

EDISI 2



BUKU AJAR

STANDAR PROSEDURE

OPERASIONAL

ILMU KEPERAWATAN DASAR



PENERBIT: AKADEMI KEPERAWATAN
HUSADA KARYA JAYA

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tim Penulis :

Ns. Egeria Dorina Sitorus S.Kep.,M.Kes
Ns. Astuti Lumbantoruan S.Kep.,M.Kep
Ns. Reni Amiati S.Kep

Buku Ajar Standar Prosedure Operasional Ilmu Keperawatan Dasar Edisi 2

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memproduksi atau memperbanyak seluruh atau sebagian dari
buku ini dalam bentuk atau cara apapun
tanpa izin tertulis dari Penulis

Tim Penulis :

Ns. Egeria Dorina Sitorus S.Kep.,M.Kes
Ns. Astuti Lumbantoruan S.Kep.,M.Kep
Ns. Reni Amiati S.Kep

Editor :

Ns. Dewi, S.Kep, M.Kep

Penerbit:

Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya
Jl. Sunter Permai Raya, Sunter Agung, Tanjung Priok Jakarta
Utara 14350, Telp (021) 26608276

Email: akperhusadakaryajaya@gmail.com
Website: www.husadakaryajaya.ac.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas perkenan dan petunjuk-Nya kepada kami para penulis dan editor yang telah berhasil mewujudkan buku “Standar Operasional Prosedur”. Pengetahuan baru mendorong kemajuan dalam bidang kesehatan. Hal tersebut dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan kepada pasien. Pesatnya pertumbuhan pengetahuan tentang intervensi berdasarkan Evidance Based Nursing penanganan kompeten perlu dipahami oleh tenaga medis yang bertugas di lini terdepan fasilitas pelayanan kesehatan.

Berangkat dari latar belakang tersebut yang mendorong penyusunan buku ini. Buku ini ditujukan untuk memberikan pengetahuan menyeluruh mengenai SOP berdasarkan EBP yang bertugas di lini terdepan pelayanan kesehatan, juga memberikan bekal pengetahuan kepada para mahasiswa keperawatan dalam proses pendidikan mencapai kompetensi sebagai perawat unggul. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca, mahasiswa, dan para perawat terutama di fasilitas pelayanan kesehatan lini pertama dalam memberikan pelayanan dan perawatan bagi masyarakat luas.

Jakarta, Oktober 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
SPO PENGUKURAN TINGGI BADAN	1
A. KONSEP	1
B. PERSIAPAN ALAT	1
C. PROSEDUR	1
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	2
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	3
SPO PENGUKURAN BERAT BADAN	5
A. KONSEP	5
B. PERSIAPAN ALAT	5
C. PROSEDUR	6
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	7
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	8
SPO PENGUKURAN LINGKAR LENGAN	9
A. KONSEP	9
B. PERSIAPAN ALAT	9
C. PROSEDUR	9
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	10
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	10
SPO MENGHITUNG INDEKS MASSA TUBUH	12
A. KONSEP	12
B. PERSIAPAN ALAT	12
C. PROSEDUR	12
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	14
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	14
SPO PERAWATAN MULUT	15
A. KONSEP	15
B. PERSIAPAN ALAT	15
C. PROSEDUR	16

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	17
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	17
SPO MEMBANTU PASIEN BAB DAN BAK DI TEMPAT TIDUR	19
A. KONSEP.....	19
B. PERSIAPAN ALAT	19
C. PROSEDUR.....	19
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	21
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	21
SPO MEMBANTU BAK PADA PASIEN LAKI - LAKI.....	23
A. KONSEP.....	23
B. PERSIAPAN ALAT	23
C. PROSEDUR.....	23
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	25
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	25
SPO KOMPRES AIR HANGAT	27
A. KONSEP.....	27
B. PERSIAPAN ALAT	27
C. PELAKSANAAN TINDAKAN	27
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	28
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	28
SPO KOMPRES AIR DINGIN	30
A. KONSEP.....	30
B. PERSIAPAN ALAT	30
C. PROSEDUR.....	30
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	31
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	31
SPO TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM	33
A. KONSEP.....	33
B. PERSIAPAN ALAT	33
C. PROSEDUR.....	34
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	35
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	35
SPO PERAWATAN JENAZAH	37

A. KONSEP	37
B. PERSIAPAN ALAT	37
C. PROSEDUR	37
D. FORMAT PENILAIAN	39
SPO PENGATURAN POSISI FOWLER	41
A. KONSEP	41
B. PERSIAPAN ALAT	41
C. PROSEDUR	41
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	42
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	42
SPO PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER	44
A. KONSEP	44
B. PERSIAPAN ALAT	44
C. PROSEDUR	44
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	45
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	46
SPO PENGATURAN SUPIN	47
A. KONSEP	47
B. PERSIAPAN ALAT	47
C. PROSEDUR	47
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	48
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	48
SPO PENGATURAN POSISI TENDELENBURG	50
A. KONSEP	50
B. PERSIAPAN ALAT	50
C. PROSEDUR	50
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	51
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	51
SPO PENGATURAN POSISI LITOTOMI	53
A. KONSEP	53
B. PERSIAPAN ALAT	53
C. PELAKSANAAN TINDAKAN	54
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	54

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	54
SPO PENGATURAN POSISI DORSAL REKUMBEN.....	56
A. KONSEP.....	56
B. PERSIAPAN ALAT	56
C. PELAKSANAAN TINDAKAN	57
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	57
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	57
SPO MEMANDIKAN PASIEN DITEMPAT TIDUR.....	59
A. KONSEP.....	59
B. PERSIAPAN ALAT	59
C. PROSEDUR.....	59
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	62
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	63
SPO MENGGANTI PAKAIAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR	66
A. KONSEP.....	66
B. PERSIAPAN ALAT	66
C. PROSEDUR	66
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	68
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	68
SPO PEMANTAUAN TANDA-TANDA VITAL.....	70
A. KONSEP.....	70
B. PERSIAPAN ALAT	70
C. PROSEDUR	71
SPO MENGGANTI LINEN TANPA PASIEN DI TEMPAT TIDUR.....	83
A. KONSEP.....	83
B. PERSIAPAN ALAT	83
C. PROSEDUR	84
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	85
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	86
SPO MENGGANTI LINEN DENGAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR.....	88
A. KONSEP.....	88
B. PERSIAPAN ALAT	88
C. PROSEDUR	89

D.	TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	90
E.	FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	91
SPO PERAWATAN KUKU	93	
A.	KONSEP.....	93
B.	PERSIAPAN ALAT	93
C.	PROSEDUR	93
D.	TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	95
E.	FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	95
SPO EDUKASI PERAWATAN DIRI	97	
A.	KONSEP.....	97
B.	PERSIAPAN ALAT	97
C.	PROSEDUR	97
D.	TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	99
E.	FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	99
SPO VULVA/PENIS HYGIENE	101	
A.	KONSEP.....	101
B.	PERSIAPAN ALAT	101
C.	PROSEDUR	102
D.	TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	103
E.	FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	104
SPO MENGUKUR INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN (KESEIMBANGAN BALANCE CAIRAN).....	106	
A.	KONSEP.....	106
B.	PERSIAPAN ALAT	106
C.	PROSEDUR	107
D.	TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	108
E.	FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	108
SPO MEMBERI MAKANAN DAN MINUM SECARA ORAL	110	
A.	KONSEP.....	110
B.	PERSIAPAN ALAT	110
C.	PROSEDUR	110
D.	FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	111
SPO MENCUCI TANGAN MEMAKAI AIR & SABUN	113	

A. KONSEP	113
B. PERSIAPAN ALAT	113
C. PROSEDUR	113
D. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	115
SPO MENCUCI TANGAN MEMAKAI HANDRUB.....	117
A. KONSEP	117
B. PERSIAPAN ALAT	117
C. PROSEDUR	117
D. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	118
SPO MEMAKAI APD (COVERALL)	119
A. KONSEP	119
B. PERSIAPAN ALAT	119
C. PROSEDUR	119
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	120
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	121
SPO MEMAKAI APD (GWON)	122
A. KONSEP	122
B. PERSIAPAN ALAT	122
C. PROSEDUR	122
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	123
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	123
SPO BACKRUB	125
A. KONSEP	125
B. PERSIAPAN ALAT	125
C. PROSEDUR	126
D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP	129
E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN	129

SPO PENGUKURAN TINGGI BADAN

A. KONSEP

1. Pengertian

Menilai pertumbuhan skeletal sebagai salah satu indikator status nutrisi dan pertumbuhan

2. Tujuan

a. Untuk mengetahui tinggi badan

b. Sebagai data dasar terhadap pengukuran IMT

B. PERSIAPAN ALAT

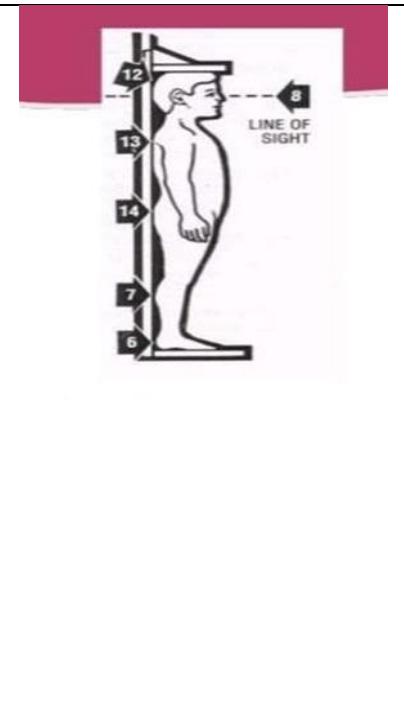
1. Tiang pengukur

2. Alat tulis

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) dan mengulang kembali nama pasien3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.5. Mencuci tangan menggunakan handrub.6. Pakai handscoot7. Anjurkan pasien untuk melepas alas kaki	
---	--

8. Anjurkan berdiri tegak menghadap lurus kearah depan.
9. Pastikan bagian belakang kepala, punggung, bokong dan tumit menempel pada tiang pengukur.
10. Turunkan batas atas pengukur sampai menempel ke ubun-ubun.
11. Pada pasien yang tidak dapat berdiri anjurkan pasien untuk berbaring dengan posisi supine, kemudian ukur tinggi badan pasien dengan alat ukur tinggi badan (meteran).
12. Baca hasil pengukuran dengan teliti.
13. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.
14. Lepaskan handscoon.
15. Mencuci tangan
16. Dokumentasi



D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Memberikan Salam, Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) dan mengulang kembali nama pasien				
2	menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.				
3	Menyiapkan alat dan bahan				
4	Mencuci tangan				
5	Memakai handscoon				
6	Melepas alas kaki dan pasien berdiri tegak menghadap lurus kearah depan				
7	Pastina bagian belakang kepala, punggung, bokong dan tumit menempel pada tiang pengukur.				
8	Turunkan batas atas pengukur sampai menempel ke ubun-ubun.				
9	Bila pasien yang tidak dapat berdiri anjurkan pasien untuk berbaring dengan posisi supine, kemudian ukur tinggi badan pasien dengan alat ukur tinggi badan (meteran).				
10	Baca hasil pengukuran dengan teliti				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
11	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.				
12	Lepaskan handscoon				
13	Mencuci tangan				
14	Mendokumentasikan				
Total Nilai : _____ :					
14					

SPO PENGUKURAN BERAT BADAN

A. KONSEP

1. Pengertian

Mengukur bobot tubuh dengan menggunakan timbangan.

