

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

PRAKTIKUM KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I



» NS. Kasiati
Ni Wayan Dwi Rosmalawati



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

PRAKTIKUM KEBUTUHAN
DASAR MANUSIA I



Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, **Fax.** 021 726 0485, **Email.** pusdiknakes@yahoo.com

PRAKTIKUM KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I

» NS. Kasiati
Ni Wayan Dwi Rosmalawati



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : *Cut Sriyanti, SST., M.Keb*

Fasilitator : *Ir. Anak Agung Made Sastrawan Putra, M.A., Ed.D.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Sunarty*

Tata Letak : *Sapriyadi*

DAFTAR ISI

PENGANTAR MATA KULIAH	vii
BAB I: PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL DAN PEMERIKSAAN FISIK, PEMENUHAN KEBUTUHAN KEAMANAN DAN KENYAMANAN	1
Kegiatan Praktikum 1.	
Pemeriksaan Tanda-tanda Vital	3
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan dalam Mengukur Tekanan Darah	5
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan dalam Menghitung Denyut Nadi	6
Kompetensi 3.	
Tindakan Keperawatan dalam Mengukur Suhu Badan	8
Kompetensi 4.	
Tindakan Keperawatan dalam Menghitung Frekuensi Pernafasan	11
Kegiatan Praktikum 2.	
Pemeriksaan Fisik	20
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemeriksaan Fisik dengan Cara Inspeksi	21
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemeriksaan Fisik dengan Cara Palpasi	24
Kegiatan Praktikum 3.	
Pemenuhan Kebutuhan Keamanan dan Kenyamanan	29
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan dalam Mengikat Klien (restraint) Pada Tangan dan Kaki	31
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan dalam Mencuci Tangan Biasa	33
Kompetensi 3.	
Tindakan Keperawatan dalam Mencuci Tangan Steril	34
Kompetensi 4.	
Tindakan Keperawatan dalam Memakai Masker	36
Kompetensi 5.	
Tindakan Keperawatan dalam Memakai Skort	38
Kompetensi 6.	
Tindakan Keperawatan dalam Memakai Sarung Tangan steril	39

Kompetensi 7.	
Tindakan Keperawatan dalam Mendesinfeksi Alat (logam, tenun, kasa)	41
Kompetensi 8.	
Tindakan Keperawatan dalam Desinfeksi dengan Bahan Kimia	42
Kompetensi 9.	
Tindakan Keperawatan dalam Sterilisasi Alat	44
DAFTAR PUSTAKA	49
 BAB II: KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I (RWAT3101)	 50
Kegiatan Praktikum 1.	
Pemenuhan kebutuhan eliminasi Fekal atau Bowel	52
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan dalam Memasang Pot Pasien BAB	54
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan dalam Memberikan Semprit Gliserin	56
Kompetensi 3.	
Tindakan Keperawatan dalam Memberikan Huknah Rendah atau Tinggi	58
Kompetensi 4.	
Tindakan Keperawatan dalam Pengeluaran Feses Secara Manual (<i>Manual Impaction</i>)	60
Kegiatan Praktikum 2.	
Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine	70
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan dalam Membantu Pasien Buang Air Kecil (BAK) di Tempat Tidur	71
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemasangan Kateter	73
Kompetensi 3.	
Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemasangan Kondom Kateter	78
DAFTAR PUSTAKA	86

BAB III: KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I (RWAT3101)	87
Kegiatan Praktikum 1.	
Praktikum Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas	89
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan dalam Memberikan Latihan Klien (ROM)	90
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan dalam Melatih Klien Berjalan	96
Kegiatan Praktikum 2.	
Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene	101
Kompetensi 1.	
Tindakan Keperawatan Memandikan Klien	103
Kompetensi 2.	
Tindakan Keperawatan Perawatan Mulut Klien	106
Kompetensi 3.	
Tindakan Keperawatan Gigi Klien	107
Kompetensi 4.	
Tindakan Keperawatan Merawat Kuku Klien	108
Kompetensi 5.	
Tindakan Keperawatan Membersihkan Genetalia Wanita Klien	109
Kompetensi 6.	
Tindakan Keperawatan Membersihkan Genetalia Luar Pria	111
DAFTAR PUSTAKA	125

Pengantar Mata Kuliah

BAB I

PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL DAN PEMERIKSAAN FISIK, PEMENUHAN KEBUTUHAN KEAMANAN DAN KENYAMANAN

Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati

PENDAHULUAN

Pemeriksaan tanda-tanda vital terdiri dari kegiatan bagaimana cara mengukur suhu, menghitung denyut nadi, menghitung pernafasan dan mengukur tekanan darah yang kami yakin hal ini sudah biasa anda lakukan selama ini. Kita akan melakukan praktik tentang pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan.

Secara umum, kompetensi ini dibagi ke dalam beberapa prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri dua unit tahapan praktikum meliputi:

- Unit pertama : Pemeriksaan Tanda-tanda Vital meliputi kompetensi: 1) mengukur tekanan darah, 2) menghitung denyut nadi, 3) mengukur suhu badan pada ketiak dan 4) menghitung frekuensi pernafasan.
- Unit kedua : Pemeriksaan Fisik meliputi kompetensi: 1) pemeriksaan fisik secara inspeksi dan 2) pemeriksaan fisik secara palpasi.
- Unit ketiga : Pemenuhan Kebutuhan Keamanan dan Kenyamanan.

Pedoman praktikum ini bukan hal baru bagi saudara, akan tetapi kompetensi ini untuk mengingatkan kembali dan persiapan saudara meningkatkan keterampilan dalam praktik nyata yaitu praktik klinik keperawatan yang profesional. Pelaksanaan belajar praktikum ini akan diberikan waktu 1 Minggu untuk belajar mandiri seperti melihat video atau dengan teman, dan 1 Minggu dengan belajar dengan pendampingan penuh oleh dosen atau fasilitator.

Tujuan buku panduan praktikum:

Memberikan arahan kepada saudara dalam melaksanakan pembelajaran praktikum pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan.

Panduan bagi dosen atau fasilitator dalam melaksanakan pendampingan pembelajaran praktikum pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan.

Petunjuk untuk mengetahui dan memantau perkembangan tingkat kemampuan saudara dalam melaksanakan prosedur keperawatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

Prosedur Umum

Koordinator mata ajar KDM I menyusun jadwal praktikum kemudian diajukan kepada koordinator akademik, lalu diserahkan kepada penanggung jawab laboratorium. Pelaksanaan praktikum dilakukan mulai satu Minggu proses pembelajaran dimulai. Untuk memudahkan proses pembelajaran praktikum pada BAB 1 ini, praktikum dapat berjalan dengan lancar dan sesuai dengan kompetensi yang dicapai, saudara harus mengikuti langkah-langkah pembelajaran praktikum sebagai berikut:

Saudara harus membaca BAB 2 tentang pemeriksaan fisik, BAB 3 pemeriksaan tanda-tanda vital dan BAB 7 tentang kebutuhan istirahat tidur dan BAB 9 tentang kebutuhan keamanan dan kenyamanan pada bahan ajar Kebutuhan Dasar Manusia 1 (KDM 1), serta membaca pedoman praktikum ini dengan seksama. Saudara diharapkan lebih banyak belajar mandiri dengan panduan video atau dengan teman sesuai prosedur yang sudah ada pada bab ini (SOP).

Apabila anda menemui kesulitan, silakan hubungi pembimbing/instruktur/fasilitator/tutor yang ada di dekat saudara atau hubungi dosen yang tertulis di bab ini. Bila saudara sudah siap, bisa mengajukan kontrak waktu kepada fasilitator atau dosen pendamping belajar sesuai keterampilan yang akan dilakukan.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik:

Kajilah pengetahuan peserta didik pada awal pertemuan dengan melakukan pre-test sesuai kompetensi yang akan dilakukan (contoh soal dalam setiap bab, bila tidak mungkin ingatkan pada peserta didik untuk evaluasi secara mandiri dengan jujur untuk mengerjakan soal, tanpa terlebih dahulu melihat jawaban). Bila peserta didik sudah siap untuk belajar praktikum, dosen atau fasilitator siap untuk mendampingi (*Bed Side Teaching*), teman lain bertindak sebagai observer.

Dosen atau fasilitator memberikan umpan balik hasil unjuk kerja saudara, dan saudara diberikan kesempatan untuk menyampaikan kesulitan yang dialami selama melakukan prosedur tindakan. Dosen atau fasilitator pada waktu berbeda mengadakan evaluasi praktikum dengan langkah pertama mengkaji pengetahuan mahasiswa (soal ada pada bab), langkah kedua evaluasi unjuk kerja prosedur keperawatan (instrumen penilaian kompetensi ada pada bab) sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

Instrumen Penilaian

Instrumen penilaian ini digunakan oleh pembimbing pendamping untuk mengevaluasi dan menilai saudara dalam pencapaian pembelajaran praktikum setelah saudara belajar mandiri beberapa kali latihan dan saudara merasa sudah siap untuk dievaluasi. Instrumen penilaian memuat elemen kompetensi sesuai dengan prosedur tindakan dan indikator penilaian. Indikator penilaian dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur, sedangkan aspeknya meliputi aspek keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Bila saudara belum dianggap mampu mencapai kompetensi, maka saudara diberikan waktu untuk mengulang prosedur tindakan sesuai dengan SOP yang ditetapkan, dan saudara akan didampingi oleh fasilitator atau dosen pengampu.

Kegiatan Praktikum 1

Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Pokok Bahasan: Pemenuhan kebutuhan klien dengan pemeriksaan tanda-tanda vital.

Kompetensi Khusus:

Setelah mempelajari prosedur pemeriksaan tanda-tanda vital ini, diharapkan saudara mampu.

1. Melakukan pengukuran tekanan darah.
2. Melakukan penghitungan denyut nadi klien.
3. Melakukan pengukuran suhu badan klien
4. Melakukan penghitungan frekuensi pernapasan.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik:

1. Kaji pengetahuan peserta didik pada awal pertemuan dengan melakukan pre-test sesuai kompetensi yang akan dilakukan (contoh soal dalam setiap bab, bila tidak mungkin ingatkan pada peserta didik untuk evaluasi secara mandiri dengan jujur untuk mengerjakan soal, tanpa terlebih dahulu melihat jawaban).
2. Bila peserta didik sudah siap untuk belajar praktikum, dosen atau fasilitator siap untuk mendampingi (*Bed Side Teaching*), teman lain bertindak sebagai observer.
3. Dosen atau fasilitator memberikan umpan balik hasil unjuk kerja mahasiswa, dan mahasiswa diberikan kesempatan untuk menyampaikan kesulitan yang dialami selama melakukan prosedur tindakan.
4. Dosen atau fasilitator pada waktu berbeda mengadakan evaluasi praktikum dengan langkah pertama mengkaji pengetahuan mahasiswa (soal yang ada pada bab), langkah kedua evaluasi unjuk kerja prosedur keperawatan (instrumen penilaian kompetensi ada pada bab) sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

Instrumen Penilaian:

Instrumen penilaian ini digunakan oleh pembimbing pendamping untuk mengevaluasi dan menilai anda dalam pencapaian pembelajaran praktikum setelah Anda belajar mandiri beberapa kali latihan dan Anda merasa sudah siap untuk dievaluasi. Instrumen penilaian memuat elemen kompetensi sesuai dengan prosedur tindakan dan indikator penilaian. Indikator penilaian dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur, sedangkan aspeknya meliputi aspek keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Bila saudara belum dianggap mampu mencapai kompetensi, maka saudara diberikan waktu untuk mengulang prosedur tindakan sesuai dengan SOP yang ditetapkan, dan saudara akan didampingi oleh fasilitator atau dosen pengampu.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan dalam Mengukur Tekanan Darah

