong bayi dalam posisi duduk 2. Lingkarkan pita ukur dari area frontalis ke oksipitalis di atas telinga 3. Baca hasil pengukuran dngan teliti 4. Rapikan klien dan alat yang digunakan 5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PENGUKURAN TINGGI BADAN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 111/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN TINGGI BADAN		
No Dokumen: 111/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Menilai pertumbuhan skeletal sebagai salah satu indikator status nutrisi dan pertumbuhan

2. Tujuan

- Untuk mengetahui laju pertumbuhan, status gizi maupun fisik pertumbuhan badan
- Mengetahui apakah pertumbuhan dan perkembangan anak sudah optimal atau tidak

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Tiang pengukur - Alat tulis - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Anjurkan klien untuk melepas alas kaki 2. Anjurkan berdiri tegak menghadap lurus ke arah depan 3. Pastikan bagian belakang kepala, punggung, bokong dan tumit menempel pada tiang pengukur 4. Turunkan batas atas pengukur sampai menempel ke ubun-ubun 5. Baca hasil pengukuran dengan teliti 6. Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan 7. Informasikan hasil pengukuran, jika perlu
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMBERIAN OBAT SALEP MATA**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 112/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT SALEP MATA		
No Dokumen: 112/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan obat salep pada mata untuk mencegah atau meminimalkan ancaman pada integritas jaringan mata dan fungsi visualnya

2. Tujuan

- Pada bayi diberikan untuk menghindari terjadinya infeksi mata
- Untuk mengatasi mata kering
- Melembabkan sekaligus melumasi permukaan bola mata

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan - Obat salep mata, sesuai program - Tisu - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta

	mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. - Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien - Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja - Monitor adanya kemerahan, eksudat atau ulserasi - Posisikan kepala condong ke belakang - Anjurkan pasien melirik ke atas - Tarik palpebra interior ke bawah dengan jari telunjuk pada mata yang dibenkan obat salep mata - Pegang tube salep mata dengan menggunakan tangan lainnya sedekat mungkin dengan palpebra inferior mata tanpa menyentuhnya - Oleskan obat salep mata kira-kira 1 cm - Anjurkan mengedipkan mata secara perlahan, tutup mata selama 1-2 menit dan gerakan mata ke kiri-kanan dan atas-bawah - Bersihkan salep berlebih dengan tisu - Rapikan klien dan alat-alat yang digunakan - Lepaskan sarung tangan - Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: - Melakukan evaluasi repon klien. - Menyimpulkan hasil kegiatan. - Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub - Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya - Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: - Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. - Menuliskan waktu kegiatan - Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur

	4. Tandatangan
--	----------------



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS MASASE (PIJAT) ABDOMEN**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 113/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MASASE (PIJAT) ABDOMEN		
No Dokumen: 113/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan pemijatan pada abdomen untuk memperbaiki sirkulasi darah dan sistem pencernaan serta meningkatkan kenyamanan

2. Tujuan

- Memberikan efek relaksasi
- Mengatasi sembelit
- Memperbaiki sistem pencernaan dan memperlancar metabolisme tubuh

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Minyak kelapa atau minyak zaitun - Handuk - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien.

	5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Posisikan klien berbaring di tempat tidur 2. Periksa adanya luka, nyeri atau kondisi lainnya sebelum melakukan pemijatan 3. Letakkan handuk di dada dan dibawah area abdomen 4. Tuangkan minyak ke telapak tangan dan oleskan ke area abdomen 5. Pijat area abdomen dengan gerakan memutar searah jarum jam 6. Pijat area abdomen dengan membetuk garis dari bagian bawah dada menuju pubis dari kiri ke kanan dengan jarak 3 cm 7. Lakukan pemijatan selama 10-15 menit 8. Rapikan klien dan berikan posisi yang nyaman 9. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PEMANTAUAN BISING USUS**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 114/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN BISING USUS		
No Dokumen: 114/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Melakukan pengamatan secara berkala terhadap gerakan peristaltik usus dengan menggunakan stetoskop

2. Tujuan

- Untuk mengetahui apakah aktivitas usus normal
- Untuk mendiagnosis obstruksi usus