2. Tujuan

- a. Mengetahui berat badan pasien
- b. Membantu menentukan diagnosa
- c. Menentukan dosis pengobatan
- d. Mengetahui status nutrisi
- e. Membantu menghitung balance cairan

3. Indikasi

- a. Pasien dengan gangguan keseimbangan cairan
- b. Pasien dengan gangguan nutrisi
- c. Pasien baru

B. PERSIAPAN ALAT

- 1. Timbangan injak/lantai (untuk anak dan dewasa)
- 2. Timbangan bayi dan pengalas
- 3. Alat Tulis

C. PROSEDUR

1. Salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). Dan menyebutkan kembali nama pasien
3. menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.
4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Mencuci tangan dengan menggunakan handrub.
6. Pasang handscoon
7. Letakkan timbangan pada permukaan yang datar
8. Pastikan posisi awal menunjukkan angka 0
9. Anjurkan melepaskan alas kaki peralatan yang dapat mempengaruhi hasil penimbangan
10. Fasilitasi pasien anak/dewasa berdiri diatas timbangan tanpa berpegangan. Pada pasien



<p>bayi baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan bayi. Jika anak/bayi gelisah maka instruksikan ibu untuk menggendong anaknya, lalu dilakukan penimbangan berat badan.</p> <p>11. Bacalah angka yang ditunjukkan oleh timbangan,</p> <p>12. Kurangi BB ibu untuk mendapatkan BB anak/bayi</p> <p>13. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan</p> <p>14. Lepaskan handscoon</p> <p>15. Mencuci tangan dengan handrub</p> <p>16. Informasikan hasil pengukuran</p> <p>17. Dokumentasikan hasil penimbangan berat badan</p>	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Memberikan Salam, identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) Dan menyebutkan kembali nama pasien				
2	Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah serta meminta persetujuan pasien				
3	Menyiapkan alat dan bahan				
4	Mencuci tangan dengan menggunakan handruber				
5	Memakai handscooon				
6	Letakkan timbangan pada permukaan yang datar dan pastikan posisi awal menunjukkan angka 0				
7	Anjurkan melepaskan alas kaki peralatan yang dapat mempengaruhi hasil penimbangan.				
8	Fasilitasi pasien anak/dewasa berdiri diatas timbangan tanpa berpegangan. Pada pasien bayi baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan bayi. Jika anak/bayi gelisah maka instruksikan ibu untuk menggendong anaknya, lalu dilakukan penimbangan berat badan.				
9	Bacalah angka yang ditunjukkan oleh timbangan,				
10	Kurangi BB ibu untuk mendapatkan BB anak/bayi				
11	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.				
12	Lepaskan handscooon				
13	Mencuci tangan dengan handruber				
14	Infromasikan hasil pengukuran				
15	Mendokumentasikan				
Total Nilai: _____ :					
15					

SPO PENGUKURAN LINGKAR LENGAN

A. KONSEP

1. Pengertian
Menilai diameter lengan atas dengan menggunakan meteran yang mencerminkan status nutrisi.
2. Tujuan
 - a. Untuk mengetahui hal yang berkaitan dengan volume otot
 - b. Agar dapat mendeteksi gangguan pertumbuhan pada anak

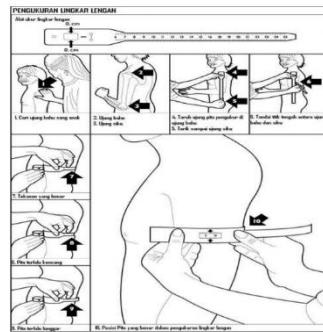
B. PERSIAPAN ALAT

1. Meteran atau Pita Ukur
2. Alat Tulis
3. Handscoon

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) dan menyebutkan kembali nama pasien3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.5. Mencuci tangan dengan menggunakan handrub.6. Pakai handscoon7. Tentukan lokasi lengan yang akan diukur (pengukuran dilakukan pada	
---	--

- lengan yang tidak dominan) dan diukur tepat tengah antara bahu dan siku.
- Posisikan pasien tegak berdiri dengan lengan disamping tubuh.
 - Tekuk (fleksi) lengan yang akan dilakukan pengukuran dengan sudut 90°.
 - Lingkarkan meteran atau pita antara bahu dan siku mengitari lengan dengan dan seka pita dengan menggunakan jari kelingking
 - Baca hasil pengukuran dengan teliti.
 - Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.
 - Lepaskan handscoon.
 - Mencuci tangan dengan handrub
 - Dokumentasikan hasil pengukuran



Gambar 6 Pengukuran Li.L.A

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Memberikan Salam, identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) Dan menyebutkan kembali nama pasien				
2	Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah serta meminta persetujuan pasien				

3	Menyiapkan alat dan bahan			
4	Mencuci tangan dengan menggunakan handrub			
5	Memakai handscoon			
6	Posisikan pasien tegak berdiri dengan lengan disamping tubuh.			
7	Tekuk (fleksi) lengan yang akan dilakukan pengukuran dengan sudut 90°.			
8	Lingkarkan meteran atau pita antara bahu dan siku mengitari lengan dengan dan seka pita dengan menggunakan jari kelingking			
9	Bacalah hasil pengukuran dengan teliti			
10	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.			
11	Lepaskan handscoon			
12	Mencuci tangan dengan handrub			
13	Informasikan hasil pengukuran			
14	Mendokumentasikan			
Total Nilai : _____ :				
14				

SPO MENGHITUNG INDEKS MASSA TUBUH

A. KONSEP

1. Pengertian
Ukuran yang digunakan untuk mengetahui status gizi seorang yang di dapat dari perbandingan berat dan tinggi badan.
2. Tujuan
Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengukuran status gizi.

B. PERSIAPAN ALAT

1. Timbangan
2. Pengukur Tinggi Badan
3. Alat Tulis

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). Dan menyebutkan kembali nama pasien3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.	
---	--

<p>5. Mencuci tangan dengan handrub</p> <p>6. Pakai handscoon</p> <p>7. Perawat melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan pasien</p> <p>8. Menghitung IMT dengan rumus :</p> $\text{IMT} = \frac{\text{berat badan (kg)}}{\text{tinggi badan (m)} \times \text{tinggi badan (m)}}$ <p>9. Perawat menilai hasil yang dapat yaitu : - Kurang bila nilai IMT < 18,5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal bila nilai IMT 18,5-24,9 - Lebih bila nilai IMT 25-29,9 - Gemuk bila nilai IMT 30-39,9 - Sangat gemuk bila nilai IMT > 40 <p>10. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan</p> <p>11. Lepaskan handscoon</p> <p>12. Mencuci tangan dengan handrub</p> <p>13. Dokumentasikan</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Memberikan Salam, identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) Dan menyebutkan kembali nama pasien				
2	Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah serta meminta persetujuan pasien				
3	Menyiapkan alat dan bahan				
4	Mencuci tangan dengan menggunakan handruber				
5	Memakai handscoot				
6	Perawat melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan pasien				
7	Menghitung IMT dengan rumus				
8	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
9	Lepaskan handscoot				
10	Mencuci tangan dengan handruber				
11	Informasikan hasil pengukuran				
12	Mendokumentasikan				
Total Nilai : _____ :					
14					

SPO PERAWATAN MULUT

A. KONSEP

1. Pengertian
Mengidentifikasi dan merawat kesehatan mulut serta mencegah terjadinya masalah kesehatan gigi dan mulut
2. Tujuan
 - a. Mencegah timbulnya masalah-masalah pada rongga mulut
 - b. Memberi rasa nyaman pada pasien
 - c. Mengurangi bau mulut
3. Indikasi
Pasien dengan gangguan mobilitas yang tidak mampu melakukan aktivitas hygiene secara mandiri

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan non steril
2. Tissue
3. Handuk kecil
4. Bengkok
5. Sikat gigi dan pasta gigi
6. Gelas untuk kumur
7. Spatel lidah yang dibungkus kassa
8. Klorheksidin oral 0.12 – 0.2% atau NaCl 0.9%)
9. Pelembab bibir

C. PROSEDUR

1. Mengucapkan Salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) dengan menyebutkan kembali nama pasien.
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien
4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Mencuci tangan 7 langkah
6. Memakai sarung tangan non steril
7. Atur pasien dalam posisi yang nyaman
8. Lakukan inspeksi pada seluruh rongga mulut dengan menggunakan spatel lidah
9. Letakkan handuk kecil dibagian dada atau diselipkan dibaju pasien
10. Letakkan bengkok dibawah dagu
11. Rengangkan gigi atas dan bawah dengan spatel lidah dengan lembut dan bersihkan mulut dengan spatel lidah yang telah dibasahi air atau pencuci mulut.
12. Gosok lidah tetapi hindari refleks muntah/Gag
13. Periksa kembali kebersihan gigi, gusi dan lidah pasien
14. Oleskan pelembab pada bibir, jika perlu
15. Rapihkan pasien dan alat alat yang telah digunakan
16. Lepas sarung tangan



17. Cuci tangan dengan 7 langkah 18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien.	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Membantu pasien membersihkan mulut	Intoleransi Aktifitas Defisit perawatan Diri	Reflek muntah/gag	- Hentikan tindakan sementara - Tenangkan pasien - Lakukan kebersihan mulut 2 kali sehari	- Tidak terjadi reflek gag - Pasien tenang - Deficit perawatan diri: kebersihan mulut tercapai - pasien terhindar dari infeksi di area mulut	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan Salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) dengan menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.				
5	Mencuci tangan 7 langkah				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
6	Memakai sarung tangan non steril				
7	Atur pasien dalam posisi yang nyaman				
8	Lakukan inspeksi pada seluruh rongga mulut dengan menggunakan spatel lidah				
9	Letakkan handuk kecil dibagian dada atau diselipkan dibaju pasien				
10	Letakkan bengkok dibawah dagu				
11	Renggangkan gigi atas dan bawah dengan spatel lidah dengan lembut dan bersihkan mulut dengan spatel lidah yang telah dibasahi air atau pencuci mulut.				
12	Gosok lidah tetapi hindari reflek muntah/Gag				
13	Periksa kembali kebersihan gigi, gusi dan lidah pasien				
14	Oleskan pelembab pada bibir, jika perlu				
15	Rapihkan pasien dan alat alat yang telah digunakan				
16	Lepas sarung tangan				
17	Cuci tangan dengan 7 langkah				
18	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien.				
<u>Total Nilai :</u> _____ : 18					

SPO MEMBANTU PASIEN BAB DAN BAK DI TEMPAT TIDUR

A. KONSEP

1. Pengertian

Membantu pasien untuk miksi (BAK) dan defekasi (BAB) diatas tempat tidur dan memenuhi kebutuhan eliminasi serta pemeriksaan laboratorium pada pasien bedrest.

2. Tujuan

- a. Membantu pasien memenuhi kebutuhan eliminasi.
- b. Untuk pemeriksaan laboratorium.
- c. Memberikan rasa nyaman pada pasien.

3. Indikasi

Pasien bedrest.

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sampiran (scherm)
2. Sarung tangan
3. Tissue
4. Botol berisi air cebok
5. Kapas cebok dalam tempatnya
6. Alas/perlak pispot (underpad)
7. Selimut atau kain penutup
8. Tempat sampah infeksi
9. Pispot

C. PROSEDUR

1. Mengucapkan salam	
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua	

- identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.
 4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
 5. Jaga Privasi pasien dengan memasang shcrem/ tirai.
 6. Mencuci tangan 7 langkah
 7. Pakai sarung tangan
 8. Pastikan underpad sudah terpasang
 9. Buka Pakaian pasien bagian bawah, kemudian ditutup dengan selimut atau kain penutup.
 10. Posisikan Pasien menekuk lututnya dan mengangkat bokong jika pasien tidak mampu mengangkat bokong, miringkan pasien terlebih dahulu.
 11. Pasang pispot kemudian telentangkan pasien.
 12. Pastikan posisi pispot tepat di bawah anus dan tanyakan kepada pasien kenyamanan posisi tersebut.
 13. Bersihkan anus dan daerah genitalia dengan air mengalir, miringkan pasien, angkat pispot, bersihkan dengan kapas cebok dari arah depan



<p>ke belakang kemudian keringkan dengan tisue.</p> <p>14. Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.</p> <p>15. Rapihkan alat dan pasien.</p> <p>16. Lepas sarung tangan</p> <p>17. Cuci tangan</p> <p>18. Buka Privasi</p> <p>19. Dokumentasikan</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Membantu BAB dan BAK Di Tempat Tidur	Intoleransi aktivitas	Risiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi mantep pada saat memiringkan pasien. - Pasang pengaman tempat tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - BAK dan BAB tercapai - pasien aman 	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.				
5	Jaga Privasi pasien dengan memasang shcrem/ tirai.				
6	Mencuci tangan 7 langkah				
7	Memakai sarung tangan				
8	Pastikan underpad sudah terpasang				
9	Buka Pakaian pasien bagian bawah, kemudian ditutup dengan selimut atau kain penutup.				
10	Posisikan Pasien menekuk lututnya dan mengangkat bokong jika pasien tidak mampu mengangkat bokong, miringkan pasien terlebih dahulu.				
11	Pasang pispot kemudian telentangkan pasien.				
12	Pastikan posisi pispot tepat di bawah anus dan tanyakan kepada pasien kenyamanan posisi tersebut.				
13	Bersihkan anus dan daerah genitalia dengan air mengalir, miringkan pasien, angkat pispot, bersihkan dengan kapas cebok dari arah depan ke belakang kemudian keringkan dengan tisue.				
14	Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.				
15	Merapikan alat				
16	Melepas sarung tangan				
17	Mencuci tangan				
18	Membuka Privasi				
19	Mendokumentasikan				
Total Nilai : _____ : _____					
19					

SPO MEMBANTU BAK PADA PASIEN LAKI - LAKI

A. KONSEP

1. Pengertian
Membantu pasien laki laki untuk miksi (BAK) diatas tempat tidur.
2. Tujuan
 - a. Membantu pasien laki laki dalam memenuhi kebutuhan eliminasi.
 - b. Untuk pemeriksaan laboratorium.
 - c. Memberikan rasa nyaman pada pasien.
3. Indikasi
Pada pasien bedrest.