A. PRINSIP DASAR:

Pemeriksaan tanda-tanda vital adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengkaji keadaan klien sebelum kita menentukan diagnosa keperawatan yang selanjutnya sebagai dasar melakukan asuhan keperawatan. Pemeriksaan tanda-tanda vital wajib dilakukan untuk memberi gambaran awal klien yang akan kita asuh. Dengan pemeriksaan tanda-tanda vital yang akurat dapat diketahui keadaan klien baik yang baru maupun yang sudah lama dirawat, karena perubahan tanda vital merupakan indikator perkembangan klien.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR TEKanan DARAH/TENSI

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui tekanan darah/tensi.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien baru. 2. Pasien yang memiliki penyakit hipertensi, jantung dan penyakit kronis lainnya.
Tujuan	Mengetahui tekanan darah.
Persiapan tempat dan alat	Baki berisi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sphignomanometer air raksa/jarum yang siap pakai. 2. Stetoskop. 3. Buku catatan. 4. Alat tulis.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Atur posisi pasien dalam keadaan rileks berbaring atau duduk.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur pencahayaan. 2. Tutup pintu dan jendela. 3. Mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik).
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Memberi tahu pasien bahwa tindakan segera dilaksanakan. 3. Letakkan tensi meter disamping atas lengan yang akan dipasang manset pada titik paralax. 4. Meminta /membantu pasien untuk membuka/menggulung lengan baju sebatas bahu. 5. Pasang manset pada lengan bagian atas sekitar 3 cm di atas fossa cubiti dengan pipa karet di lengan atas. 6. Memakai stetoskop pada telinga. 7. Meraba arteri brakhialis dengan jari tengah dan telunjuk. 8. Meletakkan stetoskop bagian bell di atas arteri brakhialis. 9. Mengunci skrup balon karet. 10. Pengunci air raksa dibuka. 11. Balon dipompa lagi sehingga terlihat air raksa di dalam pipa naik (30 mm Hg) sampai denyut arteri tidak terdengar. 12. Membuka skrup balon dan menurunkan tekanan perlahan kira-kira 2 mm Hg/detik. 13. Mendengar dengan teliti dan membaca skala air raksa sejajar dengan mata, pada skala berapa mulai terdengar bunyi denyut pertama sampai suara denyut terakhir

	<p>terdengar lambat dan menghilang.</p> <p>14. Mencatat denyut pertama sebagai tekanan sistolik dan denyut terakhir sebagai tekanan diastolik.</p> <p>15. Pengunci air raksa ditutup kembali.</p> <p>16. Melepas stetoskop dari telinga.</p> <p>17. Melepas manset dan digulung dengan rapi dan dimasukkan dalam kotak kemudian ditutup.</p> <p>18. Merapikan pasien dan mengatur kembali posisi seperti semula.</p> <p>19. Memberi tahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan.</p> <p>20. Alat-alat dirapikan dan disimpan pada tempatnya.</p> <p>21. Mencuci tangan.</p>
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA-TANDA
VITAL DENGAN MENGUKUR TEKANAN DARAH**

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan dalam Menghitung Denyut Nadi

A. PRINSIP DASAR:

Denyut nadi adalah getaran/denyut darah didalam pembuluh darah arteri akibat kontraksi ventrikel kiri jantung. Denyut nadi dapat dirasakan dengan palpasi yaitu dengan tangan disepanjang jalannya pembuluh darah arteri, terutama pada tempat tonjolan tulang dengan sedikit menekan diatas pembuluh darah arteri. Faktor yang mempengaruhi frekuensi denyut nadi manusia bervariasi, yakni: usia, jenis kelamin, ukuran tubuh, kehamilan, keadaan kesehatan, riwayat kesehatan, kebiasaan konsumsi rokok dan kafein, intensitas dan lama kerja, sikap kerja, faktor fisik dan kondisi psikis.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGHITUNG DENYUT NADI

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui denyut nadi
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien baru 2. Pasien yang memiliki penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya.
Tujuan	Mengetahui denyut nadi.
Persiapan tempat dan alat	Baki berisi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Arloji tangan yang mempunyai petunjuk detik atau pols-teller. 2. Buku catatan. 3. Alat tulis.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Mengatur posisi pasien.
Persiapan Lingkungan	Pintu dan jendela ditutup
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Mempersilakan pasien untuk berbaring/duduk dengan tenang di tempat tidur. 3. Membawa alat-alat ke dekat pasien. 4. Meraba tangan pasien pada pergelangannya dengan jari telunjuk, jari tengah dan manis sampai teraba denyut nadi arteri radialis. 5. Tangan yang lain memegang alat penghitung nadi /arloji. 6. Menghitung denyut nadi selama seperempat menit (15 detik). 7. Hasilnya dikalikan empat. 8. Mencatat hasilnya. 9. Merapikan pasien dan mengembalikan pasien ke posisi semula. 10. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan. 11. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula. 12. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan lain-lain dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA-TANDA
VITAL DENGAN MENGHITUNG DENYUT NADI**

Kompetensi 3

Tindakan Keperawatan dalam Mengukur Suhu Badan

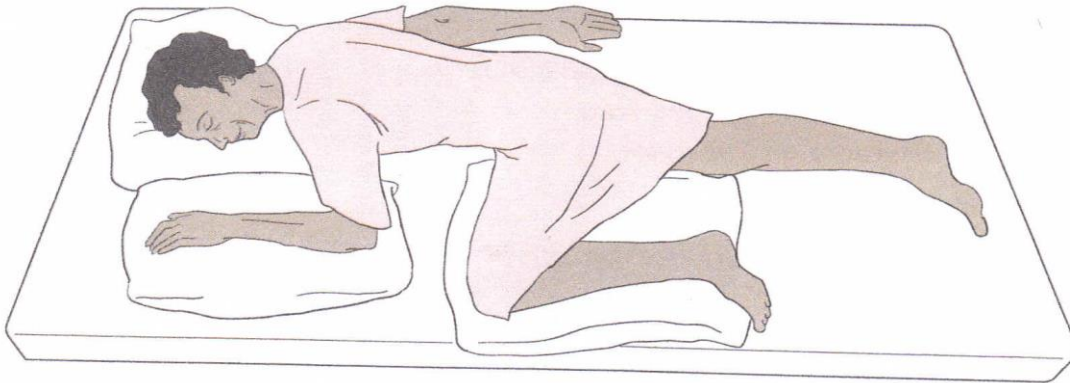
A. PRINSIP DASAR:

Suhu badan adalah derajat panas yang dihasilkan oleh tubuh manusia sebagai keseimbangan pembakaran dalam tubuh dengan pengeluaran panas melalui keringat, pernapasan, sisa pembuangan (eksresi).

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR SUHU BADAN

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilakukan dengan meletakkan alat pengukur suhu (thermometer) di bawah ketiak pasien.
Indikasi	Pasien dengan keadaan demam (suhu tubuh > 37°C).
Tujuan	Mengetahui suhu tubuh pasien.
Persiapan tempat dan alat	Baki berisi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer badan untuk ketiak. 2. Larutan disinfektan dalam botol/gelas. 3. Larutan sabun dalam botol/gelas. 4. Air bersih dingin dalam botol/gelas. 5. Kain kassa kering/tissu dalam tempatnya. 6. Lab/handuk kering. 7. Bengkok untuk tempat kotoran. 8. Buku catatan dan pulpen/pensil .
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi yang nyaman. 2. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan mengukur suhu badan.
Persiapan Lingkungan	Tutup pintu dan jendela.
Pelaksanaan	<p>A. Mengukur suhu melalui oral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan termometer. 2. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C. 3. Letakkan termometer di bawah lidah. 4. Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir hingga 3-8 menit. 5. Angkat dan baca termometer. 6. Bersihkan termometer. 7. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya. 8. Cuci tangan. 9. Lakukan dokumentasi. <p>B. Mengukur suhu melalui rektal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur lingkungan. 2. Bersihkan termometer. 3. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C. 4. Beri gel pada ujung termometer. 5. Atur posisi klien dengan posisi Sims. Lihat Gambar 1.1. 6. Masukkan termometer ke dalam anus. 7. Tahan termometer selama 2-4 menit.

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Angkat termometer. 9. Bersihkan termometer. 10. Baca dengan teliti. 11. Bersihkan anus klien dari pelumas/gel. 12. Bantu klien ke posisi semula. 13. Cuci termometer dan letakkan kembali ke tempatnya. 14. Cuci tangan dengan sabun an keringkan. 15. Lakukan dokumentasi. <p>C. Mengukur suhu melalui aksila/ketiak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk/ lab kering. 2. Membasuh termometer dengan air dingin bila termometer direndam dalam larutan disinfektan. 3. Mengeringkan termometer dengan tisu/kassa kering dari ujung (berisi air raksa) ke arah pegangan. 4. Membuang kasa/tisu kotor ke dalam bengkok. 5. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai angka 35 atau di bawahnya. 6. Memberi tahu klien bahwa tindakan akan segera dilaksanakan. 7. Membawa alat-alat ke dekat pasien. 8. Meminta dan membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak. 9. Mengeringkan salah satu ketiak pasien dengan lab/handuk kering. 10. Memasang termometer pada tengah ketiak. 11. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada. 12. Membiarkan termometer di ketiak selama 6-8 menit. 13. Mengambil termometer dari ketiak pasien. 14. Membersihkan termometer dengan tisu/kassa dari pangkal ke arah ujung. 15. Membuang tisu/kassa kotor ke dalam bengkok. 16. Membaca tinggi air raksa di dalam termometer . 17. Mencatat hasil pengukuran pada buku atau catatan keperawatan. 18. Menurunkan air raksa di dalam termometer. 19. Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan. 20. Merapikan kembali pakaian pasien. 21. Mengembalikan posisi pasien pada posisi yang nyaman. 22. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan. 23. Membilas termometer dengan kassa/tisu yang dibasahi larutan sabun. 24. Membuang tisu/kassa kotor ke dalam bengkok. 25. Mencelupkan termometer ke dalam air bersih. 26. Mengeringkan termometer dengan kassa/tisu kering. 27. Membuang kassa / tisu kotor ke dalam bengkok. 28. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula. 29. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk /lap kering/tisu.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<p>Observasi suhu tubuh pasien dan tanyakan kenyamanan pasien setelah tindakan.</p>



Gambar 1.1. Posisi Sims

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL DENGAN
MENGUKUR SUHU BADAN MELALUI ORAL, REKTAL DAN KETIAK**

Kompetensi 4

Tindakan Keperawatan dalam Menghitung Frekuensi Pernafasan

A. PRINSIP DASAR:

Pemeriksaan pernafasan merupakan salah satu indikator untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan yang terdiri dari mempertahankan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru dan pengaturan keseimbangan asam-basa.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGHITUNG FREKUENSI PERNAFASAN

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghitung frekuensi pernafasan. Satu-satunya ketrampilan keperawatan yang dalam melakukannya tanpa memberitahu klien sebelumnya.
Indikasi	Klien dengan gangguan pernafasan, semua klien yang dirawat.
Tujuan	Mengetahui frekuensi pernafasan klien.
Persiapan tempat dan alat	Baki berisi: 1. Arloji yang berdetik/polsteller. 2. Buku catatan dan pulpen/pensil.
Persiapan pasien	Posisi yang nyaman (biasanya dilakukan bersamaan dengan menghitung frekuensi denyut nadi).
Persiapan Lingkungan	Memberitahu pasien lain atau keluarganya untuk tidak mengajak bicara pasien selama dilakukan tindakan.
Pelaksanaan	Setelah menghitung denyut nadi dilanjutkan dengan menghitung pernafasan (dengan posisi tangan tidak dilepas/seperti menghitung denyut nadi). 1. Hitung siklus pernafasan klien (1 inspirasi dan 1 ekspirasi) selama 1 menit (untuk anak-anak berumur < 2 tahun atau pada dewasa yang irama pernafasannya tidak teratur), atau 30 detik bila irama teratur. 2. Perhatikan pula irama dan kedalaman pernafasan klien. 3. Cuci tangan dan keringkan dengan lap kering bersih/tissu. 4. Catat hasil pada lembar dokumentasi.
Evaluasi	Observasi frekuensi pernafasan klien dan tanyakan kenyamanan an pasien setelah tindakan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti.
Evaluasi	1. Pernafasan klien dalam batas normal. 2. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMERIKSAAN TANDA-TANDA
VITAL DENGAN MENGHITUNG FREKUENSI PERNAFASAN**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA:

1. Faktor- faktor yang mempengaruhi perubahan tanda-tanda vital.
2. Batasan nilai normal tanda-tanda vital.
3. Indikasi pengukuran.
4. Cara kerja dan hal-hal yang harus diperhatikan.