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Stetoskop - Jam atau pengukur waktu - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien

	dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Posisikan klien berbaring di tempat tidur 2. Anjurkan tidak berbicara selama pemeriksaan 3. Letakkan sisi diafragma stetoskop dengan penekanan yang ringan mulai pada kuadran kiri bawah 4. Dengarkan bising usus dan perhatikan frekuensi dan karakternya 5. Lanjutkan pemeriksaan pada kuadran abdomen lainnya 6. Rapiakan klien dan alat yang digunakan 7. Infomasikan hasil pemantauan, jika perlu
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PERAWATAN TRAKSI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 115/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN TRAKSI		
No Dokumen: 115/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Mengidentifikasi dan merawat klien yang terpasang traksi untuk mengimobilisasi dan menstabilkan bagian tubuh

2. Tujuan

- a. Mengurangi deformitas
- b. Untuk menambah ruangan diantara kedua permukaan patahan tulang

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: 1. Membaca rekam medis klien. 2. Mengidentifikasi kebutuhan klien. 3. Membaca Do'a sebelum memulai prosedur 4. Mencuci tangan bersih 5. Menyiapkan alat: a. Sarung tangan bersih 6. Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, 2. Memperkenalkan diri 3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien.

	6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan 2. Monitor kemampuan perawatan diri saat terpasang traksi 3. Monitor alat fiksasi eksternal 4. Monitor tempat insersi pen 5. Monitor tanda-tanda gangguan integritas kulit pada area penonjolan tulang 6. Monitor sirkulasi, pergerakan dan sensai pada ekstermitas yang cedera 7. Monitor adanya komplikasi imobilisasi 8. Posisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat 9. Pertahankan posisi baring yang tepat di tempat tidur 10. Pastikan beban traksi terpasang tepat 11. Pastikan tali dan katrol bebas menggantung 12. Pastikan tarikan tali dan beban tetap tetap berada di sepanjang sumbu tulang fraktur 13. Amankan beban traksi saat menggerakkan klien 14. Lakukan perawatan pada insersi pen 15. Lakukan perawatan pada area-area gesekan 16. Ajarkan perawatan alat fiksasi eksternal, sesuai kebutuhan 17. Jelaskan pentingnya nutrisi yang memadai untuk penyembuhan tulang 18. Lepaskan sarung tangan 19. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa:

	1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan
--	---



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS FASILITASI INISIASI MENYUSU DINI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 116/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Hando Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL FASILITASI INISIASI MENYUSU DINI		
No Dokumen: 116/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Memberikan dukungan proses menyusui segera setelah lahir selama 1 jam atau menyusui sampai selesai

2. Tujuan

- Membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif dan lama menyusui
- Mengurangi angka kematian bayi baru lahir
- Meningkatkan kesempatan bayi memperoleh kolostrum

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan alat: - Sarung tangan bersih - Termometer - Handuk kecil - Selimut - Penutup kepala - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri

	3. Menyapa klien 4. Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. 5. Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. 6. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya. 7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Pasang sarung tangan bersih 2. Periksa tanda-tanda vital bayi dan ibu 3. Periksa kepatenan jalan napas bayi 4. Buka pakaian bagian atas ibu 5. Keringkan tubuh bayi dengan handuk, kecuali bagian tangan yang akan menuntun bayi untuk mencari puting 6. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap untuk kontak kulit ke kulit diantara dua payudara dan kepala bayi dimiringkan ke salah satu sisi 7. Berikan selimut pada punggung dan pasang penutup kepala bayi 8. Anjurkan ibu untuk membiarkan bayi menemukan puting dan mulai menyusu 9. Anjurkan ibu dan orang lainnya untuk tidak menginterupsi proses menyusu (seperti memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya) 10. Biarkan bayi menemukan puting dalam waktu 30-60 menit dan biarkan kontak kulit ibu dan bayi minimal 1 jam, walaupun bayi sudah menemukan puting kurang dari 1 jam atau menyusu sampai selesai 11. Tindakan semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya sampai bayi selesai menyusu setidaknya 1 jam atau lebih, jika bayi menemukan puting setelah 1 jam 12. Usahakan ibu dan bayi dipindahkan bersama setelah mendapat perawatan di ruang bersalin dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi 13. Posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya, jika bayi belum menemukan puting dalam 1 jam 14. Pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu, jika bayi masih belum menemukan puting ibu dalam waktu 2 jam

	15. Berikan asuhan neonatus esensial (seperti menimbang, pemberian vitamin K, salep mata) 16. Monitor proses IMD setiap 15 menit 17. Rapikan klien dan alat yang digunakan 18. Lepaskan sarung tangan 19. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan