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sampiran (scherm)
2. Sarung tangan
3. Tissue
4. Alas/perlak pispot (underpad)
5. Selimut atau kain penutup
6. Urinal

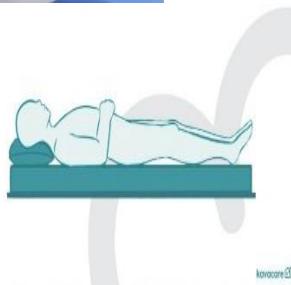
C. PROSEDUR

1. Mengucapkan salam 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.	
--	--

3. Siapkan alat yang diperlukan.
4. Jaga Privasi pasien dengan memasang shcrem/ tirai.
5. Untuk keperluan pemeriksaan laboratorium, maka terlebih dahulu dijelaskan tujuan pemeriksaan.
6. Mencuci tangan
7. Pakai sarung tangan
8. Pastikan underpad sudah terpasang
9. Buka Pakaian pasien bagian bawah, kemudian ditutup dengan selimut atau kain penutup.
10. Posisikan pasien supin/terlentang.
11. Pasang urinal kemudian intruksikan pasien untuk BAK, setelah selesai bersihkan dengan menggunakan tissue.
12. Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.
13. Rapihkan alat dan pasien.
14. Lepas sarung tangan
15. Cuci tangan
16. Buka Privasi
17. Dokumentasikan



**Posisi
Berbaring
Supine**



kipasone

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Membantu BAK Di Tempat Tidur	Intoleransi aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh - basah 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasang pengaman tempat tidur - Tempatkan posisi urinal dengan tepat 	<ul style="list-style-type: none"> - BAK pasien tercapai -pasien aman -pasien tidak basah 	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.				
5	Jaga Privasi pasien dengan memasang shcrem/ tirai.				
6	Mencuci tangan 7 langkah				
7	Memakai sarung tangan				
8	Pastikan underpad sudah terpasang				
9	Buka Pakaian pasien bagian bawah, kemudian ditutup dengan selimut atau kain penutup.				
10	Posisikan pasien supin				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
11	Pasang urinal kemudian intruksikan pasien untuk BAK, setelah selesai bersihkan dengan menggunakan tissue.				
12	Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.				
13	Merapihkan alat				
14	Melepas sarung tangan				
15	Mencuci tangan				
16	Membuka Privasi				
17	Mendokumentasikan				
<u>Total Nilai :</u>		17	:		

SPO KOMPRES AIR HANGAT

A. KONSEP

1. Pengertian

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

2. Tujuan

- a. Untuk memberikan rasa nyaman dan relaksasi
- b. Untuk melancarkan sirkulasi darah
- c. Untuk menghangatkan bagian tubuh tertentu

3. Indikasi

Pada pasien hipertermi dan pasien nyeri.

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan
2. Alat kompres hangat
3. Kain penutup kompres

C. PELAKSANAAN TINDAKAN

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan. |  |
|---|--|



<p>5. Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapatkan (kemasan gel, kain atau handuk)</p> <p>6. Periksa suhu alat kompres</p> <p>7. Mencuci tangan 7 langkah</p> <p>8. Pakai sarung tangan</p> <p>9. Pilih lokasi kompres</p> <p>10. Balut alat kompres hangat dengan kain, <i>jika perlu</i></p> <p>11. Lakukan kompres hangat pada daerah yang sudah dipilih</p> <p>12. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi</p> <p>13. Rapihkan alat dan pasien.</p> <p>14. Lepas sarung tangan</p> <p>15. Cuci tangan</p> <p>16. Dokumentasikan</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.				
4	menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan.				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
5	Memilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapatkan (kemasan gel, kain atau handuk)				
6	Memeriksa suhu alat kompres				
7	Mencuci tangan 7 langkah				
8	Memakai sarung tangan				
9	Pilih lokasi kompres				
10	Balut alat kompres hangat dengan kain, <i>jika perlu</i>				
11	Lakukan kompres hangat pada daerah yang sudah dipilih				
12	Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi				
13	Merapihkan alat dan pasien				
14	Melepas sarung tangan				
15	Mencuci tangan				
16	Mendokumentasikan				
<p><u>Total Nilai :</u> _____ : _____</p> <p>16</p>					

SPO KOMPRES AIR DINGIN

A. KONSEP

1. Pengertian

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

2. Tujuan

- Untuk mengurangi edema
- Untuk mengurangi nyeri
- Untuk menurunkan temperature
- Untuk mencegah / menghentikan perdarahan

3. Indikasi

Pada pasien nyeri.

B. PERSIAPAN ALAT

- Kirbat es
- Sarung kirbat es
- Kom berisi potongan es
- Sarung tangan

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">Mengucapkan salamIdentifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.Siapkan alat yang diperlukan.	
---	--

<p>5. Cuci tangan</p> <p>6. Pakai sarung tangan</p> <p>7. Periksa kirbat es dari kebocoran. Pastikan tuutp kirbat dalam kondisi baik</p> <p>8. Isi kirbat es dengan $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ bagian dengan potongan es</p> <p>9. Meletakkan kirbat es pada lokasi yang nyeri, jika nyeri.</p> <p>10. Letakkan kirbat es pada lokasi dengan pembuluh darah besar (axila, lipat paha, leher)</p> <p>11. Perhatikan permukaan kulit pasien apakah ada iritasi / kemerahan.</p> <p>12. Bila pasien tampak sianosis / kedinginan, kantung es harus segera diangkat.</p> <p>13. Rapihkan alat dan pasien.</p> <p>14. Lepas sarung tangan</p> <p>15. Cuci tangan</p> <p>16. Dokumentasikan</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Memberikan kompres air dingin	Nyeri	Sianosis	Hentikan tindakan	Pasien tidak sianosis	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap,				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
	tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.				
5	Mencuci tangan 7 langkah				
6	Memakai sarung tangan				
7	Periksa kirbat es dari kebocoran. Pastikan tuutp kirbat dalam kondisi baik				
8	Isi kirbat es dengan $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ bagian dengan potongan es				
9	Meletakkan kirbat es pada lokasi yang nyeri, jika nyeri.				
10	Letakkan kirbat es pada lokasi dengan pembuluh darah besar (axila, lipat paha, leher)				
11	Perhatikan permukaan kulit pasien apakah ada iritasi / kemerahan.				
12	Bila pasien tampak sianosis / kedinginan, kantung es harus segera diangkat.				
13	Merapikan alat dan pasien				
14	Melepas sarung tangan				
15	Mencuci tangan				
16	Mendokumentasikan				
Total Nilai : _____ : _____					
16					

SPO TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM

A. KONSEP

1. Pengertian

Menggunakan teknik nafas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidak nyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan

2. Tujuan

- a. Memberikan rasa nyaman
- b. Mengurangi nyeri
- c. Mengurangi ketegangan otot
- d. Mengurangi kecemasan

3. Indikasi

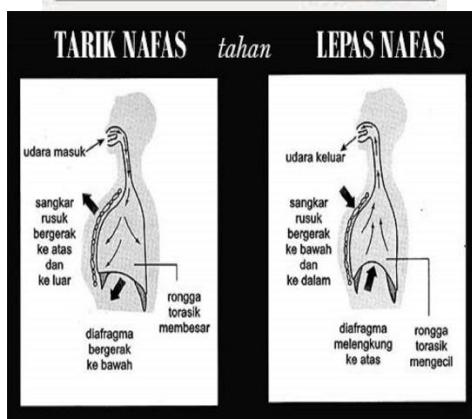
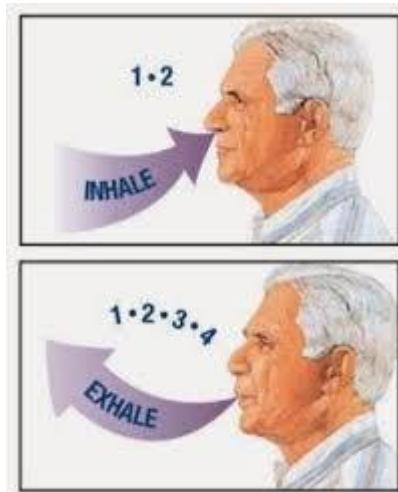
Pada pasien yang nyeri, cemas dan terjadi ketegangan otot

B. PERSIAPAN ALAT

- 1. Sarung tangan
- 2. Bantal

C. PROSEDUR

1. Mengucapkan salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.
4. Siapkan alat yang diperlukan.
5. Cuci tangan
6. Pakai sarung tangan
7. Tempatkan pasien ditempat yang tenang dan nyaman
8. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman
9. Berikan posisi yang nyaman, misalkan duduk bersandar atau tidur
10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
11. Latih melakukan teknik nafas dalam
 - a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh
 - b. Anjurkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
 - c. Anjurkan melakukan ekspirasi dengan



<p>menghembuskan udara dengan cara mulut mencuci secara perlahan</p> <p>d. Demonstrasikan selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik, kemudian menghembuskan nafas dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik</p> <p>12. Monitor respon pasien selama dilakukan prosedure</p> <p>13. Rapihkan alat dan pasien.</p> <p>14. Lepas sarung tangan</p> <p>15. Cuci tangan</p> <p>16. Dokumentasikan</p>	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien secara lisan.				

4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.				
5	Cuci tangan				
6	Pakai sarung tangan				
7	Tempatkan pasien ditempat yang tenang dan nyaman				
8	Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman				
9	Berikan posisi yang nyaman, misalkan duduk bersandar atau tidur				
10	Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi				
11	Latih melakukan teknik nafas dalam <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh b. Anjurkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan c. Anjurkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencuci secara perlahan d. Demonstrasikan selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik, kemudian menghembuskan nafas dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik 				
12	Monitor respon pasien selama dilakukan prosedure				
13	Rapihkan alat dan pasien.				
14	Melepas sarung tangan				
15	Mencuci tangan				
16	Mendokumentasikan				
Total Nilai : _____ : _____					
16					

SPO PERAWATAN JENAZAH

A. KONSEP

1. Pengertian

Memberikan perawatan pada pasien yang dinyatakan telah meninggal

2. Tujuan

- Membersihkan dan merapihkan jenazah
- Memberikan penghormatan kepada jenazah

3. Indikasi

Pada pasien meninggal

B. PERSIAPAN ALAT

- Sarung tangan
- Apron
- Kain penutup jenazah
- Perban
- Kasa lembab
- Kapas lembab
- Washlap
- Bengkok

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">Mengucapkan salamJelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada keluargaSiapkan alat yang diperlukan.Cuci tangan	
--	--

5. Pakai sarung tangan dan apron
6. Posisikan jenazah terlentang
7. Berikan kesempatan kepada keluarga yang ingin terlibat kedalam perawatan jenazah
8. Lepaskan alat alat medis yang terpasang
9. Lepaskan perhiasan atau barang barang pribadi jenazah
10. Serahkan perhiasan atau barang pribadi kepada keluarga
11. Bersihkan tubuh jenazah
12. Rapatkan kelopak mata jenazah dan tutup dengan kasa lembab
13. Rapatkan mulut jenazah dengan mengikat dagu dengan perban melingkari kepala
14. Posisikan tangan jenazah sesuai dengan agama/ kepercayaan
15. Rapatkan kedua kaki jenazah dengan perban melingkari pergelangan kaki dna kedua ibu jari kaki
16. Tutupi jenazah dengan kain penutup
17. Rapihkan alat
18. Lepas sarung tangan
19. Cuci tangan
20. Dokumentasikan



D. FORMAT PENILAIAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada keluarga				
3	Siapkan alat yang diperlukan.				
4	Pakai sarung tangan dan apron				
5	Cuci tangan				
6	Posisikan jenazah terlentang				
7	Berikan kesempatan kepada keluarga yang ingin terlibat kedalam perawatan jenazah				
8	Lepaskan alat alat medis yang terpasang				
9	Lepaskan perhiasan arau barang barang pribadi jenazah				
10	Serahkan perhiasan atau barang pribadi kepada keluarga				
11	Bersihkan tubuh jenazah				
12	Rapatkan kelopak mata jenazah dan tutup dengan kasa lembab				
13	Rapatkan mulut jenazah dengan mengikat dagu dengan perban melingkari kepala				
14	Posisikan tangan jenazah sesuai dengan agama/ kepercayaan				
15	Rapatkan kedua kaki jenazah dengan perban melingkari pergelangan kaki dna kedua ibu jari kaki				
16	Rapatkan mulut jenazah dengan mengikat dagu dengan perban melingkari kepala				
17	Merapihkan alat				
18	Lepas sarung tangan				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
19	Cuci tangan				
20	Dokumentasikan				
<u>Total Nilai :</u> _____		: _____			
20					

SPO PENGATURAN POSISI FOWLER

A. KONSEP

1. Pengertian

Memberikan posisi duduk kepada pasien

2. Tujuan

- a. Memberikan rasa nyaman
- b. Meningkatkan status srespirasi pasien
- c. Mengurangi sesak

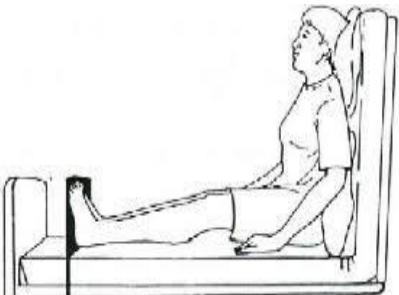
3. Indikasi

Pada pasien sesak nafas

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan
2. Bantal

C. PROSEDUR

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien4. Siapkan alat yang digunakan5. Cuci tangan6. Pakai sarung tangan |  |
|--|--|

<p>7. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>8. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan</p> <p>9. Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 60 derajat – 90 derajat</p> <p>10. Letakkan bantal dibawah kepala dan leher pasien</p> <p>11. Pastikan posisi pasien dalam posisi nyaman</p> <p>12. Rapihkan alat dan pasien.</p> <p>13. Lepas sarung tangan</p> <p>14. Cuci tangan</p> <p>15. Dokumentasikan</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien				
4	Siapkan alat yang digunakan				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
5	Cuci tangan				
6	Pakai sarung tangan				
7	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan				
8	Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan				
9	Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 60 derajat – 90 derajat				
10	Letakkan bantal dibawah kepala dan leher pasien				
11	Pastikan posisi pasien dalam posisi nyaman				
12	Rapihkan alat dan pasien.				
13	Lepas sarung tangan				
14	Cuci tangan				
15	Dokumentasikan				
<u>Total Nilai :</u> _____ : _____ 15					