Instrumen Penilaian Kompetensi Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

A. MENGUKUR TEKANAN DARAH/TENSI

Kode Unit	:	KDM//Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital		
Judul Unit	:	Melakukan pengkajian		
Uraian Unit	:	Mengukur Tekanan Darah/Tensi		
Petunjuk	:	Memberi tanda \surd bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Kaji tekanan darah sebelumnya dan adanya perubahan status kesehatan pada tempat yang akan dilakukan pengukuran 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Kontrak waktu dilakukan dengan klien 5. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat-alat disiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat-alat dibawa ke dekat klien		
3.	Melaksanakann pengukuran tekanan darah/tensi	1. Tangan dicuci sampai bersih 2. Atur posisi yang nyaman bagi klien. 3. Lilitkan manset 4. Pasang stetoskop di telinga dengan benar 5. Letakkan manometer sejajar dengan mata dan jarak ± 1 meter 6. Letakkan bagian diafragma stetoskop 7. Pompa, naikkan air raksa 8. Turunkan air raksa secara perlahan 9. Turunkan air raksa sampai angka 0 10. Lepaskan manset dan bantu klien mengembalikan bajunya, dan beritahu hasil pemeriksaan serta beritahu bahwa pemeriksaan sudah selesai dilakukan. 11. Rapiakan alat-alat dan tangan dicuci dengan bersih 12. Catat hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada lembar dokumentasi		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Perubahan tekanan darah dari sebelumnya, normal/tidak 2. Respon keadaan dan lain-lain dan kenyamanan pasien setelah tindakan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar. 2. Respon klien setelah tindakan dicatat		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

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

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan:

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100 % = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80 % = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. PENILAIAN PENGUKURAN FREKUENSI DENYUT NADI

Kode Unit	:	KDM/II/Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital			
Judul Unit	:	Melakukan pengkajian			
Uraian Unit	:	Menghitung Frekuensi Denyut Nadi			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No,	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1.	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien 2. Identifikasi tanda-tanda vital pada klien. 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Kontrak waktu dilakukan dengan pasien. 5. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	Baki beralas berisi: 1. Jam tangan yang berdetik/polsteller 2. Pena/kertas/buku catatan			
3.	Melaksanakan menghitung frekuensi denyut nadi	Setelah mengukur suhu dilanjutkan dengan menghitung denyut nadi (radialis), dengan cara: 1. Letakkan 3 jari tangan kanan (telunjuk,jari tengah, jari manis) di daerah arteri radialis. 2. Tekan nadi tersebut dengan tekanan yang cukup 3. Hitung frekuensi denyut nadi selama 15 detik (jika denyut nadi teratur) kemudian dikalikan 4, tetapi jika denyut tidak teratur hitung selama 1 menit. 4. Perhatikan keteraturan denyutan dan kekuatan denyutan 5. Rapihan klien 6. Cuci tangan dengan bersih 7. Lakukan dokumentasi			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Respon keadaan dan lain-laindan kenyamanan pasien selama dan setelah tindakan 2. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar			
Jumlah					

Catatan : Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100 % = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80 % = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

C. PENILAIAN PENGUKURAN SUHU BADAN

Kode Unit :	KDM/I/Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital			
Judul Unit :	Melakukan pengkajian			
Uraian Unit :	Mengukur suhu badan			
Petunjuk :	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A.Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Identifikasi tanda-tanda vital pada klien 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Kontrak waktu dilakukan dengan pasien 5. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman 6. Klien dalam keadaan sadar penuh.		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan disiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Melaksanakan mengukur suhu	3.1 Mengukur suhu melalui oral 1. Bersihkan termometer. 2. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C. 3. Letakkan termometer di bawah lidah. 4. Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir hingga 3-8 menit. 5. Angkat dan baca termometer 6. Bersihkan termometer. 7. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya. 8. Cuci tangan 9. Lakukan dokumentasi		
		3.2 Mengukur suhu melalui rektal 16. Mengatur lingkungan 17. Bersihkan termometer. 18. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C 19. Beri gel pada ujung termometer 20. Atur posisi klien dengan posisi Sims 21. Masukkan termometer ke dalam anus 22. Tahan termometer selama 2-4 menit 23. Angkat termometer 24. Bersihkan termometer 25. Baca dengan teliti 26. Bersihkan anus klien dari pelumas/gel 27. Bantu klien ke posisi semula 28. Cuci termometer dan letakkan kembali ke tempatnya. 29. Cuci tangan dengan sabun an keringkan 30. Lakukan dokumentasi		
		3.3 Mengukur suhu melalui aksila/ketiak 1. Lakukan prosedur yang sama dengan mengukur suhu rektal 2. Mengatur posisi klien (tidur/duduk) 3. Buka baju klien 4. Keringkan aksila dengan Tisu (hal ini bisa dilakukan oleh		

		klien sendiri) 5. Letakkan ujung termometer/bagian air raksa di bagian tengah ketiak klien, kemudian tangan klien disilangkan 6. Minta klien untuk menahan termometer selama 10-15 menit 7. Angkat termometer dan bersihkan dari atas ke bawah. 8. Baca termometer sejajar dengan mata 9. Cuci termometer, dengan air desinfektan, air sabun, air DTT 10. Kembali klien ke posisi semula, rapikan klien (bila perlu bantu mengenakan bajunya) 11. Cuci tangan dengan bersih, lakukan dokumentasi		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Peningkatan suhu klien 2. Respon keadaan dan lain-lainnya kenyamanan pasien setelah tindakan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Hasil pengukuran suhu dicatat 2. Respon klien setelah tindakan dicatat		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100 % = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80 % = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

D. PENILAIAN MENGHITUNG FREKUENSI PERNAPASAN

Kode Unit	:	KDM/II/Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital		
Judul Unit	:	Melakukan pengkajian		
Uraian Unit	:	Menghitung Frekuensi Pernafasan		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 3. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien meliputi: 1. Jam tangan yang berdetik/polsteller 2. Pena dan kertas/buku catatan		
3.	Melaksanakan menghitung frekuensi pernafasan	Setelah menghitung denyut nadi, lanjutkan dengan menghitung frekuensi penafasan (dengan posisi tangan tidak dilepas seperti saat menghitung nadi). 1. Hitung frekuensi pernafasan 2. Catat dalam lembar dokumentasi 3. Cuci tangan dengan bersi		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Respon keadaan dan lain-laindan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100 % = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
 B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Kegiatan Praktikum 2

Pemeriksaan Fisik

Pokok Bahasan:

Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis adalah sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. Rekam medis dan pemeriksaan fisik akan membantu dalam penegakan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien.

Kompetensi Khusus:

Setelah melaksanakan praktikum pemeriksaan fisik ini, diharapkan saudara mampu.

1. Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi.
2. Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara palpasi.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik.

1. Kaji pengetahuan peserta didik pada awal pertemuan dengan melakukan pre-test sesuai kompetensi yang akan dilakukan (contoh soal dalam setiap bab, bila tidak mungkin ingatkan pada peserta didik untuk evaluasi secara mandiri dengan jujur untuk mengerjakan soal, tanpa terlebih dahulu melihat jawaban).
2. Bila peserta didik sudah siap untuk belajar praktikum, dosen atau fasilitator siap untuk mendampingi (*Bed Side Teaching*), teman lain bertindak sebagai observer.
3. Dosen atau fasilitator memberikan umpan balik hasil unjuk kerja mahasiswa, dan mahasiswa diberikan kesempatan untuk menyampaikan kesulitan yang dialami selama melakukan prosedur tindakan.
4. Dosen atau fasilitator pada waktu berbeda mengadakan evaluasi praktikum dengan langkah pertama mengkaji pengetahuan mahasiswa (soal ada pada bab), langkah kedua evaluasi unjuk kerja prosedur keperawatan (instrumen penilaian kompetensi ada pada bab) sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

Instrumen Penilaian:

Instrumen penilaian ini digunakan oleh pembimbing pendamping untuk mengevaluasi dan menilai Anda dalam pencapaian pembelajaran praktikum setelah Anda belajar mandiri beberapa kali latihan dan Anda merasa sudah siap untuk dievaluasi. Instrumen penilaian memuat elemen kompetensi sesuai dengan prosedur tindakan dan indikator penilaian. Indikator penilaian dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur, sedangkan aspeknya meliputi aspek keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Bila saudara belum dianggap mampu mencapai kompetensi, maka saudara diberikan waktu untuk mengulang prosedur tindakan sesuai dengan SOP yang ditetapkan, dan saudara akan didampingi oleh fasilitator atau dosen pengampu.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemeriksaan Fisik dengan Cara Inspeksi

A. PRINSIP DASAR:

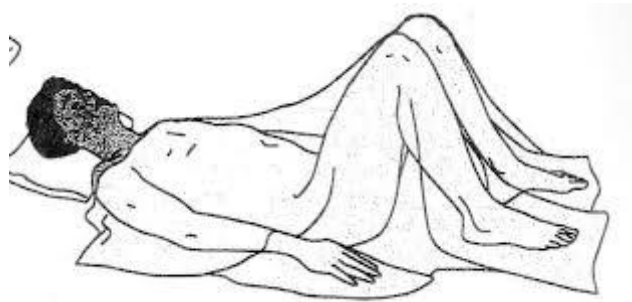
Pemeriksaan fisik merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk melengkapi pemeriksaan tanda-tanda vital sebagai data dasar sebelum melakukan asuhan keperawatan. Pemeriksaan fisik ini dilakukan sesuai kebutuhan, maksudnya bisa dilakukan utuh dari kepala sampai ke kaki (*head to toe*), namun bisa juga hanya tempat yang diperlukan saja (sebagian dari tubuh klien), yang penting adalah pemeriksaan dilakukan dengan tetap memperhatikan rasa nyaman, privacy klien dan kehormatan klien. Dalam melakukan pemeriksaan fisik perawat memeriksa perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuh klien dengan membandingkan ke keadaan normal. Perubahan yang terjadi dicatat sebagai dasar nanti ketika melakukan asuhan keperawatan.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK DENGAN CARA INSPEKSI

Pengertian	Suatu kegiatan melakukan pemeriksaan fisik dengan penglihatan atau inspeksi.
Indikasi	Semua pasien.
Tujuan	Mendeteksi masalah kesehatan dengan penglihatan atau inspeksi dan menegaskan diagnose.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Senter, lampu kepala, lampu. 2. Optalmoskop. 3. Otoskop. 4. Tongue Spatel. 5. Sarung tangan. 6. Spekulum hidung. 7. Spekulum vagina. 8. Buku catatan/format pengkajian. 9. Alat tulis.
Persiapan pasien	Menjelaskan kepada pasien tentang prosedur/tindakan yang akan dilakukan.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur pencahayaan. 2. Menutup pintu, jendela, dan memasang sampiran.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Memberitahu pasien akan dilakukan pemeriksaan. 3. Membawa alat ke dekat pasien. 4. Melakukan inspeksi secara sistematis, meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan kulit, yaitu: kebersihan, warna, jaringan parut. b. Pemeriksaan kepala, yaitu: kesimetrisan muka, distribusi rambut/kebersihan, kebersihan kulit kepala. c. Pemeriksaan mata, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Mengamati kelopak mata (bentuk, bulu mata dengan cara menganjurkan pasien menutup/membuka kedua mata),