**LEMBAR PENGESAHAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KETERAMPILAN KLINIS PROMOSI LAKTASI**

Tanggal Pembuatan : 02 Februari 2018
Status Revisi : -
Tanggal Revisi : -
Tanggal Pengesahan : 10 September 2019
Tanggal Implementasi : 15 Februari 2018
Nomor Dokumen : 117/KTR/LAB/FKES
Status Dokumen : ☒ Induk ☐ Salinan

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Kesehatan



Ns. Haidiro Patkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIY. 1003030

	LABORATORIUM FAKULTAS KESEHATAN		
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PROMOSI LAKTASI		
No Dokumen: 117/KTR/LAB/FKES	Tanggal Pembuatan: 02 Februari 2018	Status Revisi: -	Tanggal Implementasi: 15 Februari 2018

1. Definisi

Meningkatkan cakupan ASI eksklusif secara efektif dan dianjurkan sampai 2 tahun

2. Tujuan

- Membantu ibu psot partum untuk menyusui dengan efektif
- Memenuhi kebutuhan ASI bayi

3. Prosedur

No	Langkah Kegiatan
I	Tahap Pra-Interaksi Perawat/ Mahasiswa: - Membaca rekam medis klien. - Mengidentifikasi kebutuhan klien. - Membaca Do'a sebelum memulai prosedur - Mencuci tangan bersih - Menyiapkan lingkungan
II	Tahap Orientasi Perawat/ Mahasiswa: - Memberikan salam Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, - Memperkenalkan diri - Menyapa klien - Identifikasi klien dengan cara: menanyakan nama klien dan tanggal lahir serta mencocokkan dengan gelang identitas klien. - Menjelaskan prosedur dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan pada klien dan/ atau keluarga klien. - Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga klien untuk bertanya.

	7. Bersama klien membaca do'a untuk kesembuhan klien 8. Menjaga privasi klien
III	Tahap Kerja 1. Lakukan promosi laktasi pada masa kehamilan a. Pahami ibu tentang manfaat asi eksklusif b. Pilih fasilitas pelayanan dan tenaga kesehatan yang menjamin kemudahan proses menyusui c. Anjurkan mengikuti kelas persiapan menyusui pada usia kehamilan 36 minggu 2. Lakukan promosi laktasi pada masa persalinan a. Fasilitasi ibu saat melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) b. Letakkan bayi di dada ibu untuk kontak kulit segera setelah lahir dan biarkan merangkan ke payudara untuk IMD minimal 1 jam c. Lakukan rawat gabung ibu dan bayi d. Ajarkan ibu mengatur posisi dan perlekatan yang benar e. Ajarkan ibu memerah ASI dalam 6-24 jam pasca persalinan f. Gunakan sendok dan cangkir saat bayi belum bisa menyusui 3. Lakukan promosi laktasi pada masa pasca persalinan a. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung b. Monitor kondisi ibu menyusui dan tumbuh kembang bayi secara berkala c. Ajarkan ibu melakukan manajemen laktasi d. Ajarkan ibu mengenali masalah menyusui sampai 2 tahun e. Ajarkan suami dan orang terdekat untuk mendukung ibu menyusui ASI eksklusif f. Informasikan akses layanan konseling menyusui yang tersedia jika sewaktu waktu diperlukan 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
IV	Tahap Terminasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Melakukan evaluasi repon klien. 2. Menyimpulkan hasil kegiatan. 3. Bersama klien membaca Shalawat Thibbil Qulub 4. Melakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. Berpamitan kepada klien dengan mengucapkan salam Assalamu'alaikum

	Warahmatullahi Wabarakatuh.
V	Tahap Dokumentasi Perawat/ Mahasiswa: 1. Mencatat kegiatan yang dilakukan beserta hasilnya. 2. Menuliskan waktu kegiatan 3. Menuliskan nama perawat/ mahasiswa yang melaksanakan prosedur 4. Tandatangan

DAFTAR PUSTAKA

1. Perry, A,G, & Potter P, A, (2015). *Nursing skills & procedures* (8th ed). St Louis: Mosby Elsevier.
2. Dougherty, L, & Lister, S. (2015). *Manual of clinical nursing Procedures* (9th ed). UK: The royal Marsden NHS Foundation Trust
3. Berman A Snyder, S, & Fradsen, G, (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing* (10th ed). USA Perason Education.
4. PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed) Jakarta: DPP PPNI
5. Willkinson, J, M, Treas, L. S. Barnett, K, & Smith, M. H. (2016). *Fundamental of nursing* (3th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company