SPO PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER

A. KONSEP

1. Pengertian

Memberikan posisi duduk kepada pasien

2. Tujuan

- Memberikan rasa nyaman
- Meningkatkan status srespirasi pasien
- Mengurangi sesak

3. Indikasi

Pada pasien sesak nafas

B. PERSIAPAN ALAT

- Sarung tangan
- Bantal

C. PROSEDUR

- Mengucapkan salam
- Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.
- Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien



<p>4. Siapkan alat yang digunakan</p> <p>5. Cuci tangan</p> <p>6. Pakai sarung tangan</p> <p>7. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>8. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan</p> <p>9. Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30 derajat – 45 derajat</p> <p>10. Letakkan bantal dibawah kepala dan leher pasien</p> <p>11. Pastikan posisi pasien dalam posisi nyaman</p> <p>12. Rapihkan alat dan pasien.</p> <p>13. Lepas sarung tangan</p> <p>14. Cuci tangan</p> <p>15. Dokumentasikan</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien				
4	Siapkan alat yang digunakan				
5	Cuci tangan				
6	Pakai sarung tangan				
7	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan				
8	Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan				
9	Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30 derajat – 45 derajat				
10	Letakkan bantal dibawah kepala dan leher pasien				
11	Pastikan posisi pasien dalam posisi nyaman				
12	Rapihkan alat dan pasien.				
13	Lepas sarung tangan				
14	Cuci tangan				
15	Dokumentasikan				
<u>Total Nilai :</u> _____ : _____ 15					

SPO PENGATURAN SUPIN

A. KONSEP

1. Pengertian
Memberikan posisi telentang kepada pasien
2. Tujuan
 - a. Memberikan rasa nyaman
 - b. Untuk procedure pemasangan kateter pada laki -laki dan membantu BAK pada pasien laki - laki
3. Indikasi
Pada pasien yang akan dilakukan pemasangan kateter pada laki laki

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan
2. Bantal

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien4. Siapkan alat yang digunakan	<p>Posisi Berbaring Supine</p> 
--	---

5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan 7. Posisikan pasien tidur terlentang 8. Letakkan bantal bahu dan kepala pasien 9. Rapihkan alat dan pasien. 10. Lepas sarung tangan 11. Cuci tangan 12. Dokumentasikan	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien				
4	Siapkan alat yang digunakan				
5	Cuci tangan				
6	Pakai sarung tangan				
7	Posisikan pasien tidur terlentang				
8	Letakkan bantal bahu dan kepala pasien				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
9	Rapihkan alat dan pasien.				
10	Lepas sarung tangan				
11	Cuci tangan				
12	Dokumentasikan				
<u>Total Nilai</u> :		: _____			
12					

SPO PENGATURAN POSISI TENDELENBURG

A. KONSEP

1. Pengertian

Memberikan posisi telentang kepada pasien dengan posisi kepala lebih rendah dari pasien

2. Tujuan

Meningkatkan aliran darah ke otak

3. Indikasi

Pada pasien syok

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan

2. Selimut dan Bantal

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.3. Siapkan alat yang digunakan, jika perlu4. Cuci tangan5. Pakai sarung tangan	<p>Posisi Trendelenburg</p> 
--	--

<p>6. Atur posisi berbaring 7. Turunkan posisi tempat tidur pada bagian kepala 8. Atur hingga posisi kepala lebih rendah dari kaki 9. Lepas sarung tangan 10. Cuci tangan 11. Dokumentasikan</p>	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Siapkan alat yang digunakan, jika perlu				
4	Cuci tangan				
5	Pakai sarung tangan				
6	Atur posisi berbaring				
7	Turunkan posisi tempat tidur pada bagian kepala				
8	Atur hingga posisi kepala lebih rendah dari kaki				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
9	Lepas sarung tangan				
10	Cuci tangan				
11	Dokumentasikan				

Total Nilai : _____ : _____
11

SPO PENGATURAN POSISI LITOTOMI

A. KONSEP

1. Pengertian

Memberikan posisi telentang dengan kedua kaki diangkat dan lutut du tekuk ke dada.

2. Tujuan

- a. Membantu proses persalinan secara normal
- b. Untuk pemeriksaan obgyn

3. Indikasi

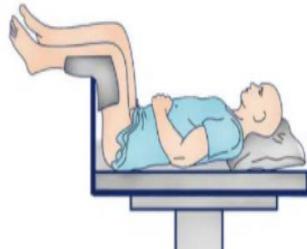
Pada pasien yang akan menjalani persalinan normal

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan
2. Selimut dan Bantal
3. Tempat tidur khusus

C. PELAKSANAAN TINDAKAN

1. Mengucapkan salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.
3. Siapkan alat yang digunakan, jika perlu
4. Cuci tangan
5. Pakai sarung tangan
6. Atur posisi pasien terlentang, kemudian angkat kedua kaki dan tempat pada sisi tempat tidur khusus
7. Lepas sarung tangan
8. Cuci tangan
9. Dokumentasikan



D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir,				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
	dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Siapkan alat yang digunakan, jika perlu				
4	Cuci tangan				
5	Pakai sarung tangan				
6	Atur posisi pasien terlentang, kemudian angkat kedua kaki dan tempat pada sisi tempat tidur khusus				
7	Lepas sarung tangan				
8	Cuci tangan				
9	Dokumentasikan				
Total Nilai :		_____	:	_____	
9					

SPO PENGATURAN POSISI DORSAL REKUMBEN

A. KONSEP

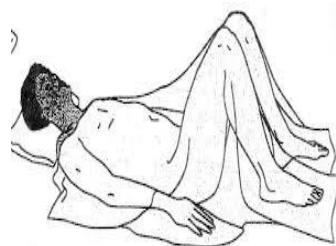
1. Pengertian
Memberikan posisi telentang dengan kedua lutut fleksi ke atas
2. Tujuan
Untuk perawatan dan pemeriksaan genetalia perempuan
3. Indikasi
Pada pasien yang akan dilakukan tindakan pemasangan kateter pada perempuan, perawatan vulva hygine

B. PERSIAPAN ALAT

1. Sarung tangan
2. Selimut dan Bantal

C. PELAKSANAAN TINDAKAN

1. Mengucapkan salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.
3. Siapkan alat yang digunakan, jika perlu
4. Cuci tangan
5. Pakai sarung tangan
6. Atur posisi pasien terlentang, kemudian fleksikan kedua lulut
7. Lepas sarung tangan
8. Cuci tangan
9. Dokumentasikan



D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
	medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Siapkan alat yang digunakan, jika perlu				
4	Cuci tangan				
5	Pakai sarung tangan				
6	Atur posisi pasien terlentang, kemudian fleksikan kedua lutut				
7	Lepas sarung tangan				
8	Cuci tangan				
9	Dokumentasikan				
Total Nilai :		_____	:	_____	
9					

SPO MEMANDIKAN PASIEN DITEMPAT TIDUR

A. KONSEP

1. Pengertian

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan membersihkan tubuh.

2. Tujuan

- a. Mendidik pasien dalam kebersihan diri
- b. Membersihkan kulit
- c. Memberi rasa nyaman

B. PERSIAPAN ALAT

1. Pakaian bersih 1 (satu) stel
2. Waskom mandi 2 (dua) buah berisi air hangat (43-46oc)
3. Washlap 2 (dua) buah atau secukupnya
4. Handuk mandi 2 buah
5. Sabun mandi
6. Tempat pakaian kotor
7. Sampiran (scherm)
8. Handscoon
9. Linen tambahan, jika perlu
10. Lotion, jika perlu
11. Bedak, jika perlu

C. PROSEDUR

1. Salam 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). Dan mengulang kembali nama pasien	
---	--

3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.
4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Mencuci tangan
6. Menggunakan handscoon
7. Beritahu pasien, bahwa pakaian bagian atas dibuka, dan perhatikan adanya luka, selang infus atau alat-alat kesehatan lainnya lalu bagian yang terbuka ditutup dengan selimut.
8. Mencuci Muka: handuk dibentangkan di bawah kepala. Tanyakan apakah pasien ingin pakai sabun atau tidak, bersihkan leher dan telinga dengan waslap lembab, kemudian dikeringkan dengan handuk.
9. Mencuci Lengan: letakkan handuk memanjang dibawah lengan. Bersihkan lengan terjauh terlebih dahulu, bersihkan tangan sampai ketiak dengan usapan memanjang dan tegas dari yang bersih ke kotor, lalu keringkan.
10. Membersihkan Dada dan Perut: selimut mandi/kain penutup diturunkan sampai perut bagian bawah, kedua tangan di ataskan, handuk diangkat dan dibentangkan pada sis pasien. Ketiak dan dada, perut dibasahi, disabun dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk, kemudian daerah-daerah lipatan diberi talk tipis dan merata yaitu



<p>pada: ketiak, leher, mamae pada wanita. Lalu ditutup dengan selimut.</p>	
<p>11. Mencuci kaki: Kaki yang terjauh dikeluarkan dari selimut, handuk dibentangkan dibawah kaki, lutut ditekuk, kaki dibasahi, disabun, dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk, kemudian kaki yang satu lagi.</p>	
<p>12. Membersihkan punggung: tutup badan pasien dengan selimut. Pasien dimiringkan, handuk dibentangkan di bawah punggung sampai bokong. Bersihkan punggung dengan usapan memanjang dan tegas dari area leher hingga ke bokong, lalu dikeringkan. diberi talk yang tipis, pasien dilentangkan kembali pakaian atas dipasangkan/dipakaikan dengan rapih.</p>	
<p>13. Membersihkan lipat paha dan genetalia : Tawarkan dibagian genetalia apakah akan membersihkan secara mandiri atau difasilitasi perawat. Handuk dibentangkan di bawah bokong, lipatan paha dan genetalia dibasahi, disabun, dibilas dengan air bersih (air diganti) dan dikeringkan, lipatan paha diberi talk.</p>	
<p>14. Pakaian bawah dipakaikan, selimut pasien dipasangkan kembali.</p>	
<p>15. Bantal diatur, tempat tidur dan pasien dirapihkan kembali.</p>	

16. Beritahu pasien bahwa tindakan selesai dilakukan
17. Rapikan pakaian dan alat-alat tenun kotor.
18. Lepaskan handscoon
19. Mencuci tangan
20. Dokumentasi



D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Memandikan pasien	Intoleransi aktivitas	- Risiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi mantap - Pasang pengaman tempat tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal hygiene tercapai - Pasien aman dan nyaman 	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Memberikan Salam, identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) Dan menyebutkan kembali nama pasien				
2	Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah serta meminta persetujuan pasien				
3	Menyiapkan alat dan bahan				
4	Mencuci tangan				
5	Memakai handscoon				
6	Beritahu pasien, bahwa pakaian bagian atas dibuka, dan perhatikan adanya luka, selang infus atau alat-alat kesehatan lainnya lalu bagian yang terbuka ditutup dengan selimut				
7	Mencuci Muka: handuk dibentangkan di bawah kepala. Tanyakan apakah pasien ingin pakai sabun atau tidak, bersihkan leher dan telinga dengan waslap lembab, kemudian dikeringkan dengan handuk.				
8	Mencuci Lengan: letakkan handuk memanjang dibawah lengan. Bersihkan lengan terjauh terlebih dahulu, bersihkan tangan sampai ketiak dengan usapan memanjang dan tegas dari yang bersih ke kotor, lalu keringkan.				
9	Membersihkan Dada dan Perut: selimut mandi/kain penutup diturunkan sampai perut bagian bawah, kedua tangan di letaskan, handuk diangkat dan dibentangkan pada sis pasien. Ketiak				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
	dan dada, perut dibasahi, disabun, dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk, kemudian daerah-daerah lipatan diberi talk tipis dan merata yaitu pada: ketiak, leher, mamae pada wanita. Lalu ditutup dengan selimut.				
10	Mencuci kaki: Kaki yang terjauh dikeluarkan dari selimut, handuk dibentangkan dibawa kaki, lutut ditekuk, kaki dibasahi, disabun, dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk, kemudian kaki yang satu lagi.				
12	Membersihkan punggung: tutup badan pasien dengan selimut. Pasien dimiringkan, handuk dibentangkan di bawah punggung sampai bokong. Bersihkan punggung dengan usapan memanjang dan tegas dari area leher hingga ke bokong, lalu dikeringkan. diberi talk yang tipis, pasien dilentangkan kembali pakaian atas dipasangkan/dipakaikan dengan rapih.				
13	Membersihkan lipat paha dan genetalia: Tawarkan dibagian genetalia apakah akan membersihkan secara mandiri atau difasilitasi perawat. Handuk dibentangkan di bawah bokong, lipatan paha dan genetalia dibasahi, disabun, dibilas dengan air bersih (air diganti) dan dikeringkan, lipatan paha diberi talk.				
14	Pakaian bawah dipakaikan, selimut pasien dipasangkan kembali.				
15	Bantal diatur, tempat tidur dan pasien dirapihkan kembali.				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
16	Beritahu pasien bahwa tindakan selesai dilakukan				
17	Rapikan pakaian dan alat-alat tenun kotor.				
18	Lepaskan handscoon				
19	Mencuci tangan				
20	Mendokumentasikan				
Total Nilai : _____ :					
20					

SPO MENGGANTI PAKAIAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR

A. KONSEP

1. Pengertian

Mengganti pakaian pasien di tempat tidur merupakan tindakan mengganti pakaian kotor pasien dengan pakaian yang bersih.