	<ul style="list-style-type: none"> • Mengamati keadaan konjungtiva dan sklera dengan cara: menganjurkan pasien memandang lurus ke depan, menarik kelopak mata bagian bawah ke bawah menggunakan ibu jari, mengamati keadaan konjungtiva dan kantong konjungtiva, catat warna, atau adanya pus, mengamati sklera meliputi: ikterus, warna iris dan ukuran bentuk pupil, reaksi pupil dengan menyinarkan cahaya pada pupil. • Mengamati gerakan mata dengan cara: perawat mendekatkan jari telunjuk (posisi lurus) dengan jarak 15-30 cm, menggerakkan jari telunjuk ke-8 arah, memberitahu pasien untuk mengikuti gerakan jari. <p>d. Pemeriksaan telinga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telinga luar, dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien dalam posisi duduk, - Perawat duduk menghadap ke sisi telinga yang akan dikaji, - Mengatur pencahayaan, - Mengamati bentuk, warna, masa, lesi, ukuran, • Telinga dalam, Dengan cara memasukan otoskop ke lubang telinga: <ul style="list-style-type: none"> - Mengamati dinding lubang telinga adanya kotoran, radang, dan benda asing. - Mengamati membran tympani meliputi bentuk, warna transparansi, darah, dan cairan. <p>e. Pemeriksaan hidung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagian luar <ul style="list-style-type: none"> - Mengamati bentuk, warna kulit, kesimetrisan lubang hidung. • Bagian dalam <ul style="list-style-type: none"> - Menengadahkan kepala pasien. - Memasukan spekulum pada lubang hidung . - Mengamati rongga hidung : warna, sekresi, dan bengkak. <p>f. Pemeriksaan mulut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibir: warna, ulkus, lesi. • Gigi: posisi, jarak ukuran warna. • Lidah: warna, ulkus. • Selaput lendir: warna, bengkak, ulkus, sekresi, perdarahan. • Kebersihan dan bau mulut. <p>g. Pemeriksaan leher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien melepas baju. • Mengatur pencahayaan. • Melakukan inspeksi leher : warna kulit, pembengkakan. • Inspeksi tyroid dengan cara pasien disuruh menelan. <p>h. Pemeriksaan dada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien melepas baju sebatas pinggang. • Mengatur posisi pasien duduk/berdiri. • Melakukan inspeksi dada dari 4 sisi (depan, belakang, kanan, kiri) pada saat istirahat, inspirasi dan ekspirasi. • Mengamati keadaan kulit dada. • Memeriksa payudara dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi duduk pasien menghadap ke depan, telanjang dada dengan kedua lengan rileks di sisi tubuh. - Melakukan inspeksi: ukuran bentuk, kesimetrisan, kulit, warna aerola. <p>i. Pemeriksaan perut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien melepas baju. • Mengatur posisi yang tepat. • Melakukan inspeksi : bentuk, kulit, kesimetrisan.
--	--

	<p>j. Pemeriksaan Anus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien mengatur posisi dorsal recumbent (paha berotasi keluar, lutut fleksi dan menutup bagian tubuh tidak diperiksa). Lihat Gambar 1.2 untuk posisi dorsal recumbent. • Melakukan inspeksi pada anus: haemoroid, lesi atau kemerah-merahan. <p>k. Pemeriksaan alat kelamin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alat kelamin pria <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pasien untuk membuka pakaian bawah. - Melakukan inspeksi : rambut pubis, kulit dan ukuran, memegang penis dan membuka kulub penis, mengamati lubang uretra, ulkus, radang. • Alat kelamin wanita <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pasien membuka pakaian bawah. - Membantu posisi litotomi. - Mengamati : rambut pubis, kulit, lesi, eritema. - Membuka labia mayora, mengamati: bengkak, ulcus, secret. <p>5. Pemeriksaan anggota gerak.</p> <p>6. Mengamati bagian anggota gerak: warna kulit, bengkak, lesi, ulkus, kesimetrisan.</p> <p>7. Memberitahu pasien bahwa pemeriksaan telah selesai dilakukan.</p> <p>8. Merapikan pasien dan mengembalikan posisi pasien seperti semula.</p> <p>9. Mencatat hasil pemeriksaan dalam format pengkajian.</p> <p>10. Mengembalikan alat pada tempatnya.</p> <p>11. Mencuci tangan.</p>
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanisme</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan pasien setelah tindakan.



Gambar 1.2. Posisi Dorsal Recumbent

LIHAT VIDEO PROSEDUR MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK DENGAN CARA INSPEKSI

c. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Keadaan tubuh normal sebagai pembanding bila ditemukan hal yang tidak normal.
2. Tanda-tanda perubahan tubuh tidak normal.
3. Tujuan pemeriksaan.
4. Konsep manusia.

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemeriksaan Fisik dengan Cara Palpasi

A. PRINSIP DASAR:

Pemeriksaan fisik dengan cara palpasi adalah menyentuh atau merasakan dengan tangan adalah langkah kedua pada pemeriksaan pasien dan digunakan untuk menambah data pemeriksaan.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK DENGAN CARA PALPASI

Pengertian	Suatu kegiatan melakukan pemeriksaan fisik dengan perabaan.
Indikasi	Semua pasien .
Tujuan	Mendeteksi masalah kesehatan dengan perabaan dan menegakkan diagnose.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: Buku catatan dan alat tulis.
Persiapan pasien	1. Menjelaskan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. 2. Mengatur posisi pasien rileks dan sesuai dengan daerah yang akan dipalpasi.
Persiapan Lingkungan	1. Memasang sketsel. 2. menyiapkan ruangan dengan cukup pencahayaan.
Pelaksanaan	1. Mencuci tangan. 2. Memastikan area yang akan dipalpasi. 3. Melakukan palpasi pada area yang ditentukan secara sistematis. 4. Menentukan bentuk dan struktur organ menggunakan jari 2, 3, 4, secara bersamaan. 5. Bila diperlukan melakukan palpasi dengan kedua tangan. 6. Memperhatikan reaksi pasien selama dilakukan palpasi. 7. Menjelaskan pada pasien bahwa pemeriksaan sudah selesai. 8. Mencatat hasil pemeriksaan. 9. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan : 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanisme</i> .
Evaluasi	Tanyakan keadaan pasien setelah tindakan.

LIHAT VIDEO PROSEDUR MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK DENGAN CARA PALPASI

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Keadaan tubuh normal sebagai pembanding bila ditemukan hal yang tidak normal.
2. Tanda-tanda perubahan tubuh tidak normal.
3. Tujuan pemeriksaan.
4. Konsep manusia.

Instrumen Penilaian Kompetensi Penilaian Pemeriksaan Fisik

A. MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK DENGAN CARA INSPEKSI

Kode Unit	:	KDM/II/Pemeriksaan Fisk		
Judul Unit	:	Pengkajian		
Uraian Unit	:	Melakukan Pemeriksaan Fisik		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien dan keluarga 2. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 3. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Melaksanakan pemeriksaan fisik sistem tubuh	1. Mengatur lingkungan dan menjaga privacy klien. 2. Mengatur posisi klien nyaman mungkin bagi klien. 3. Mengkaji penampilan umum dan perilaku klien 4. Mengukur berat badan klien 5. Mengukur tinggi badan klien 6. Mengkaji status gizi klien 7. Pemeriksaan kepala 8. Pemeriksaan mata 9. Pemeriksaan mulut 10. Pemeriksaan hidung dan sinus 11. Pemeriksaan telinga 12. Pemeriksaan leher 13. Pemeriksaan payudara 14. Pemeriksaan dada/thorax 15. Pemeriksaan jantung 16. Pemeriksaan perut/abdomen 17. Pemeriksaan genetelia 18. Pemeriksaan anus 19. Pemeriksaan ekstremitas 20. Merapikan alat dan cuci tangan dengan bersih 21. Melakukan dokumentasi		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Respon keadaan dan lain-lain dan kenyamanan pasien selama dan setelah tindakan 2. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan:

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100 % = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK DENGAN CARA PALPASI

Kode Unit	:	KDM//Pemeriksaan Fisk			
Judul Unit	:	Pengkajian			
Uraian Unit	:	Melakukan Pemeriksaan Fisik			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien dan keluarga 2. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 3. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Melaksanakan pemeriksaan fisik sistem tubuh	1. Mengatur lingkungan dan menjaga privacy klien. 2. Mengatur posisi klien nyaman mungkin bagi klien. 3. Mengkaji penampilan umum dan perilaku klien 4. Mengukur berat badan klien 5. Mengukur tinggi badan klien 6. Mengkaji status gizi klien 7. Pemeriksaan kepala 8. Pemeriksaan mata 9. Pemeriksaan mulut 10. Pemeriksaan hidung dan sinus 11. Pemeriksaan telinga 12. Pemeriksaan leher 13. Pemeriksaan payudara 14. Pemeriksaan dada/thorax 15. Pemeriksaan jantung 16. Pemeriksaan perut/abdomen 17. Pemeriksaan genetelia 18. Pemeriksaan anus 19. Pemeriksaan ekstremitas 20. Merapikan alat dan cuci tangan dengan bersih 21. Melakukan dokumentasi			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Respon keadaan dan lain-laindan kenyamanan pasien selama dan setelah tindakan 2. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Kegiatan Praktikum 3

Pemenuhan Kebutuhan Keamanan dan Kenyamanan

Keamanan dan kenyamanan merupakan salah satu kebutuhan yang juga harus terpenuhi bila kita sebagai manusia ingin kesehatannya tetap terjaga secara optimal. Tindakan keperawatan yang memenuhi kebutuhan keamanan-kenyamanan tidak hanya ditujukan kepada klien yang kita asuh, tetapi juga perlu diperhatikan keamanan-kenyamanan bagi kita sebagai petugas kesehatan. Pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan disini dilakukan untuk melindungi klien dan kita sebagai petugas kesehatan supaya tetap bisa menjaga kesehatan dan selalu dalam keadaan sehat baik jasmani, rohani maupun spiritual.

Pokok Bahasan: Pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan.

Kompetensi Khusus:

Setelah melaksanakan praktikum pemenuhan kebutuhan eliminasi urine ini, diharapkan saudara mampu:

1. Mahasiswa paham mengenai asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan pada klien.
2. Mahasiswa dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan pada klien.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik:

1. Kaji pengetahuan peserta didik pada awal pertemuan dengan melakukan pre-test sesuai kompetensi yang akan dilakukan (contoh soal dalam setiap bab, bila tidak mungkin ingatkan pada peserta didik untuk evaluasi secara mandiri dengan jujur untuk mengerjakan soal, tanpa terlebih dahulu melihat jawaban).
2. Bila peserta didik sudah siap untuk belajar praktikum, dosen atau fasilitator siap untuk mendampingi (*Bed Side Teaching*), teman lain bertindak sebagai observer.
3. Dosen atau fasilitator memberikan umpan balik hasil unjuk kerja mahasiswa, dan mahasiswa diberikan kesempatan untuk menyampaikan kesulitan yang dialami selama melakukan prosedur tindakan.
4. Dosen atau fasilitator pada waktu berbeda mengadakan evaluasi praktikum dengan langkah pertama mengkaji pengetahuan mahasiswa (soal ada pada bab), langkah kedua evaluasi unjuk kerja prosedur keperawatan (instrumen penilaian kompetensi ada pada bab) sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

Instrumen Penilaian:

Instrumen penilaian ini digunakan oleh pembimbing pendamping untuk mengevaluasi dan menilai Anda dalam pencapaian pembelajaran praktikum setelah anda belajar mandiri beberapa kali latihan dan anda merasa sudah siap untuk dievaluasi.