2. Tujuan

- a. Menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien
- b. Untuk meningkatkan gambaran diri dan harga diri pasien dengan menciptakan suasana yang bersih, rapi dan nyaman

B. PERSIAPAN ALAT

1. Satu pasang pakaian bersih
2. Handscoon

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) dan menyebutkan kembali nama pasien3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.	
--	--

<p>5. Mencuci tangan</p> <p>6. Pakai handscoon.</p> <p>7. Membuka pakaian pasien yang kotor dengan melepas salah satu lengan baju</p> <p>8. Memiringkan pasien ke arah lengan yang belum terlepas</p> <p>9. Menggulung baju yang kotor hingga bawah punggung klien</p> <p>10. Memasukkan salah satu lengan baju ke tangan pasien dan gulung sisi yang lain hingga punggung pasien</p> <p>11. Miringkan pasien kearah sebaliknya (arah lengan yang telah terpasang pakaian bersih)</p> <p>12. Lepaskan dan angkat pakaian kotor, lalu letakkan di tempat linen kotor</p> <p>13. Masukkan sisi lengan pakaian yang bersih</p> <p>14. Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman</p> <p>15. Merapikan pakaian pasien</p> <p>16. Lepaskan handscoon</p> <p>17. Mencuci tangan</p> <p>18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien</p>	
--	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Mengganti pakaian pasien di tempat tidur	Intoleransi aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh - 	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi mantap - Pasang pengaman tempat tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien aman dan nyaman 	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Memberikan Salam, identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) Dan menyebutkan kembali nama pasien				
2	Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah serta meminta persetujuan pasien				
3	Menyiapkan alat dan bahan				
4	Mencuci tangan				
5	Memakai handscoon				
6	Membuka pakaian pasien yang kotor dengan melepas salah satu lengan baju				
7	Memiringkan pasien ke arah lengan yang belum terlepas				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
8	Menggulung baju yang kotor hingga bawah punggung klien				
9	Memasukkan salah satu lengan baju ke tangan pasien dan gulung sisi yang lain hingga punggung pasien				
10	Miringkan pasien kearah sebaliknya (arah lengan yang telah terpasang pakaian bersih)				
12	Lepaskan dan angkat pakaian kotor, lalu letakkan di tempat linen kotor.				
13	Masukkan sisi lengan pakaian yang bersih				
15	pasien dirapihkan kembali.				
16	Lepaskan handscoon				
17	Mencuci tangan 7 langkah				
18	Mendokumentasikan				
<u>Total Nilai :</u> _____ :					
18					

SPO PEMANTAUAN TANDA-TANDA VITAL

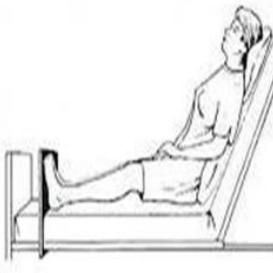
A. KONSEP

1. Pengertian
Mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiosvaskuler, pernapasan dan suhu tubuh
2. Tujuan
 - a. Mengetahui status kesehatan klien secara umum
 - b. Sebagai data dasar untuk menentukan tindakan medik dan tindakan keperawatan selanjutnya
 - c. Memonitor pernapasan setelah pemberian therapy yang berpengaruh pada pernapasan
 - d. Memonitor klien dengan resiko gangguan / perubahan pernapasan (klien dengan demam, infeksi saluran pernapasan, COPD, edema paru, dll)

B. PERSIAPAN ALAT

1. Handscoon,
2. Spigmomanometer dan manset
3. Stetoskop
4. Oksimetri nadi
5. Termometer
6. Jam atau pengukur waktu
7. Pulpen dan lembar pemantauan tanda-tanda vital

C. PROSEDUR

Mengukur Tekanan Darah	
<ol style="list-style-type: none">1. Beri pasien posisi duduk, berbaring atau senyaman pasien. Posisi lengan sejajar dengan jantung dan disangga.2. Buka pakaian lengan atas dan posisi telapak tangan menghadap keatas.3. Palpasi arteri brachialis. Pasang manset 2,5 cm diatas arteri brachialis (antecubiti). Letakkan pipa manset pada area diatas arteri brachialis.4. Jika menggunakan manometer airraksa, posisi manometer harus vertikal dan sejajar dengan garis mata.5. Pasang earpieces stetoskop di telinga dan pastikan suaranya jelas.6. Tentukan arteri brachialis dan letakkan bell atau diafragma stetoskop pada arteri brachialis.7. Kunci katup balon manset8. Palpasi arteri radialis dengan tangan yang non dominan, sementara tangan lain memompa manset sampai arteri brachialis tidak teraba. Kemudian tambahkan 20 – 30 mmHg. Pindahkan tangan dominan ke bell/ diafragma stetoskop.9. Perlahan-lahan buka kunci katup manset dengan kecepatan 2 – 3 mmHg per	

- detik.
10. Tentukan bunyi korotkoff pertama.
 11. Lanjurkan pengeluaran udara dalam manset, kemudain perhatikan sampai suara berkurang (korotkoff 4) dan kemudian menghilang (korotkoff 5).
 12. Kempiskan manset secara cepat dan sempurna kemudian buka manset, kecuali pengukuran akan diulang kembali. Tunggu 30 detik.
 13. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital
 14. Bantu pasien kembali pada posisi yang nyaman dan rapihkan pakaian pasien dan bereskan alat.
 15. Informasikan hasil pemantauan
 16. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
 17. Lepas handscoot
 18. Mencuci tangan 7 langkah
 19. Dokumentasikan hasil pemantauan



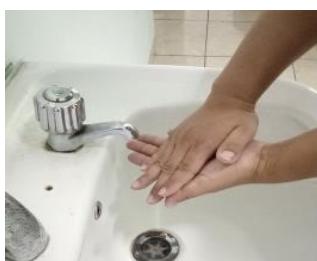
Periksa frekuensi, kekuatan dan irama nadi

1. Beri pasien posisi duduk, berbaring atau senyaman pasien
2. Palpasi arteri dengan 3 jari utama (jari telunjuk, jari tengah dan jari manis)
3. Hitung nadi selama satu menit, kaji frekuensi, kekuatan, irama, volume dan elastisitas arteri.



- | | |
|--|--|
| <p>4. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p>5. Rapikan pasien dan alat yang digunakan</p> <p>6. Infomasikan hasil pemantauan</p> <p>7. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>8. Lepaskan handscoot</p> <p>9. Mencuci tangan 6 langkah</p> <p>10. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> | |
|--|--|

Periksa frekuensi dan kedalaman napas

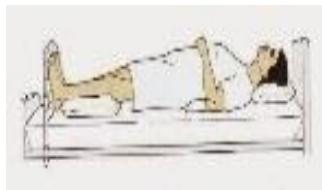
- | | |
|--|--|
| <p>1. Beri pasien pada posisi duduk, berbaring atau senyaman pasien, pastikan pergerakan dada dapat terlihat</p> <p>2. Letakkan lengan pasien pada posisi yang rileks menyilang di abdomen atau di dada, dan letakkan tangan perawat dipergelangan tangan pasien.</p> <p>3. Amati irama, kedalaman, bunyi nafas, dan hitung siklus pernafasan secara utuh (satu kali inspirasi dan satu kali ekspirasi selama satu menit penuh)</p> <p>4. Observasi warna kulit dan tingkat kesadaran pasien</p> <p>5. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> | 
 |
|--|--|

- | | |
|---|---|
| <p>6. Rapikan pasien dan alat yang telah digunakan</p> <p>7. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>8. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>9. Lepaskan handscoon</p> <p>10. Mencuci tangan 6 langkah</p> |  |
|---|---|

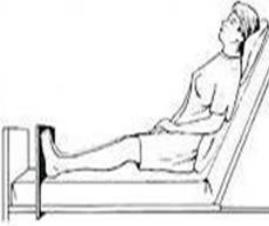
Periksa suhu tubuh

1. Mengukur Suhu Tubuh Pada Axila

- 1) Beri posisi pasien duduk, berbaring dan atau senyaman pasien.
- 2) Jika thermometer disimpan dalam larutan desinfektan, cuci dengan air dingin sebelum digunakan, lalu keringkan.
- 3) Turunkan air raksa thermometer dibawah 35°C dengan cara diayunkan.
- 4) Pastikan area aksila kering, bila perlu keringkan



<p>area aksila dengan tisu.</p> <p>5) Letakkan thermometer dibagian tengah aksila dan silangkan lengan pasien di dada.</p> <p>6) Diamkan thermometer sekitar 5-10 menit.</p> <p>7) Angkat thermometer dan bersihkan dengan tisu dengan gerakan rotasi mulai dari arah pangkal ke ujung.</p> <p>8) Baca thermometer sejajar dengan mata.</p> <p>9) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital.</p> <p>10) Rapikan pasien dan alat-alat yang telah digunakan.</p> <p>11) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p> <p>12) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien.</p>	 
---	---

<p>13) Cuci dan bilas thermometer di air mengalir dan gunakan sabun atau bersihkan menggunakan alkohol swab.</p> <p>14) Mencuci tangan</p>	
<p>2. Mengukur Suhu Tubuh Per Oral</p> <p>1) Beri posisi pasien duduk, berbaring dan atau senyaman pasien.</p> <p>2) Jika thermometer disimpan dalam larutan desinfektan, cuci dengan air dingin sebelum digunakan, lalu keringkan.</p> <p>3) Turunkan air raksa thermometer dibawah 30°C dengan cara diayunkan.</p> <p>4) Anjurkan klien untuk membuka mulut dan letakan thermometer di bawah lidah dan sepanjang sisi gusi.</p> <p>5) Anjurkan klien mengatupkan bibir dan jangan sampai</p>	

<p>thermometer tergigit.</p> <p>6) Diamkan thermometer selama 3-5 menit.</p> <p>7) Angkat thermometer dan bersihkan dengan tisu dengan gerakan rotasi mulai dari arah pangkal ke ujung.</p> <p>8) Baca thermometer sejajar dengan mata</p> <p>9) Identifikasi. penyebab perubahan tanda vital.</p> <p>10) Rapikan pasien dan alat-alat yang telah digunakan.</p> <p>11) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p> <p>12) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien.</p> <p>13) Cuci dan bilas thermometer di air mengalir dan gunakan sabun atau bersihkan menggunakan alkohol swab.</p> <p>14) Mencuci tangan</p>	
--	---

- 3. Mengukur Suhu Tubuh Per Rektal**
- 1) Beri pasien posisi berbaring sambil menyampingkan badan ke kiri/kanan atau senyaman pasien.
 - 2) Jika thermometer disimpan dalam larutan desinfektan, cuci dengan air dingin sebelum digunakan, lalu keringkan.
 - 3) Turunkan air raksa thermometer dibawah 35°C dengan cara diayunkan.
 - 4) Tutup tirai tempat tidur, buka pakaian bawah pasien dan tutupi dengan handuk atau selimut.
 - 5) Beri posisi sims dengan kaki bagian atas fleksi atau lateral.
 - 6) Beri pelumas pada thermometer dengan menggunakan tissue, 2,5 cm pada dewasa dan 1,2 cm pada anak-anak.
 - 7) Buka bokong pasien menggunakan tangan yang tidak



<p>dominan, anjurkan klien nafas dalam.</p> <p>8) Masukkan thermometer ke dalam anus secara hati-hati.</p> <p>9) Tahan thermometer selama 2–3 menit.</p> <p>10) Jika dirasa ada tahanan saat memasukkan thermometer jangan dipaksakan.</p> <p>11) Angkat thermometer, usap satu kali dengan tissue dari arah pangkal ke arah bulb dengan gerakan memutar.</p> <p>12) Baca thermometer sejajar dengan mata.</p> <p>13) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital.</p> <p>14) Rapikan pasien dan alat yang telah digunakan.</p> <p>15) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p> <p>16) Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.</p> <p>17) Bersihkan anus dari pelumas dan kotoran dengan tissue.</p>	
---	--

18) Bersihkan thermometer, gunakan Alkohol Swab dan letakkan kembali. 19) Lepaskan handscoon 20) Mencuci tangan	
4. Mengukur Suhu Tubuh Pada Membran Tympani 1) Beri pasien posisi duduk, berbaring atau senyaman pasien. Lalu miringkan dan pertahankan kepala pada satu sisi. 2) Tarik pinna (daun telinga) pada orang dewasa keatas belakang. 3) Masukkan thermometer ke liang telinga mengarah ke membran thermometer. 4) Tekan dan tahan tombol power ON selama 3 detik hingga muncul suhu. 5) Keluarkan thermometer dari liang telinga. 6) Lepaskan cover pelindung thermometer. 7) Identifikasi penyebab	

<p>perubahan tanda vital</p> <p>8) Rapikan pasien dan alat yang telah digunakan.</p> <p>9) Informasikan hasil pemantauan</p> <p>10) Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.</p> <p>11) Bersihkan anus dari pelumas dan kotoran dengan tissue.</p> <p>12) Bersihkan thermometer, gunakan Alkohol Swab dan letakkan kembali.</p> <p>13) Lepaskan handscoon.</p> <p>14) Mencuci tangan 7 langkah.</p>	
---	--

Periksa Saturasi Oksigen Dengan Oksimetri Nadi	
<p>1. Beri pasien posisi duduk, berbaring atau senyaman pasien</p> <p>2. Memilih sensor yang sesuai</p> <p>3. Memilih tempat yang sesuai untuk sensor. Jika perfusi baik kapiler baik gunakan jari tangan atau ibu jari kaki. Jika pasien mempunyai perfusi yang buruk gunakan</p>	

- telinga atau hidung sebagai tempat sensor.
4. Membersihkan area sensor yang dipilih dengan kapas alcohol dan keringkan dengan tisu (bila pasien menggunakan pewarna kuku, bersihkan terlebih dahulu)
 5. Tekan tombol oksimeter ON/OFF untuk mengaktifkan alat oksimetri nadi
 6. Pasang probe oksimetri nadi pada ujung jari pastikan terpasang dengan sempurna
 7. Rapikan pasien dan alat yang digunakan
 8. Informasikan hasil pemantauan
 9. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
 10. Lepas handscoot
 11. Mencuci tangan
 12. Dokumentasikan hasil pemantauan.



SPO MENGGANTI LINEN TANPA PASIEN DI TEMPAT TIDUR

A. KONSEP

1. Pengertian
Merapihkan kamar yang telah digunakan pasien pulang rawat dan menyiapkan kamar dengan segala kebutuhan pasien baru agar siap pakai.
2. Tujuan
 - a. Merapihkan kamar setelah digunakan (pasien pulang)
 - b. Menyiapkan kamar dengan segala kebutuhan pasien baru agar siap pakai
3. Indikasi
 - a. Pasien pulang rawat / meninggal
 - b. Rencana pasien baru
 - c. Setelah pembersihan besar sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan

B. PERSIAPAN ALAT

1. Laken (sprei), stik laken dan selimut
2. Perlak
3. Sarung bantal dan sarung guling
4. Lap/washlap dan lap kering
5. Waskom dan troli
6. Standar infus
7. Handscoon

C. PROSEDUR

1. Cuci tangan
2. Pakai handscoon
3. Letakkan alat tenun yang telah tersusun sesuai urutan pemasangan di dekat tempat tidur
4. Kasur diratakan
5. Angkat laken kotor, letakkan di trolley
6. Berishkan Kasur dengan menggunakan waslap yang telah dibasahi dengan cairan desinfektan lalu keringkan dengan menggunakan waslap kering
7. Letakkan garis Tengah lipatan tepat ditengah Kasur
8. Bentangkan laken, kemudian masukkan ujung laken bagian kepala kebawah Kasur \pm 30 cm.lakukan hal yang sama pada ujung laken bagian kaki. Selanjutnya Tarik hingga tidak ada kerutan pada laken
9. Lipat setiap ujung laken dengan membentuk 90° , kemudian masukan tepi laken kebawah Kasur hingga rapi dan tidak ada kerutan pada laken
10. Letakkan perlak pada posisi melintang sekitar 50 cm dari kepala tempat tidur
11. Lapisi perlak dengan stik laken, kemudian masukan kedua sisi



<p>stik laken kebawah Kasur bersama dengan perlak</p> <p>12. Pasang selimut diagian kaki Kasur dan masukkan ujungnya kebawah Kasur sekitar 10 cm. bentuk sudut 90^0 diujung selimut bagian kaki, kemudian masukkan kebawah Kasur, Tarik selimut hingga terbentang menutupi Kasur</p> <p>13. Masukkan bantal didalam sarung dan letakkan diatas tempat tidur</p> <p>14. Rapihkan alat-alat yang digunakan, kembalikan ke tempat sebelumnya</p> <p>15. Lepaskan handscoon.</p> <p>16. Mencuci tangan</p>	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Mengganti Linen Tanpa Pasien Di Tempat Tidur		Cedera tulang punggung	Posisi kerja	Tidak terjadi cedera tulang punggung pada Tim kesehatan	

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Cuci tangan				
2	Memakai handscoon				
3	Angkat laken kotor letakkan di trolley				
4	Berishkan Kasur dengan menggunakan waslap yang telah dibasahi dengan cairan desinfektan lalu keringkan dengan menggunakan waslap kering				
5	Letakkan alat tenun yang telah tersusun sesuai urutan pemasangan di dekat tempat tidur				
6	Letakkan garis Tengah lipatan tepat ditengah Kasur				
7	Bentangkan laken, kemudian masukkan ujung laken bagian kepala kebawah Kasur ± 30 cm.lakukan hal yang sama pada ujung laken bagian kaki. Selanjutnya Tarik hingga tidak ada kerutan pada laken				
8	Lipat setiap ujung laken dengan membentuk 900, kemudian masukan tepi laken kebawah Kasur hingga rapi dan tidak ada kerutan pada laken				
9	Letakkan perlak pada posisi melintang sekitar 50 cm dari kepala tempat tidur				
10	Lapisi perlak dengan stik laken, kemudian masukan kedua sisi stik laken kebawah Kasur bersama dengan perlak				
11	Pasang selimut di bagian kaki Kasur dan masukkan ujungnya kebawah Kasur sekitar 10 cm. bentuk sudut 900 diujung selimut bagian kaki, kemudian masukkan kebawah Kasur, Tarik selimut hingga terbentang menutupi Kasur				
12	Masukkan bantal didalam sarung dan letakkan diatas tempat tidur				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
13	Rapihkan alat-alat yang digunakan, kembalikan ke tempat sebelumnya				
14	Lepaskan handscoon.				
15	Mencuci tangan				
<u>Total Nilai:</u> _____ :					
15					

SPO MENGGANTI LINEN DENGAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR

A. KONSEP

1. Pengertian

Mengganti laken/sprei yang kotor pada pasien dengan immobilisasi atau penurunan kesadaran sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

2. Tujuan

- a. Menciptakan rasa aman dan nyaman
- b. Mencegah timbulnya iritasi pada kulit
- c. Mencegah infeksi sekunder

B. PERSIAPAN ALAT

1. Laken (sprei), stik laken dan selimut
2. Perlak, jika perlu dan bantal dan guling
3. Sarung bantal dan tangan guling
4. Lap/washlap dan lap kering
5. Alat pelindung diri (APD) : masker dan handscoon
6. Ember berisi larutan desinfektan

C. PROSEDUR

1. Salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). **Dan sebutkan kembali nama pasien**
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.
4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Mencuci tangan
6. Rapihkan alat-alat yang digunakan pasien agar tidak mengganggu.
7. Ratakan tempat tidur pasien.
8. Lepas sarung bantal dan guling pasien, letakkan pada trolley kotor.
9. Letakkan bantal pada lokasi yang terjangkau dan bersih.
10. Miringkan pasien ke sebelah kanan secara pelan-pelan dan hati-hati, gulung set linen kotor sampai setengah bagian tempat tidur / dibawah badan pasien.
11. Sprei besar dipasang bersamaan dengan perlak dan stik laken diurutkan sesuai dengan aturannya (sprei, perlak, kemudian stik laken) dengan ketentuan: Garis tengah lipatannya harus tepat ditengah kasur Bagian atas sprei dimasukkan rata di bawah kasur sekurang-kurangnya 30 cm, demikian juga sprei pada bagian kaki setelah ditarik setegang mungkin.
12. Perlak dipasang sekurang-kurangnya 30 cm dari sisi tempat tidur bagian kepala.
13. Stik laken dipasang rata di ayas perlak dengan tiap sisinya dimasukkan bersama perlak ke bawah kasur setegang mungkin.
14. Selimut dilipat empat secara terbalik dan dipasang pada kasur bagian kaki, sedangkan bagian atas yang terbalik dimasukan kebawah kasur.
15. Sekurang-kurangnya 10 cm, ujung sisi 2 selimut dimasukkan ke bawah kasur.
16. Selipkan sprei, perlak dan stik laken ke bawah tubuh pasien (perhatikan hal-hal yang ada pada tubuh pasien).



17. Pada ujung tiap sisi kasur dibuat sudut sebesar 90°, lalu seluruh tepi sprei besar dimasukkan ke bawah kasur dengan wapih dan tegang.
18. Bantal dipasang sarungnya dengan sudut bantal dimasukkan benar-benar ke dalam sudut sarungnya, bagian sarung bantal yang terbuka tidak menghadap ke arah pintu. Masukkan perlak dan stik laken ke bawah kasur.
19. Rapihkan pasien dan alat-alat yang telah digunakan.
20. Perhatikan kembali ketepatan/kelancaran alat-alat yang digunakan sebelum meninggalkan pasien.
21. Jelaskan pada pasien tindakan telah selesai dilakukan.
22. Rapikan meja disekitar pasien
23. Lepaskan handscoon.
24. Mencuci tangan
25. dokumentasikan



D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Mengganti Linen Dengan Pasien Di Tempat Tidur	Intoleransi aktivitas	Resiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi mantep - Pasang pengaman tempat tidur 		

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan Salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). Dan sebutkan kembali nama pasien				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.				
4	Mencuci tangan				
5	Rapihkan alat-alat yang digunakan pasien agar tidak mengganggu.				
6	Ratakan tempat tidur pasien.				
7	Lepas sarung bantal dan guling pasien, letakkan pada trolley kotor.				
8	Letakkan bantal pada lokasi yang terjangkau dan bersih				
9	Miringkan pasien ke sebelah kanan secara pelan-pelan dan hati-hati, gulung set linen kotor sampai setengah bagian tempat tidur / dibawah badan pasien				
10	Sprei besar dipasang bersamaan dengan perlak dan stik laken diurutkan sesuai dengan aturannya (sprei, perlak, kemudian stik laken) dengan ketentuan : Garis tengah lipatannya harus tepat ditengah kasur Bagian atas sprei dimasukkan rata di bawah kasur sekurang- kurangnya 30 cm, demikian juga sprei pada bagian kaki setelah ditarik setegang mungkin				
11	Perlak dipasang sekurang-kurangnya 30 cm dari sisi tempat tidur bagian kepala				
12	Stik laken dipasang rata di ayas perlak dengan tiap sisinya dimasukkan bersama perlak ke bawah kasur setegang mungkin				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
13	Selimut dilipat empat secara terbalik dan dipasang pada kasur bagian kaki, sedangkan bagian atas yang terbalik dimasukan kebawah kasur				
14	Sekurang-kurangnya 10 cm, ujung sisi 2 selimut dimasukkan ke bawah kasur				
15	Selipkan sprei, perlak dan stik laken ke bawah tubuh pasien (perhatikan hal-hal yang ada pada tubuh pasien)				
16	Pada ujung tiap sisi kasur dibuat sudut sebesar 90°, lalu seluruh tepi sprei besar dimasukkan ke bawah kasur dengan wapih dan tegang				
17	Bantal dipasang sarungnya dengan sudut bantal dimasukkan benar-benar ke dalam sudut sarungnya, bagian sarung bantal yang terbuka tidak menghadap ke arah pintu. Masukkan perlak dan stik laken ke bawah kasur				
18	Rapihkan pasien dan alat-alat yang telah digunakan				
19	Perhatikan kembali ketepatan/kelancaran alat-alat yang digunakan sebelum meninggalkan pasien				
20	Jelaskan pada pasien tindakan telah selesai dilakukan				
21	Rapikan meja disekitar pasien				
22	Lepaskan handscoon				
23	Mencuci tangan				
24	dokumentasi				
<u>Total Nilai :</u> _____ : 24					

SPO PERAWATAN KUKU

A. KONSEP

1. Pengertian

Mengidentifikasi dan merawat kuku agar bersih dan sehat serta tidak mengalami lesi kulit akibat perawatan kuku yang tidak tepat.

2. Tujuan

- Menjaga kebersihan
- Mencegah timbulnya luka atau infeksi

3. Indikasi

- Pasien yang tidak dapat memotong kukunya sendiri.
- Pasien yang sakit payah atau tidak sadar.