Intrumen penilaian memuat elemen kompetensi sesuai dengan prosedur tindakan dan indikator penilaian. Indikator penilaian dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur, sedangkan aspeknya meliputi aspek ketrampilan, pengetahuan, dan sikap. Bila saudara belum dianggap mampu mencapai kompetensi, maka saudara diberikan waktu untuk mengulang prosedur tindakan sesuai dengan SOP yang ditetapkan, dan saudara akan didampingi oleh fasilitator atau dosen pengampu.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan dalam Mengikat Klien (*restraint*) Pada Tangan dan Kaki

A. PRINSIP DASAR:

Restrain adalah suatu metode/cara pembatasan/restriksi yang disengaja terhadap gerakan/perilaku seseorang. Restrain dalam psikiatrik secara umum mengacu pada suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku di luar kendali yang bertujuan memberikan keamanan fisik dan psikologis individu.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGIKAT KLIEN (*RESTRAINT*) PADA TANGAN DAN KAKI

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk membantu klien dalam proses istirahat dan tidur.
Indikasi	Klien yang memiliki gangguan istirahat-tidur.
Tujuan	Membantu klien dalam proses istirahat-tidur.
Persiapan pasien	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin.
Persiapan Lingkungan	Lingkungan yang tenang, pasang sketsel, kalau perlu matikan lampu/pasang lampu tidur yang redup.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan restrain sesuai jenis pengikatan yang akan dilakukan. 2. Jelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai: <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan pemasangan restraint. b. Perawatan yang akan diberikan. c. Lama pemasangan. 3. Ajukan informed consent/nota persetujuan tindakan kepada pasien/keluarga sebelum tindakan. 4. Tutup pintu/jendela/tirai antar tempat tidur. 5. Cuci tangan. 6. Atur ekstremitas pasien dalam posisi anatomis. 7. Lindungi bagian tulang yang menonjol menggunakan kapas atau bantalan lembut lainnya. 8. Lakukan pengikatan pada pergelangan tangan atau kaki, dan pastikan bahwa ikatan cukup longgar dengan cara menyisipkan 2 jari di sela-sela restrain. 9. Buat ikatan/simpul yang nantinya mudah dilepas oleh perawat (bukan ikatan mati). 10. Ikatkan ujung restraint pada bagian tempat tidur yang memudahkan pasien untuk menggerakkan tangan dan kakinya, dan pastikan ikatan tidak dapat dijangkau pasien. 11. Lepaskan restraint sekurang-kurangnya tiap 2 jam atau sesuai dengan aturan rumah sakit dan kebutuhan pasien, serta gerak-gerakkan pergelangan tangan. 12. Selama pengikatan, lakukan hal-hal berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa tanda-tanda penurunan sirkulasi atau gangguan integritas kulit. b. Setelah ikatan dilepas, lakukan latihan pergerakan sendi. c. Observasi tanda-tanda gangguan sensori, yaitu: tidur yang berlebihan, cemas, panik, dan halusinasi. 13. Cuci tangan dengan prinsip bersih. 14. Catat/dokumentasikan hal-hal berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Alasan pemasangan restraint. b. Tindakan alternatif yang diberikan sebelum pemasangan waktu pemasangan dan

	waktu pelepasan. c. Hasil pengkajian untuk setiap shift (termasuk hal-hal yang dikaji dan hasilnya).
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti.
Evaluasi	1. Tanyakan keadaan dan lain-lain dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi tanda kegelisahan yang menyebabkan gangguan istirahat-tidur.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR MENGIKAT KLIEN (*RESTRAINT*)
PADA TANGAN DAN KAKI**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan dalam Mencuci Tangan Biasa

A. PRINSIP DASAR:

Mencuci tangan adalah menggosok kedua pergelangan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENCUCI TANGAN BIASA

Pengertian	Suatu kegiatan untuk membersihkan tangan dari agent penyebab penyakit dengan membersihkan jari, kuku, telapak tangan hingga pergelangan tangan dilakukan dengan sabun antiseptik atau alkohol paling tidak selama 10 sampai 15 detik.
Indikasi	Sebelum dan sesudah melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan tidak langsung pada pasien.
Tujuan	Mencegah infeksi nosokomial dan melindungi diri dari agen penyakit yang terdiri dari kuman.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: 1. Sabun cair atau batang. 2. Kran dengan air mengalir. 3. Lap tangan bersih dan kering atau alat pengering. 4. Hand lotion bila diperlukan.
Persiapan pasien	Pasang pengaman tempat tidur pasien, posisikan pasien dengan nyaman.
Persiapan Lingkungan	Terdapat <i>hand sanitizer</i> di bed pasien atau wastafel, sabun dan tisu di ruang rawat.
Pelaksanaan	1. Kedua tangan dibasahi di bawah air mengalir . 2. Sabun cair dituangkan dalam telapak tangan (2-4ml), atau bila menggunakan sabun batang digosokkan pada telapak tangan secukupnya. 3. Telapak tangan digosokkan dengan gerakan memutar sebanyak 10 kali. 4. Punggung tangan digosok dengan telapak tangan yang lain sambil meratakan sabun. 5. Membersihkan kuku dan jari-jari tangan dengan mulai kelingking samapai ibu jari dengan arah memutar masing-masing sebanyak 10 kali, kemudian kearah telapak tangan, punggung telapak tangan dan melingkari pergelangan tangan. Ulangi prosedur untuk tangan yang lain. 6. Tangan dibersihkan mulai pergelangan tangan, punggung dan telapak tangan sampai jari-jari tangan. 7. Tangan dikeringkan dengan lap atau alat pengering.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: Bekerja dengan teliti.
Evaluasi	Pastikan perawat mencuci tangan dengan tahapan yang benar dan lengkap.

LIHAT VIDEO PROSEDUR MENCUCI TANGAN BIASA

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 3

Tindakan Keperawatan dalam Mencuci Tangan Steril

A. PRINSIP DASAR:

Cuci tangan bedah adalah menghilangkan kotoran, debu dan organisme sementara secara mekanikal dan mengurangi flora tetap selama pembedahan. Tujuannya adalah mencegah kontaminasi luka oleh mikroorganisme dari kedua belah tangan. Cuci tangan dengan sabun biasa dan air yang diikuti dengan penggunaan penggosok dengan bahan dasar alkohol tanpa air yang mengandung klorheksidin menunjukkan pengurangan yang lebih besar pada jumlah mikrobial pada tangan, meningkatkan kesehatan kulit dan mereduksi waktu dan sumber daya.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENCUCI TANGAN STERIL

Pengertian	Suatu kegiatan untuk membersihkan tangan dari agent penyebab penyakit dengan membersihkan jari, kuku, telapak tangan hingga pergelangan tangan dengan menggunakan sabun antiseptik dan dikeringkan dengan handuk steril.
Indikasi	Sebelum dan sesudah melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan tidak langsung pada pasien.
Tujuan	Mencegah infeksi nosokomial dan melindungi diri dari agent penyakit mulai kuman sampai spora.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: 1. Sabun yang mengandung antiseptik. 2. Kran dengan air mengalir. 3. Pembersih kuku. 4. Sikat. 5. Handuk/lap steril .
Persiapan pasien	Pasien sudah dipersiapkan di ruang operasi mayor atau minor.
Persiapan Lingkungan	Siapkan alat dan bahan cuci tangan steril.
Pelaksanaan	1. Periksa adanya luka pada tangan dan jari. 2. Lepaskan jam tangan atau cincin. 3. Gunakan pakaian bedah, penutup kepala, masker wajah, pelindung mata jika dipakai. 4. Air dialirkan dengan pengontrol kaki atau siku. 5. Kedua tangan dibasahi dibawah air mengalir, mulai jari-jari sampai atas siku. Pertahan kan tangan atas berada setinggi siku selama prosedur. 6. Sabun antiseptik cair dituangkan dalam telapak tangan (2-4 ml) dengan siku atau pengontrol kaki. 7. Sabun diratakan mulai jari sampai 5 cm diatas siku. 8. Kuku jari bagian dalam dibersihkan dengan menggunakan pembersih kuku. Buang pembersih kuku. 9. Menyikat mulai ujung jari dan kuku 15 kali (selama ½ menit). 10. Jari-jari disikat dengan arah ke bawah selama 10 kali gerakan (kira-kira 1 menit). 11. Telapak dan punggung tangan disikat dengan arah memutar masing-masing selama 10 gerakan (kira-kira ½ menit). 12. Pergelangan sampai diatas siku dengan arah memutar 10 kali gerakan (selama 1 menit). 13. Mengulangi prosedur untuk tangan yang lain, buang sikat 14. Membersihkan tangan dengan air mengalir, mulai ujung jari sampai atas siku, dengan

	<p>tangan tetap berada diatas siku untuk masing-masing tangan.</p> <p>15. Matikan aliran air dengan menggunakan pengontrol kakiatau siku.</p> <p>16. Keringkan tangan dengan handuk steril mulai jari-jari kearah siku.</p> <p>17. Ulangi untuk tangan yang lain.</p>
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <p>Bekerja dengan teliti.</p>

LIHAT VIDEO PROSEDUR MENCUCI TANGAN STERIL

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 4

Tindakan Keperawatan dalam Memakai Masker

A. PRINSIP DASAR:

Alat pelindung diri adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya atau kecelakaan kerja. Standar alat pelindung diri seorang perawat adalah masker. Masker digunakan untuk mencegah masuknya material yang berpotensi infeksi ke dalam mulut, hidung atau mata perawat, selama prosedur dilakukan apabila darah/cairan tubuh lain dapat terpecah ke wajah perawat.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMAKAI MASKER

Pengertian	Suatu kegiatan untuk melindungi diri saat kontak langsung dengan pasien dengan menggunakan masker/penutup mulut dan hidung.
Indikasi	Melakukan asuhan keperawatan secara langsung dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien.
Tujuan	Melindungi diri saat melakukan asuhan keperawatan.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: Masker.
Persiapan pasien	Pasien juga mengenakan masker, supaya tidak terjadi perpindahan kuman.
Persiapan Lingkungan	1. Masker tersedia di ruangan pasien atau perawat. 2. Tersedianya tempat sampah medis.
Pelaksanaan	1. Mencuci tangan. 2. Memberi tahu pasien maksud perawat memakai masker. 3. Memasang masker menutupi hidung dan mulut, kemudian mengikat tali-talinya, tali bagian atas diikat ke belakang kepala melewati bagian atas telinga sedangkan tali bagian bawah diikat dibelakang leher. 4. Menanggalkan masker, dengan melepaskan ikatan tali-talinya kemudian masker dilipat dengan bagian luar di dalam. 5. Masker direndam dalam larutan lysol (masker disposable langsung dibuang). 6. Hal-hal yang harus diperhatikan: a. Masker hanya dipakai satu kali, kemudian dicuci atau dibuang. Jika masker sudah lembab berarti tidak efektif lagi dan harus diganti. b. Jangan Menggulung masker di leher dan kemudian dipakai lagi. c. Tidak memakai masker keluar lingkungan pasien. d. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Bekerja dengan teliti.

LIHAT VIDEO PROSEDUR MEMAKAI MASKER

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 5

Tindakan Keperawatan dalam Memakai Skort

A. PRINSIP DASAR:

Alat pelindung diri adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya atau kecelakaan kerja. Standar alat pelindung diri seorang perawat adalah Skort/celemek apron. Skort digunakan untuk melindungi petugas dari kemungkinan terkena percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan cairan berbahaya yang dapat mengenai petugas kesehatan.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMAKAI SKORT

Pengertian	Suatu kegiatan untuk melindungi diri saat kontak langsung dengan pasien dengan menggunakan skort.
Indikasi	Melakukan asuhan keperawatan secara langsung dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien.
Tujuan	Melindungi diri saat melakukan asuhan keperawatan.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: Skort sesuai ukuran, bertali, bersih.
Persiapan pasien	Posisikan klien dengan nyaman.
Persiapan Lingkungan	Skort tersedia di ruangan.
Pelaksanaan	1. Mencuci tangan. 2. Memakai skort. 3. Melepas skort dengan bagian dalam di luar, kemudian langsung dimasukan ke dalam kantong cucian. 4. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Bekerja dengan teliti.