B. PERSIAPAN ALAT

- Handscoon
- Gunting kuku
- Waskom berisi air hangat
- Pengalas
- Sabun
- Handuk

C. PROSEDUR

1. Salam	
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor	

- rekam medis). Dan sebutkan kembali nama pasien
- Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.
 - Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
 - Mencuci tangan
 - Pasang pengalas dibawah kaki
 - Pasang handscoo
 - Tempat pengalas diatas tempat tidur.
 - Tempatkan waskom berisi air hangat di atas pengalas
 - Rendam jari-jari pasien dalam waskom berisi air hangat dan sabun
 - Keringkan jari-jari tangan dan kaki dengan menggunakan handuk.
 - Potong kuku tangan dan kaki mengikuti bentuk normal jari kaki (tidak terlalu dekat dengan kulit dasar kuku).
 - Cuci jari-jari tangan dan kaki serta keringkan dengan handuk.
 - Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.
 - Lepaskan handscoo.
 - Mencuci tangan
 - Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien



D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan Salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). Dan sebutkan kembali nama pasien				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
5	Mencuci tangan				
6	Pasang pengalas dibawah kaki				
7	Pasang handscoon				
8	Tempat pengalas diatas tempat tidur				
9	Tempatkan waskom berisi air hangat di atas pengalas				
10	Rendam jari-jari pasien dalam waskom berisi air hangat dan sabun				
11	Keringkan jari-jari tangan dan kaki dengan menggunakan handuk				
12	Potong kuku tangan dan kaki mengikuti bentuk normal jari kaki (tidak terlalu dekat dengan kulit dasar kuku).				
13	Cuci jari-jari tangan dan kaki serta keringkan dengan handuk.				
14	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
15	Lepaskan handscoon				
16	Mencuci tangan				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
17	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien				
<u>Total Nilai</u> : _____ :					

SPO EDUKASI PERAWATAN DIRI

A. KONSEP

1. Pengertian
Mengajarkan pemenuhan kebutuhan kesehatan dasar perawatannya diri.
2. Tujuan
 - a. Meningkatkan pengetahuan
 - b. Perawatan diri meningkat
 - c. Integritas kulit dan jaringan meningkat
 - d. Memelihara kebersihan diri
3. Indikasi
 - a. Klien dengan bedrest total
 - b. Klien yang tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri.
 - c. Klien defisit perawatan diri

B. PERSIAPAN ALAT

1. Materi
2. Media
3. Alat peraga

C. PROSEDUR

1. Salam	
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis), dengan menyebutkan kembali nama pasien	

<p>3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.</p> <p>4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</p> <p>5. Sediakan lingkungan yang kondusif</p> <p>6. Cuci tangan</p> <p>7. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>8. Identifikasi pengetahuan tentang perawatan diri</p> <p>9. Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami</p> <p>10. Identifikasi metode pembelajaran yang sesuai (seperti diskusi, tanya jawab, penggunaan alat bantu audio atau visual, lisan, tulisan)</p> <p>11. Ajarkan praktik keperawatan diri dan aktivitas kehidupan sehari-hari sesuai tingkat kemampuan/kemandirian pasien</p> <p>12. Anjurkan mendemonstrasikan perawatan diri sesuai kemampuan</p> <p>13. Periksa pemahaman pasien tentang edukasi yang telah diberikan</p> <p>14. Berikan penguatan positif terhadap kemampuan yang didapat</p> <p>15. Cuci tangan</p> <p>16. Dokumentasikan edukasi yang telah dilakukan dan respons pasien</p>	
---	--

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan Salam				
2	Cuci tangan				
3	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis), dengan menyebutkan kembali nama pasien				
4	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta				
5	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
6	Sediakan lingkungan yang kondusif				
7	Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi				
8	Identifikasi pengetahuan tentang perawatan diri				
9	Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami				
10	Identifikasi metode pembelajaran yang sesuai (seperti diskusi, tanya jawab, penggunaan alat bantu audio atau visual, lisan, tulisan)				
11	Ajarkan praktik keperawatan diri dan aktivitas kehidupan sehari-hari sesuai tingkat kemampuan/kemandirian pasien				
12	Anjurkan mendemostrasikan perawatan diri sesuai kemampuan				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
13	Periksa pemahaman pasien tentang edukasi yang telah diberikan				
14	Berikan penguatan positif terhadap kemampuan yang didapat				
15	Cuci tangan				
16	Dokumentasikan edukasi yang telah dilakukan dan respons pasien				
Total Nilai :		:			
16					

SPO VULVA/PENIS HYGIENE

A. KONSEP

1. Pengertian
Mengidentifikasi dan merawat kebersihan vulva/penis untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah terjadinya komplikasi.
2. Tujuan
 - a. Untuk mengurangi pertumbuhan bakteri.
 - b. Untuk menghulangkan kelebihan sekresi.
 - c. Untuk mencegah infeksi pada klien yang terpasang kateter.
 - d. Memberikan rasa nyaman pada klien.
3. Indikasi
 - a. Klien dengan bedrest total.
 - b. Klien yang tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri.
 - c. Klien yang terpasang kateter.

B. PERSIAPAN ALAT

1. Kom berisi kapas savlon atau kapas sublimat
2. Waskom berisi air bersih
3. Handscoon
4. Tisu gulung
5. Perlak
6. Pispot

C. PROSEDUR

1. Salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis).
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.
4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Mencuci tangan 6 langkah.
6. Pasang handscoon.
7. Atur posisi litotomi (wanita) posisi supine (pria).
8. Bantu pasien untuk melepaskan pakaian bawah dan letakkan handuk melintang menutupi bagian depan.
9. Pasang perlak dan pispot.
10. Identifikasi kondisi vulva/penis.
11. Guyur genetalia luar dengan air bersih.
12. Buka 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.
13. Buka daerah preputium. Bersihkan daerah meatus uretra dengan arah melingkar



<p>dari gland penis ke arah pangkal dan daerah scrotum.</p> <p>14. Keringkan daerah perineum, sebaiknya tidak menggunakan bedak.</p> <p>15. Pada pasien yang menggunakan kateter, lakukan perawatan kateter dua kali sehari.</p> <p>16. Bantu pasien untuk mengenakan pakaian bawah dan kembalikan pasien ke posisi nyaman serta rapikan alat-alat yang digunakan.</p> <p>17. Lepas handscoot.</p> <p>18. Mencuci tangan</p> <p>19. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien</p>	
---	---

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
Mengganti Linen Dengan Pasien Di Tempat Tidur	Intoleransi aktivitas	Resiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi mantep - Pasang pengaman tempat tidur 		

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) lalu menyebutkan kembali nama pasien.				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
5	Mencuci tangan				
6	Pasang handscoon.				
7	Atur posisi litotomi (wanita) posisi supine (pria).				
8	Bantu pasien untuk melepaskan pakaian bawah dan letakkan handuk melintang menutupi bagian depan.				
9	Pasang perlak dan pispot.				
10	Identifikasi kondisi vulva/penis				
11	Guyur genetalia luar dengan air bersih				
12	Buka 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				
13	Buka daerah preputium. Bersihkan daerah meatus uretra dengan arah melingkar dari gland penis ke arah pangkal dan daerah scrotum.				
14	Keringkan daerah perineum, sebaiknya tidak menggunakan bedak				
15	Pada pasien yang menggunakan kateter, lakukan perawatan kateter dua kali sehari.				

16	Bantu pasien untuk mengenakan pakaian bawah dan kembalikan pasien ke posisi nyaman serta rapikan alat-alat yang digunakan				
17	Lepas handscoon.				
18	Mencuci tangan				
19	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien				
Total Nilai: _____ : _____					
19					

SPO MENGUKUR INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN (KESEIMBANGAN BALANCE CAIRAN)

A. KONSEP

1. Pengertian

Mengumpulkan dan menganalisa data jumlah cairan yang masuk dan keluar dari tubuh.

2. Tujuan

- a. Mengetahui jumlah masukan cairan
- b. Mengetahui jumlah keluaran cairan
- c. Mengetahui balance cairan
- d. Menentukan kebutuhan cairan

3. Indikasi

Pasien dengan indikasi gangguan keseimbangan cairan dengan penilaian klinis:

- a. Turgor kulit menurun, mokusa mulut kering, kulit keriput (defisiensi cairan)
- b. Produksi urin yang rendah dari normal 0,5-1 ml/kgBB (Hipovolemia)
- c. Tekanan darah menurun
- d. Edema (I, II, III, IV)

B. PERSIAPAN ALAT

1. Handscoon
2. Format pemantauan intake dan output
3. Gelas ukur
4. Pulpen

C. PROSEDUR

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis), dengan menyebutkan nama pasien kembali3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.5. Mencuci tangan6. Menggunakan handscoo7. Ukur volume output cairan (meliputi urine, defekasi, muntah, perdarahan, NGT, dan drain)8. Ukur volume input cairan (meliputi minum dan cairan intravena)9. Menghitung balance cairan: CAIRAN MASUK – CAIRAN KELUAR – IWL10. Lepas handscoo11. Menghitung insensible water loss (IWL), jika perlu IWL: $(15 \times \text{BB} / (24 \text{ jam}))$12. Hitung balance cairan sesuai periode waktu yang dibutuhkan (misal [per jam, per 8 jam, per 12 jam, per 24 jam], jika perlu13. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu14. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan | |
|---|--|

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan Salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis), dengan menyebutkan nama pasien kembali				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
5	Mencuci tangan				
6	Pakai handcsoon				
7	Ukur volume output cairan (meliputi urine, defekasi, muntah, perdarahan, NGT, dan drain)				
8	Ukur volume input cairan (meliputi minum dan cairan intravena)				
9	Menghitung balance cairan: CAIRAN MASUK – CAIRAN KELUAR – IWL				
10	Lepas handscooon				
11	Mencuci tangan				
12	Menghitung insensible water loss (IWL), jika perlu IWL: (15xBB/ (24 jam))				
13	Hitung balance cairan sesuai periode waktu yang dibutuhkan (misal [per jam,				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
	per 8 jam, per 12 jam, per 24 jam), jika perlu				
14	Informasikan hasil pemantauan, jika perlu				
15	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan				
<u>Total Nilai:</u> _____ :					
		15			

SPO MEMBERI MAKANAN DAN MINUM SECARA ORAL

A. KONSEP

1. Pengertian

Memberikan makan merupakan tanggung jawab perawat khususnya pada pasien yang mengalami confuse, immobilisasi, kelemahan atau pembatasan aktivitas dan posisi tertentu.

2. Tujuan

- a. Untuk memberikan diit nutrisi kebutuhan individu
- b. Mengidentifikasi dengan kekurangan nutrisi (IMT) dan menentukan diit yang tepat
- c. Untuk menyediakan kebutuhan nutrisi bagi klien yang tidak dapat mengkonsumsi makanan melalui mulutnya sendiri
- d. Untuk menyediakan diit yang bisa ditoleransi klien baik secara fisiologis dan emosional

B. PERSIAPAN ALAT

1. Meja
2. Penutup/alas makan
3. Label makanan sesuai diet
4. Segelas air
5. Nampan

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Salam2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis), dengan menyebutkan kembali nama pasien	
--	--

<p>3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.</p> <p>4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.</p> <p>5. Mencuci tangan.</p> <p>6. Serbet dibentangkan di bawah dagu pasien.</p> <p>7. Petugas duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan.</p> <p>8. Pasien ditawari minum, jika perlu dengan menggunakan sedotan.</p> <p>9. Suapkan makanan sedikit demi sedikit sambil berkomunikasi dengan pasien, perhatikan makanan sudah ditelan habis oleh pasien sebelum menuangkan makanan berikutnya.</p> <p>10. Setelah selesai makan, pasien diberi minum, dilanjutkan dengan pemberian obat.</p> <p>11. Mulut pasien dan sekitarnya dibersihkan, kemudian pasien dirapihkan kembali.</p> <p>12. Peralatan dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula.</p> <p>13. Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.</p> <p>14. Mencuci tangan 6 langkah</p> <p>15. Dokumentasikan intake makan dan minum pasien</p>	
---	--

D. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan Salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis), dengan menyebutkan kembali nama pasien				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.				
5	Mencuci tangan				
6	Serbet dibentangkan di bawah dagu pasien.				
7	Petugas duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan.				
8	Pasien ditawari minum, jika perlu dengan menggunakan sedotan.				
9	Suapkan makanan sedikit demi sedikit sambil berkomunikasi dengan pasien, perhatikan makanan sudah ditelan habis oleh pasien sebelum menyuapkan makanan berikutnya.				
10	Setelah selesai makan, pasien diberi minum, dilanjutkan dengan pemberian obat.				
11	Mulut pasien dan sekitarnya dibersihkan, kemudian pasien dirapihkan kembali.				
12	Peralatan dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula				
13	Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan				
14	Mencuci tangan				
15	Dokumentasikan intake makan dan minum pasien				
<u>Total Nilai:</u> _____ : 15					

SPO MENCUCI TANGAN MEMAKAI AIR & SABUN

A. KONSEP

1. Pengertian

Membersihkan tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir untuk menghilangkan kotoran dan/atau mikroorganisme di tangan.

2. Tujuan

- a. Melindungi perawat
- b. Mencegah pasien dari terjadinya infeksi silang
- c. Untuk mencegah terjadinya penyebaran mikroorganisme antar pasien

B. PERSIAPAN ALAT

1. Tempat cuci tangan yang mudah dijangkau
2. Air mengalir
3. Sabun cair
4. Tissue / lap bersih sekali pakai

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Buka jam tangan, cincin, gelang serta gulung baju bila panjang.2. Perhatikan kuku agar tetap pendek3. Berdiri depan tempat air mengalir, jaga tangan dan baju agar tidak menempel pada bak/wastafel	
--	--

4. Alirkan air, atur aliran. Hindarkan percikan air ke baju
5. Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir
6. Tuangkan sabun cair 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan
7. Gosok kedua telapak tangan hingga merata
8. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan
9. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
10. Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci
11. Gosok ibu jari berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya
12. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
13. Bilas kedua tangan dengan air mengalir
14. Keringkan tangan dengan handuk atau tisu sekali pakai
15. Gunakan handuk atau tisu untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar



D. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Buka jam tangan, cincin, gelang serta gulung baju bila panjang.				
2	Perhatikan kuku agar tetap pendek				
3	Berdiri depan tempat air mengalir, jaga tangan dan baju agar tidak menempel pada bak/wastafel				
4	Alirkan air, atur aliran. Hindarkan percikan air ke baju				
5	Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir				
6	Tuangkan sabun cair 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan				
7	Menggosok kedua telapak tangan hingga merata				
8	Menggosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan				
9	Menggosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari				
10	Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci				
11	Menggosok ibu jari berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya				
12	Menggosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya				
13	Bilas kedua tangan dengan air mengalir				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
14	Keringkan tangan dengan handuk atau tisu sekali pakai				
15	Gunakan handuk atau tisu untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar				
<u>Total Nilai :</u> _____ : 15					

SPO MENCUCI TANGAN MEMAKAI HANDRUB

A. KONSEP

1. Pengertian

Membersihkan tangan dengan menggunakan cairan antiseptic berbasis alcohol untuk menghilangkan kotoran dan/atau mikroorganisme di tangan.