LIHAT VIDEO PROSEDUR MEMAKAI SKORT

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 6

Tindakan Keperawatan dalam Memakai Sarung Tangan steril

A. PRINSIP DASAR:

Alat pelindung diri adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya atau kecelakaan kerja. Standar alat pelindung diri seorang perawat adalah sarung tangan steril. Untuk petugas bermanfaat mencegah kontak tangan dengan darah, cairan tubuh, benda yang terkontaminasi. Sedangkan untuk pasien bermanfaat mencegah kontak mikroorganisme dari tangan petugas memakai sarung tangan steril.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMAKAI SARUNG TANGAN STERIL

Pengertian	Suatu kegiatan untuk melindungi diri saat kontak langsung dengan pasien.
Indikasi	Perawatan pada pasien yang terdapat luka atau peralatan keperawatan yang harus terjaga kesterilannya.
Tujuan	Melindungi diri saat kontak langsung dengan pasien yang memiliki luka atau peralatan medis yang steril.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat : 1. Sarung tangan. 2. Piala ginjal yang berisi larutan desinfektan.
Persiapan pasien	Pastikan pasien nyaman dan saat memakai sarung tangan pastikan tidak tersentuh pasien.
Persiapan Lingkungan	Pastikan diletakan jauh dari alat non steril . Sarung tangan steril tersedia.
Pelaksanaan	1. Mencuci tangan. 2. Mengambil sarung tangan hingga lipatan jari-jari terlepas. 3. Memasukkan jari-jari tangan sesuai dengan jari-jari sarung tangan. 4. Lakukan juga tangan yang lain sama seperti atas. 5. Membuka sarung tangan, kemudian dimasukkan ke piala ginjal yang berisi larutan desinfektan. 6. Membereskan peralatan. 7. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i> .

LIHAT VIDEO PROSEDUR MEMAKAI SARUNG TANGAN STERIL

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 7

Tindakan Keperawatan dalam Mendesinfeksi Alat (logam, tenun, kasa)

A. PRINSIP DASAR:

Mendesinfeksi adalah suatu tindakan untuk membunuh kuman-kuman patogen dan apatogen, tetapi tidak termasuk sporanya pada peralatan perawatan dan kedokteran atau permukaan jaringan tubuh dengan menggunakan bahan desinfektan atau dengan cara mencuci, mengoleskan, merendam dan menjemur.

B. STANDAR OPERASIONAL MENDESINFEKSI ALAT (LOGAM, TENUN, KASA)

Pengertian	Suatu kegiatan untuk mensucihamakan alat-alat medis yang digunakan pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan dengan menggunakan bahan kimia.
Indikasi	Alat-alat medis yang digunakan saat pelaksanaan asuhan keperawatan berupa logam, tenun dan kasa.
Tujuan	Mencegah infeksi nosokomial yang berasal dari alat-alat medis.
Persiapan tempat dan alat	Alat: 1. Tempat untuk merendam alat (sesuai dengan keperluan). 2. Larutan desinfeksi misal: Lysol, Saflon.
Persiapan pasien	Menjauhkan pasien dari ruangan desinfeksi alat (logam, tenun, kasa).
Persiapan Lingkungan	Membuat ruangan khusus untuk desinfeksi alat (logam, tenun, kasa).
Pelaksanaan	1. Membersihkan alat dari kotoran. 2. Merendam alat selama 2 jam. 3. Membersihkan alat. 4. Membereskan alat.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: Hati-hati, rapi, teliti.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR MENDESINFEKSI ALAT
(LOGAM, TENUN, KASA)**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 8

Tindakan Keperawatan dalam Desinfeksi dengan Bahan Kimia

A. PRINSIP DASAR:

Desinfektan dengan bahan kimia adalah penggunaan bahan kimia atau pengaruh fisika digunakan untuk mencegah terjadinya infeksi atau pencemaran jasad renik seperti bakteri dan virus, juga untuk membunuh atau menurunkan jumlah mikroorganisme atau kuman penyakit lainnya.

B. STANDAR OPERASIONAL DESINFEKSI DENGAN BAHAN KIMIA

Pengertian	Suatu kegiatan untuk mensucikan alat-alat medis yang digunakan pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan dengan menggunakan bahan kimia.
Indikasi	Alat-alat medis yang digunakan saat pelaksanaan asuhan keperawatan.
Tujuan	Mencegah infeksi nosokomial yang berasal dari alat-alat medis.
Persiapan tempat dan alat	<p>Alat-alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Larutan desinfektan (klorin 1%, glutaraldehid 2%). 2. Desinfektan padat (formalin). 3. Peralatan yang akan didesinfeksi (dari kaca atau plastik). 4. Air steril/aquabides.
Persiapan pasien	Manjaukan pasien dari desinfektan berbahan kimia, supaya tidak membahayakan klien.
Persiapan Lingkungan	Desinfektan berbahan kimia tersedia, tersediannya ruangan dan alat khusus untuk mendesinfeksi dengan bahan kimia dan tersimpan dalam tempat yang aman.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan yang sudah dipakai, direndam dalam larutan desinfektan (lisol 0,5%) selama 2 jam. 2. Kemudian dicuci bersih. <p>Desinfeksi dengan larutan kimia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan yang bisa didesinfeksi dengan larutan kimia, yaitu peralatan dari plastik atau kaca. 2. Kemudian peralatan dimasukkan dalam larutan desinfektan yang sudah dipersiapkan (klorin 1% dalam aquabidest, glutaraldehid 2% dalam alkohol 90%), kemudian ditunggu sampai 90 menit. 3. Peralatan dicuci dalam air steril (aquabidest) dengan menggunakan korentrang steril. 4. Peralatan ditempatkan dalam bak instrumen dan bisa digunakan. <p>Desinfeksi dengan bahan kimia (Formalin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan yang bisa didesinfeksi dengan formalin, yaitu kassa dan sarung tangan, tetapi karena sifatnya iritatif, perlu dipertimbangkan bila mengenai pasien secara langsung. 2. Peralatan dimasukkan dalam dressing drum yang sudah diberikan formalin yang sebelumnya dibungkus kassa. 3. Dressing drum ditutup pori-porinya dan diberi label tanggal dan jam proses dimulai. 4. Ditunggu sampai 24 jam, baru bisa digunakan.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <p>Bekerja dengan teliti.</p>

LIHAT VIDEO PROSEDUR DESINFEKSI DENGAN BAHAN KIMIA

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Kompetensi 9

Tindakan Keperawatan dalam Sterilisasi Alat

A. PRINSIP DASAR:

Sterilisasi adalah suatu cara untuk membebaskan sesuatu (alat, bahan, mediadan lain-lain) dari mikroorganisme yang tidak diharapkan kehadirannya.

B. STANDAR OPERASIONAL STERILISASI ALAT

Pengertian	Suatu kegiatan untuk mensucihamakan alat-alat medis yang digunakan pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan.
Indikasi	Alat-alat medis yang digunakan saat pelaksanaan asuhan keperawatan.
Tujuan	Mencegah infeksi nosokomial yang berasal dari alat-alat medis.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: 1. Larutan desinfeksi (lisol, savlon, klorin). 2. Tempat untuk merendam alat. 3. Jenis sterilisator yang sesuai (autoclave, oven).
Persiapan pasien	Jauhkan pasien dari tempat sterilisasi alat kesehatan.
Persiapan Lingkungan	Tersedianya tempat, bahan dan alat untuk sterilisasi.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan yang sudah dipakai, direndam dalam larutan desinfektan selama 2 jam. 2. Kemudian dicuci bersih dan dikeringkan. 3. Sterilisasi dengan autoclave. 4. Peralatan yang bisa disterilisasi dengan autoclave, yaitu berbagai peralatan dari lateks , sarung tangan, kain (laken, kassa). 5. Peralatan dipisahkan sesuai dengan jenisnya, dan dibungkus dengan kain. Untuk sarung tangan bagian dalam ditaruh kassa atau kertas tahan air, kemudian dibungkus dengan kertas tahan air (kertas minyak). 6. Buka autoclave, isi bagian luar panci dengan air \pm 1500 ml. 7. Masukkan peralatan dalam panci, atur agar panas dapat merata. 8. Tutup pipa uap, kemudian panaskan dalam tungku pemanas. 9. Tunggu sampai panas pada termometer mencapai 20°F, kemudian buka pipa uap dan angkat dari sumber panas. 10. Tunggu sampai termometer menunjukkan angka 0, peralatan bisa diangkat. 11. Sterilisasi dengan oven. 12. Peralatan yang bisa disterilisasi dengan sterilisasi, yaitu berbagai peralatan dari logam (pinset, klem, dan lain-lain), kain (taken, kassa). Untuk gunting bedah akan mudah tumpul dengan sterilisasi ini, dan sarung tangan akan mudah rusak dengan sterilisasi ini. Untuk jenis peralatan dari kain akan mudah rusak juga dengan papas yang kurang merata pada oven. 13. Peralatan disusun berdasarkan dengan susunan rak dalam oven. 14. Kemudian atur tombol untuk pengaturan kerja otomatis atau manual. 15. Putar pengatur panas dan lamanya waktu pemanasan. Untuk pemanasan 160°C selama 60 menit, 170°C selama 40 menit dan 180°C selama 20 menit. 16. Kemudian tunggu oven bekerja sesuai dengan waktu yang ditentukan. Bila menggunakan kerja otomatis, oven akan langsung mati bila sudah sesuai dengan pengaturan waktu dan panas. Bila menggunakan pengaturan manual waktu dihitung mulai suhu oven mencapai suhu yang diinginkan, matika oven bila sudah selesai.. 17. Setelah dingin peralatan diangkat dan bisa digunakan atau disimpan dalam tempat yang steril.

Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan : 1. Bekerja dengan teliti.
-------	---

LIHAT VIDEO PROSEDUR STERILISASI ALAT

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien.
2. Tanda-tanda perubahan yang terjadi klien.
3. Indikasi tindakan yang dilakukan.
4. Tujuan tindakan yang dilakukan.

Instrumen Cek List Penilaian Kompetensi

A. MENGIKAT KLIEN (RESTRAINT) PADA TANGAN DAN KAKI

Kode Unit	:	KDM//Bebas Cedera/Memasang restraint		
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhan dan Keselamatan; bebas cedera		
Uraian Unit	:	Memasang Restraint		
Petunjuk	:	Memberi tanda ✓ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Data subjektif dan objektif tentang keamanan dan keselamatan pasien teridentifikasi. 2. Sebelum pemasangan restraint, beberapa alternatif tindakan-tindakan mempertahankan keamanan dan keselamatan dilakukan.		
2.	Melakukan Persiapan	1. Alasan pemasangan restraint dijelaskan dengan bahasa yang mudah dimengerti. 2. Meminta tandatangan nota persetujuan tindakan dengan sopan. 3. Peralatan disiapkan. 4. Prinsip privasi diterapkan.		
3.	Melaksanakan tindakan	1. Cuci tangan dengan prinsip bersih dilakukan. 2. Posisi tubuh sesuai anatomi normal dilakukan. 3. Bagian tulang yang menonjol dilindungi. 4. Pengikatan dilakukan pada pergelangan tangan atau kaki dengan ikatan/simpul yang mudah dilepas dibuat. 5. Pengikatan ujung restraint pada tempat yang memudahkan pasien bergerak tetapi tidak dapat dijangkau dilakukan. 6. Pelepasan restraint pada waktu-waktu tertentu dilakukan. 7. Kebutuhan dasar pasien selama pengikatan dipenuhi. 8. Tanda-tanda dampak pemeriksaan restraint diperiksa. 9. Cuci tangan dengan prinsip bersih dilakukan.		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Keamanan dan kenyamanan pasien dinilai. 2. Perkembangan kondisi pasien yang berkaitan dengan kenyamanan dinilai.		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Alasan pemasangan restraint dituliskan. 2. Tindakan yang diberikan sebelum selama dan saat pengikatan dicatat. 3. Perkembangan kondisi pasien yang berkaitan dengan keamanan dicatat.		

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. MENCUCI TANGAN BIASA

Kode Unit	:	KDM/I/Bebas Cedera/Memasang restraint		
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhan dan Keselamatan; bebas cedera		
Uraian Unit	:	Mencuci tangan biasa		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Data subjektif dan objektif tentang keamanan dan keselamatan pasien teridentifikasi. 2. Setelah mencuci tangan biasa.		
2.	Melakukan Persiapan	1. Peralatan disiapkan. 2. Prinsip privasi diterapkan.		
3.	Melaksanakan tindakan	1. Melepaskan semua aksesoris pada tangan dan gulung lengan baju sampai siku. 2. Melakuakn inspeksi tangan dan jari, adanya luka/sayatan. 3. Menjaga agar tangan dan pakaian tidak menyentuh wastafel (jika tangan menyentuh wastafel cuci tangan diulang). 4. Mengalirkan air, hindari percikan pada pakaian. 5. Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankannya lebih rendah dari siku. 6. Menaruh sedikit sabun/antiseptic (2-4 cc) untuk sabun batang, pegang dan gosok sampai berbusa. 7. Menggosok kedua lengan dengan cepat selama 10-15 detik. 8. Menggosok punggung tangan, sela-sela jari. 9. Menggosok ujung-ujung jari ke telapak tangan yang lain. 10. Membilas lengan dan tangan sampai bersih. 11. Menutup kran dengan siku. 12. Mengeringkan tangan dengan handuk atau pengering.		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Keamanan dan kenyamanan pasien dinilai. 2. Perkembangan kondisi pasien yang berkaitan dengan kenyamanan dinilai.		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Alasan pemasangan restraint dituliskan. 2. Tindakan yang diberikan sebelum selama dan saat pengikatan dicatat. 3. Perkembangan kondisi pasien yang berkaitan dengan keamanan dicatat.		

Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Buku 1, Buku 2, Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley
- Perry, at al. 2005. *Ketrampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: Kedokteran, EGC.
- Potter, P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia, Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*, edisi 4, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*. Malang.
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB II

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I

(RWAT3101)

PENDAHULUAN

Eliminasi normal adalah defekasi merupakan faeces normal tubuh yang penting bagi kesehatan membuang sisa metabolisme tubuh, seperti melalui gastrointestinal (berhubungan eliminasi fekal/buang air besar) dan perkemihan (berhubungan dengan eliminasi urin/berkemih). Hal ini merupakan fungsi dasar yang banyak orang mengalaminya. Bila salah satu sistem terganggu dan eliminasi normal tidak terjadi, maka sistem tubuh lain akan berpengaruh.

Masalah gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi yang saudara perlu pengawasan berhubungan dengan kontipasi, inkontinesia fekal dan urine, retensio urine dan lain-lain. Selain itu, gangguan eliminasi dapat memiliki dampak emosi, sosial dan aktivitas sehari-hari. Peran perawat adalah membantu klien memenuhi kebutuhan eliminasi antara lain, memasang pot, memberikan sempit gleserin, memberikan huknah rendah atau tinggi, mengeluarkan feses secara manual, memasang urinal dan pot, memasang kateter dan pasang kondom kateter.

Karena banyak klien dipulangkan ke rumah masih perlu belum mampu melakukan pemenuhan kebutuhan eliminasi secara mandiri dan masih perlu asuhan berkelanjutan, maka perlu bagi saudara menganjurkan kepada anggota keluarga pasien pada prosedur pemberian pot dan urinal dengan aman dan tepat. Pengalaman belajar praktikum adalah bentuk tindakan pembelajaran dilakukan di laboratorium baik di kelas maupun lahan praktek. Panduan praktikum kompetensi pemenuhan kebutuhan eliminasi akan dibahas beberapa tindakan keperawatan yang harus saudara kuasai.

Secara umum, kompetensi ini dibagi ke dalam beberapa prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri dua unit tahapan praktikum meliputi:

Unit pertama : Praktikum pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal atau bowel.

Unit kedua : Praktikum pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Praktikum yang dilaksanakan di laboratorium ini untuk meningkatkan kembali dan persiapan saudara meningkatkan keterampilan dalam praktik nyata yaitu praktik klinik keperawatan yang profesional. Pemaksaan belajar praktikum ini akan diberikan waktu 2 pertemuan belajar mandiri seperti lihat video atau dengan teman, dan 1 tatap muka belajar dengan pendampingan penuh oleh dosen atau fasilitator.

Tujuan buku panduan praktikum:

1. Memberikan arahan kepada anda dalam melaksanakan pembelajaran praktikum pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal dan urine.

2. Panduan bagi dosen atau fasilitator dalam melaksanakan pendampingan pembelajaran praktikum pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal dan urine.
3. Petunjuk untuk mengetahui dan memantau tingkat kemampuan saudara dalam melaksanakan prosedur keperawatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

Prosedur Umum:

1. Koordinator mata ajar KDM I menyusun jadwal praktikum kemudian diajukan kepada koordinator akademik, lalu diserahkan kepada penanggung jawab laboratorium.
2. Pelaksanaan praktikum dilakukan mulai satu minggu proses pembelajaran dimulai.

Kegiatan Praktikum 1

Pemenuhan kebutuhan eliminasi

Fekal atau Bowel

Pokok Bahasan: Pemenuhan kebutuhan klien dengan gangguan eliminasi fekal atau bowel.

Kompetensi Khusus:

Setelah mempelajari prosedur pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal ini, diharapkan saudara mampu:

1. Memasang pot pada pasien di tempat tidur.
2. Memberikan semprot gliserin pada pasien.
3. Memberikan huknah tinggi atau huknah rendah pada pasien.
4. Mengeluarkan feses secara manual.

Prosedur Praktikum:

Untuk memudahkan proses pembelajaran praktikum pada BAB 2 ini, saudara dapat berjalan dengan lancar dan sesuai dengan kompetensi yang dicapai, saudara harus mengikuti langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut:

1. Saudara harus membaca pada BAB 5 dan 6 tentang Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi bowel dan urine sebelumnya dan membaca pedoman praktikum ini dengan seksama.
2. Saudara diharapkan lebih banyak belajar mandiri dengan panduan video atau dengan teman sesuai prosedur yang sudah ada pada bab ini (SOP).
3. Apabila anda menemui kesulitan, silakan hubungi pembimbing/instruktur/fasilitator/tutor yang ada di dekat saudara atau hubungi dosen yang tertulis di bab ini.
4. Bila saudara sudah siap, bisa mengajukan kontrak waktu kepada fasilitator atau dosen pendamping belajar sesuai keterampilan yang akan dilakukan.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik:

1. Kaji pengetahuan peserta didik pada awal pertemuan dengan melakukan pre-test sesuai kompetensi yang akan dilakukan (contoh soal dalam setiap bab, bila tidak mungkin ingatkan pada peserta didik untuk evaluasi secara mandiri dengan jujur untuk mengerjakan soal, tanpa terlebih dahulu melihat jawaban).
2. Bila peserta didik sudah siap untuk belajar praktikum, dosen atau fasilitator siap untuk mendampingi (*Bed Side Teaching*), teman lain bertindak sebagai observer.
3. Dosen atau fasilitator memberikan umpan balik hasil unjuk kerja mahasiswa, dan mahasiswa diberikan kesempatan untuk menyampaikan kesulitan yang dialami selama melakukan prosedur tindakan.
4. Dosen atau fasilitator pada waktu berbeda mengadakan evaluasi praktikum dengan langkah pertama mengkaji pengetahuan mahasiswa (tes ada pada bab), langkah

kedua evaluasi unjuk kerja prosedur keperawatan (instrumen penilaian kompetensi ada pada bab) sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

Instrumen Penilaian:

Instrumen penilaian ini digunakan oleh pembimbing pendamping untuk mengevaluasi dan menilai anda dalam pencapaian pembelajaran praktikum setelah anda belajar mandiri beberapa kali latihan dan anda merasa sudah siap untuk dievaluasi. Instrumen penilaian memuat elemen kompetensi sesuai dengan prosedur tindakan dan indikator penilaian. Indikator penilaian dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur, sedangkan aspeknya meliputi aspek keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Bila saudara belum dianggap mampu mencapai kompetensi, maka saudara diberikan waktu untuk mengulang prosedur tindakan sesuai dengan SOP yang ditetapkan, dan saudara akan didampingi oleh fasilitator atau dosen pengampu.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan dalam Memasang Pot Pasien BAB

A. PRINSIP DASAR:

Buang Air Besar (BAB) adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi fekal dengan membantu BAB pada klien di tempat tidur. BAB merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi fekal karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan sendiri karena masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMASANG POT

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi fekal.
Indikasi	Pasien dengan gangguan imobilitas fisik.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan eliminasi fekal.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pispot (Gambar 2.1). 2. Alas pispot. 3. Botol berisi air cebok. 4. Kertas kloset. 5. Selimut. 6. Sampiran/sketsel.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuan tindakan. 2. Mengatur pasien yang aman dan nyaman (Gambar 2.2).
Persiapan Lingkungan	Memasang sketsel/sampiran.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat cuci tangan. 2. Pakaian pasien bagian bawah ditanggalkan dan bagian yang terbuka ditutup dengan selimut. 3. Pasien dianjurkan menekuk lutut dan mengangkat bokong. 4. Pasang alas pispot. 5. Pispot diletakkan di bawah pasien. 6. Bila telah selesai anus dan daerah sekitar genetalia dibersihkan dengan air dan kertas kloset lalu dibuang ke dalam pispot, diulang beberapa kali sampai bersih. 7. Pispot diangkat dan feses diamati, bila ada kelaian segera lapor dan dicatat. 8. Bokong pasien dikeringkan dengan pengalas. 9. Pasien dirapikan, alat-alat dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula. 10. Sampiran dibuka. 11. Perawat mencuci tangan. 12. Mencatat kegiatan dalam dokumen perawatan.
Sikap	Sikap selama Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.



Gambar 2.1. Pispot



Gambar 2.2. Pengaturan Posisi Aman dan Nyaman bagi Pasien

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN BAB
DENGAN MEMASANG POT PADA PASIEN DI ATAS TEMPAT TIDUR**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA:

1. Anatomi dan fisiologi sistem pencernaan (defikasi fekal).
2. Faktor- faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal.
3. Perubahan pola eliminasi fekal.
4. Karakteristik normal feses.
5. Tanda- tanda pemenuhan kebutuhan BAB.

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan dalam Memberikan Semprit Gliserin

A. PRINSIP DASAR:

Memberikan semprit gliserin adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi fekal dengan memberikan semprit gliserin. Tindakan ini memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi fekal karena feses yang keras. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air diserap. Biasanya disebabkan oleh pola defikasi yang tidak teratur, penggunaan laksatif yang lama, stress psikologis, obat-obatan, kurang aktifitas dan faktor usia. Bila hal ini tidak mendapatkan perawatan dengan baik bisa terjadi *fekal Impaksi*.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMBERIKAN SEMPRIT GLISERIN

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi bowel.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan eliminasi bowel (Tidak bisa BAB). 2. Pasien sebelum pemeriksaan foto abdomen.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan eliminasi BAB.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit gliserin/gliserin kemasan. 2. Gliserin dalam tempatnya. 3. Bengkok. 4. Pengalas. 5. Sketsel. 6. Sarung tangan. 7. Tissue. 8. Pispot. 9. Sarung tangan.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuannya. 2. Menyiapkan pasien miring ke kiri.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup pintu dan pasang sketsel. 2. Pastikan ruangan dalam pencahayaan cukup.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur pada pasien. 2. Cuci tangan. 3. Atur ruangan, tutup pintu dan pasang sketsel. 4. Atur posisi pasien miring ke kiri dan pasang selimut. 5. Pasang pengalas di area gluteal. 6. Siapkan bengkok di dekat pasien. 7. Spuit diisi gliserin 10-20 cc (kemasan). 8. Gunakan sarung tangan. 9. Masukkan gliserin perlahan ke dalam anus ke arah umbilicus (7.5-10 cm untuk dewasa) dengan cara tangan kiri meregangkan daerah anus, tangan kanan

	<p>memasukkan spuit ke dalam anus sampai pangkal kanula anjurkan pasien bernapas dalam.</p> <ol style="list-style-type: none"> Setelah selesai, cabut dan masukkan spuit ke dalam bengkok. Dekatkan bel dan Anjurkan pasien untuk menahan sebentar rasa ingin defekasi dan pasang pispot bila pasien tidak mampu ke toilet. Bersihkan daerah perinium/anus dengan air hingga bersih lalu keringkan dengan tisu, lalu buang pada bengkok dan angkat pispot dan pengalas. Lepas sarung tangan. Rapikan dan kembalikan pasien ke posisi semula. Angkat selimut ekstra. Rapikan alat dan buka sampiran. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan. Observasi keadaan pasien . Catat jumlah feses, warna, konsistensi dan respon pasien.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menunjukkan sikap sopan dan ramah. Menjamin Privacy pasien. Bekerja dengan teliti. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menunjukkan sikap sopan dan ramah. Menjamin Privacy pasien. Bekerja dengan teliti. Memperhatikan <i>body mechanism</i>..
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. Observasi pengeluaran urine.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
BAB DENGAN MEMBERIKAN SEMPRIIT GLESERIN**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

- Anatomi dan fisiologi sistem pencernaan (defikasi fekal).
- Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal.
- Perubahan pola eliminasi fekal.
- Karakteristik normal feses.
- Tanda-tanda pemenuhan BAB.