2. Tujuan

- a. Melindungi perawat
- b. Mencegah pasien dari terjadinya infeksi silang
- c. Untuk mencegah terjadinya penyebaran mikroorganisme antar pasien

B. PERSIAPAN ALAT

1. Handrub

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Tuangkan 3-5 cc handrub untuk ke telapak tangan2. Gosok kedua telapak tangan hingga merata3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari5. Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci6. Gosok ibu jari berputar dalam genggaman	 <table border="1"><tbody><tr><td> Langkah 1 Gosok telapak tangan</td><td> Langkah 2 Telapak tangan kiri menggosok dengan tangan kiri dan sebaliknya</td><td> Langkah 3 Gosok telapak tangan dan sela-jari</td></tr><tr><td> Langkah 4 Gosok jari-jari sisi dalam kedua dengan posisi tangan saling mengunci</td><td> Langkah 5 Gosok ibu jari kiri secara berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya</td><td> Langkah 6 Gosok dengan memutar ujung jari kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya</td></tr></tbody></table>	 Langkah 1 Gosok telapak tangan	 Langkah 2 Telapak tangan kiri menggosok dengan tangan kiri dan sebaliknya	 Langkah 3 Gosok telapak tangan dan sela-jari	 Langkah 4 Gosok jari-jari sisi dalam kedua dengan posisi tangan saling mengunci	 Langkah 5 Gosok ibu jari kiri secara berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya	 Langkah 6 Gosok dengan memutar ujung jari kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
 Langkah 1 Gosok telapak tangan	 Langkah 2 Telapak tangan kiri menggosok dengan tangan kiri dan sebaliknya	 Langkah 3 Gosok telapak tangan dan sela-jari					
 Langkah 4 Gosok jari-jari sisi dalam kedua dengan posisi tangan saling mengunci	 Langkah 5 Gosok ibu jari kiri secara berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya	 Langkah 6 Gosok dengan memutar ujung jari kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya					

tangan kanan dan sebaliknya	
7. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya	

D. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Tuangkan 3-5 cc handrub untuk ke telapak tangan				
2	Gosok kedua telapak tangan hingga merata				
3	Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan				
4	Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari				
5	Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci				
6	Gosok ibu jari berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya				
7	Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya				
<u>Total Nilai :</u> _____ : 7					

SPO MEMAKAI APD (COVERALL)

A. KONSEP

1. Pengertian

Memasang *coverall* melindungi diri dari cedera atau penyakit akibat kontak dengan bahaya (hazards) di tempat kerja.

2. Tujuan

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan pemakaian alat pelindung diri (APD) *Coverall*

B. PERSIAPAN ALAT

1. Pelindung wajah (face shield) atau kacamata (google)
2. Handscoon panjang
3. Handscoon
4. Apron kedap air
5. Cover all
6. Sepatu boot
7. Masker N95

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Lepaskan semua barang pribadi (seperti perhiasan, jam tangan, gelang, telepon genggam)2. Pakai baju scrub3. Pasang masker N95 dan pastikan terpasang dengan erat dan nyaman4. Pasang pelindung wajah (face shield) atau	
---	--

<p>kacamata pelindung (google) dengan erat</p> <p>5. Lakukan kebersihan tangan dengan cairan antiseptic berbasis alkohol</p> <p>6. Gunakan coverall hingga menutupi seluruh tubuh mulai dari kaki hingga kepala dan pastikan menutupi area kepala</p> <p>7. Lakukan kebersihan tangan</p> <p>8. Pasang tangan bersih dengan posisi dimasukkan ke dalam lengan baju coverall</p> <p>9. Pasang handscoot panjang untuk menutupi seluruh permukaan tangan di atas coverall</p>	
---	---

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Lepaskan semua barang-barang pribadi (seperti perhiasan, jam tangan, gelang, telepon genggam)				
2	Pakai baju scrub				
3	Pasang masker N95 dan pastikan terpasang dengan erat dan nyaman				
4	Pasang pelindung wajah (face shield) atau kacamata pelindung (google) dengan erat				
5	Lakukan kebersihan tangan dengan cairan antiseptic berbasis alkohol				
6	Gunakan coverall hingga menutupi seluruh tubuh mulai dari kaki hingga kepala dan pastikan menutupi area kepala				
7	Lakukan kebersihan tangan				
8	Pasang tangan bersih dengan posisi dimasukkan kedalam lengan baju coverall Pasang handscoot panjang untuk menutupi seluruh permukaan tangan di atas coverall				
9					
<u>Total Nilai :</u> _____ : _____ 9					

SPO MEMAKAI APD (GWON)

A. KONSEP

1. Pengertian
Memasang *coverall* melindungi diri dari cedera atau penyakit akibat kontak dengan bahaya (hazards) di tempat kerja.
2. Tujuan
Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan pemakaian alat pelindung diri (APD) *Gwon*.

B. PERSIAPAN ALAT

1. Pelindung wajah (face shield) atau kacamata (google)
2. Handscoot
3. Sepatu tertutup
4. Masker bedah
5. Gaun (gwon)

C. PROSEDUR

<ol style="list-style-type: none">1. Lepaskan semua barang-barang pribadi (seperti perhiasan, jam tangan, gelang, telepon genggam)2. Pakai baju scrub atau baju kerja dan sepatu tertutup3. Lakukan kebersihan dengan handrub4. Gunakan gown5. Pasang masker bedah dan pastikan	
---	--

<p>terpasang dengan benar (menutupi mulut dan hidung)</p> <p>6. Pasang pelindung wajah (face shield) atau kacamata pelindung (google) dengan erat</p> <p>7. Pasang penutup kepala</p> <p>8. Pasang handscoot</p>	
--	---

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi
-	-	-	-	-	-

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Lepaskan semua barang-barang pribadi (seperti perhiasan, jam tangan, gelang, telepon genggam)				
2	Pakai baju scrub atau baju kerja dan sepatu tertutup				
3	Lakukan kebersihan 6 langkah dengan handrub				
4	Gunakan gown				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
5	Pasang masker bedah dan pastikan terpasang dengan benar (menutupi mulut dan hidung)				
6	Pasang pelindung wajah (<i>face shield</i>) atau kacamata pelindung (<i>google</i>) dengan erat				
7	Pasang penutup kepala				
8	Pasang handscoon				
<u>Total Nilai:</u> _____ : _____ 9					

SPO BACKRUB

A. KONSEP

1. Pengertian

Backrub adalah melakukan tindakan pemijatan pada punggung untuk melancarkan sirkulasi aliran darah.

2. Tujuan

- a. Menurunkan kekakuan otot
- b. Melancarkan sirkulasi darah
- c. Mengurangi sensasi nyeri
- d. Menurunkan gejala insomnia

3. Indikasi

- a. Klien dengan insomnia
- b. Pasien dengan gangguan sirkulasi darah pada punggung
- c. Pasien dengan gangguan nyeri atau ketidaknyamanan

4. Kontraindikasi

- a. Pasien dengan fraktur / lesi pada punggung
- b. Pasien dengan *low back pain* (nyeri pinggang akibat penyempitan syaraf)
- c. Klien dengan gangguan pernapasan

B. PERSIAPAN ALAT

- 1. Handscoon
- 2. Selimut mandi
- 3. Olive oil atau lotion
- 4. Handuk

C. PROSEDUR

1. Salam
2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis).
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.
4. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Mencuci tangan
5. Pasang handscoot
6. Beri tahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai
7. Atur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman
8. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman
9. Periksa TTV pasien sebelum memulai backrub (terutama nadi dan tekanan darah)
10. Atur ruangan dengan kehangatan yang cukup
11. Bantu pasien membuka baju
12. Bantu pasien dengan posisi pronasi atau sims dengan



- punggung menghadap perawat
13. Buka punggung pasien, bahu, lengan atas dan bokong tutup sisanya dengan selimut mandi
14. Letakkan handuk panjang di bawah punggung
15. Hangatkan lotion di telapak tangan atau tempelkan lotion pada air hangat, jelaskan bahwa lotion akan terasa dingin
16. Berdiri di dekat pasien, dengan gerakan sirkuler, pijat daerah leher dengan tiga jari
17. Gunakan gerakan stroking (menggosok) dengan arah sirkuler keluar dari arah sacrum menuju ke leher, lakukan dengan gerakan memanjang, tegas dan lembut
18. Berhentilah pada pusat punggung dan kemudian gerakan secara sirkuler keluar di kedua scapula, kemudian kembali ke bokong dengan gerakan lambat. Lanjutkan pijat selama beberapa menit
19. Remas kulit dengan jari-jari, remas ke atas sepanjang satu



<p>sisi spina dari bokong dan bahu dan sekitar bawah leher. Ulangi sepanjang sisi punggung pasien</p> <p>20. Pukul-pukul punggung pasien menggunakan sisi telapak tangan</p> <p>21. Akhiri masase dengan gerakan usapan panjang dan tegas dari atas ke bawah dan katakana pada pasien bahwa anda akan mengakhiri masase</p> <p>22. Ulangi kembali gerakan-gerakan tersebut di atas masing-masing gerakan 3-5 menit, tambahkan lotion jika perlu</p> <p>23. Sambil melakukan masase periksa adanya kemerahan pada kulit (terutama pada daerah <i>bony prominences</i>)</p> <p>24. Bersihkan sisa lotion pada punggung pasien dengan handuk</p> <p>25. Beritahu pasien bahwa tindakan telah selesai</p> <p>26. Bantu pasien memakai baju kembali, rapikan pasien ke posisi semula (nyaman)</p>	
--	---

27. Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan lepas handscoot	
28. Mencuci tangan 6 langkah	
29. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien	

D. TINDAKAN DIKAITKAN DENGAN ASKEP

Tindakan	Diagnosa	Masalah yang muncul	Solusi	Capaian	Referensi

E. FORMAT PENILAIAN TINDAKAN

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
1	Mengucapkan salam				
2	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis).				
3	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur serta meminta persetujuan pasien.				
4	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
5	Mencuci tangan				
6	Pasang <i>handscoot</i>				
7	Atur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
8	Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman				
9	Periksa TTV pasien sebelum memulai backrub (terutama nadi dan tekanan darah)				
10	Atur ruangan dengan kehangatan yang cukup				
12	Bantu pasien membuka baju				
13	Bantu pasien dengan posisi pronasi atau sims dengan punggung menghadap perawat				
14	Buka punggung pasien, bahu, lengan atas dan bokong tutup sisanya dengan selimut mandi				
15	Letakkan handuk panjang di bawah punggung				
16	Hangatkan lotion di telapak tangan atau tempelkan lotion pada air hangat, jelaskan bahwa lotion akan terasa dingin				
17	Berdiri di dekat pasien, dengan gerakan sirkuler, pijat daerah leher dengan tiga jari				
18	Gunakan gerakan stroking (menggosok) dengan arah sirkuler keluar dari arah sacrum menuju ke leher, lakukan dengan gerakan memanjang, tegas dan lembut				
19	Berhentilah pada pusat punggung dan kemudian gerakan secara sirkuler keluar di kedua scapula, kemudian kembali ke bokong dengan gerakan lambat. Lanjutkan pijat selama beberapa menit				
20	Remas kulit dengan jari-jari, remas ke atas sepanjang satu sisi spina dari bokong dan bahu dan sekitar bawah leher. Ulangi sepanjang sisi punggung pasien				

No	Tindakan Yang Dinilai	Nilai			
		1	2	3	4
21	Pukul-pukul punggung pasien menggunakan sisi telapak tangan				
22	Akhiri masase dengan gerakan usapan panjang dan tegas dari atas ke bawah dan katakana pada pasien bahwa anda akan mengakhiri masase				
23	Ulangi kembali gerakan-gerakan tersebut di atas masing-masing gerakan 3-5 menit, tambahkan lotion <i>jika perlu</i>				
24	Sambil melakukan masase periksa adanya kemerahan pada kulit (terutama pada daerah <i>bony prominences</i>)				
25	Bersihkan sisa lotion pada punggung pasien dengan handuk				
26	Beritahu pasien bahwa tindakan telah selesai				
27	Bantu pasien memakai baju kembali, rapikan pasien ke posisi semula (nyaman)				
28	Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan lepas handscoon				
29	Mencuci tangan				
Total Nilai :		:			
29					