Kompetensi 3

Tindakan Keperawatan dalam Memberikan Huknah Rendah atau Tinggi

A. PRINSIP DASAR:

Memberikan huknah adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi fekal dengan memberikan huknah rendah atau tinggi. Tindakan ini memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi fekal karena feses yang keras dan persiapan tindakan pembedahan. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air diserap. Biasanya disebabkan oleh pola defikasi yang tidak teratur, penggunaan laksatif yang lama, stress psikologis, obat-obatan, kurang aktifitas dan faktor usia. Bila hal ini tidak mendapatkan perawatan dengan baik bisa terjadi *fekal Impaksi*.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMBERIKAN HUKNAH RENDAH ATAU TINGGI

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi fekal.
Indikasi	Pasien yang tidak bisa BAB dan persiapan pembedahan.
Tujuan	Melancarkan pengeluaran BAB dan mengosongkan feses supaya tidak BAB saat operasi.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: 1. Selimut. 2. Irigator/slang karet. 3. Canul klem rectal. 4. Air hangat/ NaCl 0.9% (40,5-43,3 derajat Celcius) sebanyak 500 cc untuk huknah rendah dan 1000 cc untuk huknah tinggi. 5. Bengkok. 6. Tisu. 7. Vaseline. 8. Pispot. 9. Botol berisi air cebok. 10. Handuk. 11. Kertas kloset. 12. Sarung tangan. 13. Perlak. 14. Sketsel. 15. Standar infus.
Persiapan pasien	1. Menjelaskan pasien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. 2. Mengatur posisi miring kiri (huknah rendah), miring kanan untuk huknah tinggi.
Persiapan Lingkungan	Menyiapkan lingkungan yang aman dan nyaman.

Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang sampiran. 2. Perawat mencuci tangan. 3. Perawat memakai sarung tangan. 4. Menanggalkan pakaian bawah pasien dan melepaskan sprengi kecil lalu selimut dipasang. 5. Meletakkan bengkok ke bawah pantat. 6. Gantung irigator pada standart infuse dengan ketinggian 15-20 cm (klisma rendah) dan 45-50 cm (klisma tinggi) dari bokong pasien. 7. Pasang kanul klem. 8. Mengisi irigator dengan air hangat/NaCl 1000 cc klisma tinggi dan 500 cc klisma rendah. 9. Dicoba dialirkan melalui kanule ke bengkok dan klem kembali. 10. Mengolesi ujung kanule dengan slem/jelly. 11. Memasukkan kanule ke dalam rektum dengan hati-hati dengan arah menuju umbilicus (huknah rendah 7,5 cm dan huknah tinggi 10 cm). 12. Mengatur cairan perlahan-lahan kurang lebih 100 cc/menit. 13. Klem selang karet bila cairan habis. 14. Mengeluarkan kanule bila cairan irigator habis (atau bila pasien merasa tidak bisa menahan lagi). 15. Menganjurkan pasien untuk menahan cairan sampai betul-betul ingin BAB. 16. Membantu pasien untuk BAB dengan menggunakan pispot atau ke kamar mandi. 17. Membersihkan daerah anus. 18. Angkat pispot dan selimut ekstra dan tutup. 19. Kembalikan ke posisi semula. 20. Membereskan alat-alat. 21. Sarung tangan dilepas. 22. Perawat mencuci tangan. 23. Observasi klien. 24. Catat tindakan yang dilakukan.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi pengeluaran urine.

LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN BAB DENGAN MEMBERIKAN HUKNAH.

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal.
2. Karakteristik normal feses.
3. Tanda-tanda perubahan eliminasi fekal.

Kompetensi 4

Tindakan Keperawatan dalam Pengeluaran Feses Secara Manual (*Manual Impaction*)

A. PRINSIP DASAR:

Pengeluaran feses secara manual adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi fekal dengan cara mengeluarkan feses mengeras dengan tangan. Tindakan ini memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi fekal karena feses yang mengeras di daerah segmoid. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air diserap. Biasanya disebabkan oleh pola defikasi yang tidak teratur, penggunaan laksatif yang lama, stress psikologis, obat-obatan, kurang aktifitas dan faktor usia.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELUARAN FESES SECARA MANUAL

Pengertian	Pengeluaran tinja yang sangat keras (<i>fecal impaction</i>) yang tidak berhasil dikeluarkan dengan hunkah atau obat.
Indikasi	Pasien dengan tinja yang sangat keras (<i>fecal impaction</i>) yang tidak berhasil dikeluarkan dengan hunkah atau obat.
Tujuan	Mengeluarkan tinja yang sangat keras (<i>fecal impaction</i>) yang tidak berhasil dikeluarkan dengan hunkah atau obat.
Persiapan tempat dan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pot dan tutupnya. 2. Selimut mandi 3. Alas bokong/perlak. 4. Botol berisi air bersih untuk cebok. 5. Kapas cebok. 6. Pinset bersih. 7. Tisu. 8. Bengkok. 9. Sarung tangan. 10. Pelicin/jelly. 11. Obat lidokain (kalau perlu).
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien/keluarga dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan. 2. Menyiapkan posisi pasien.
Persiapan Lingkungan	Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan pemeriksaan kepada klien. 2. Pasang sampiran. 3. Letakkan peralatan ke dekat klien. 4. Cuci tangan. 5. Pasang selimut mandi. 6. Pasang alas bokong. 7. Posisikan klien tidur terlentang atau miring ke kiri. 8. Buka pakaian bawah klien dan lepas pakaian dalam.

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Letakkan pot di atas tempat tidur. 10. Pakai sarung tangan. 11. Beri pelicin pada jari telunjuk. 12. Masukkan jari telunjuk ke dalam rektum dan keluarkan feses secara perlahan-lahan 13. Bila klien merasa nyeri, berikan obat lidokain untuk anestesi lokal dengan cara mengoleskan 1-2 ml lidokain pada rektum 5 menit sebelum dilakukan prosedur. 14. Catat adanya nyeri, perdarahan, pernafasan yang cepat, perubahan denyut nadi atau daphoresis. 15. Bila perlu dapat dilanjutkan dengan gliserin enema. 16. Bersihkan anus dengan cara meyiram bokong klien lalu bersihkan dengan kapas cebok dari arah depan ke belakang. Bila sudah bersih lalu dikeringkan dengan tisu. 17. Buang kapas cebok dan tisu ke dalam bengkok. 18. Angkat alas bokong. 19. Ganti selimut mandi. 20. Bantu klien memakai pakaian dalam dan baju. 21. Rapihan klien. 22. Buka pintu/sampiran. 23. Bereskan alat dan bawa pot ke spoel hok untuk dibuang dan dibersihkan. 24. Lepas sarung tangan. 25. Cuci tangan. 26. Catat konsistensi feses, warna, bau, cacing, lendir, darah.
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi reaksi klien terhadap enema. 3. Catat karakter feces.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN
BAB DENGAN PENGELUARAN FESES SECARA MANUAL**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal.
2. Perubahan pola eliminasi fekal.
3. Karakteristik normal feses.
4. Tanda-tanda perubahan pemenuhan eliminasi.

Instrumen Penilaian Kompetensi Pemenuhan Kebutuhan BAB

A. PEMASANGAN POT PASIEN BAB

Kode Unit	KDM//Eleminasi Fekal /Memasang Pot Pasien BAB di Tempat Tidur			
Judul Unit	Memenuhi Kebutuhan Eleminasi Fekal			
Uraian Unit	Membantu Memasang Pot Pasien BAB di Tempat Tidur			
Petunjuk	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Tanda-tanda kebutuhan BAB dilakukan identifikasi 3. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik 4. Menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu pasien BAB	1. Tangan dicuci sampai batas siku sebelum dan sesudah tindakan 2. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan 3. Privasi pasien dijaga 4. Pasien diberi kesempatan untuk BAB dengan tuntas 5. Selalu berkomunikasi		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Feses yang keluar diperhatikan (konsistensi, bau, dan warna) 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. Hati-hati dan sopan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dan kelaianan BAB dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan : Indikator penilaian yang belum dicapai

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

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan:

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. PENILAIAN MEMBERIKAN SEMPRIT GLISERIN

Kode Unit	:	KDM//Eleminasi Fekal /Melakukan semprit gleserin			
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi Fekal			
Uraian Unit	:	Membantu memberikan semprit gleserin			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Validasi data dilakukan 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Set alat dan bahan dipersiapkan dengan lengkap 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Membantu memberikan gleserin	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Posisi pasien diatur miring kiri 3. Alas dan selimut dipasang 4. Privasi pasien dijaga 5. Sarung tangan dipasang 6. Ujung semprit dimasukan ke anus 7-10cm kearah umbilikus dan diseprotkan perlahan-lahan 7. Pasien dibantu untuk BAB dengan tuntas 8. Daerah anus dan genetalia dibersihkan 9. Pasien diatur kembali ke posisi nyaman 10. Alat-alat dirapikan 11. Tangan dicuci			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Feses yang keluar diperhatikan 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan 4. Selalu komunikasi			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dan kelaianan BAB dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

C. PENILAIAN MEMBERIKAN HUKNAH RENDAH/TINGGI

Kode Unit	:	KDM//Elemnasi Fekal /Melakukan huknah tinggi atau rendah			
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi Fekal			
Uraian Unit	:	Membantu memberikan huknah tinggi atau rendah			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Validasi data dilakukan 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Set alat dan bahan untuk huknah rendah / tinggi dipersiapkan dengan lengkap 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Malakukan huknah rendah/tinggi	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Alas dan selimut dipasang 3. Privasi pasien dijaga 4. Irigator dan cairan disiapkan/ dipasang 5. Kurang dari 500 cc cairan untuk huknah rendah dan ketinggian 15-20 cm 6. Kurang dari 1000 cc cairan untuk huknah tinggi dengan ketinggian irigator 45-50 cm 7. Sarung tangan dipasang 8. Ujung kanul diberi pelumas dimasukan ke anus 7-10 cm kearah umbilikus dan dialirkan perlahan-lahan 9. Pasien dibantu untuk BAB diatas tempat tidur 10. Daerah anus dan genetalia dibersihkan 11. Sarung tangan dilepas 12. Pasien diatur kembali ke posisi nyaman 13. Alat-alat dirapikan 14. Tangan dicuci			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Feses yang keluar diperhatikan 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan 4. Selalu komunikasi			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dan kelainan BAB dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar dan ditandatangani			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

✂ ■ **Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia I** ✂ ■

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

D. PENILAIAN PENGELUARAN FESES SECARA MANUAL

Kode Unit	:	KDM//Eleminasi Fekal /Pengeluaran feses secara manual		
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi Fekal		
Uraian Unit	:	Membantu Pengeluaran feses secara manual		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Validasi data dilakukan 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Set alat dan bahan untuk dipersiapkan dengan lengkap 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Malakukan manual	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Posisikan pasien miring kiri 3. Alas dan selimut dipasang 4. Privasi pasien dijaga 5. Letakkan bengkok didekat pasien 6. Pasang sarung tangan 7. Jari telunjuk diberi pelicin/jelly 8. Jari telunjuk masuk kedalam anus kedalaman bertahap dan perlahan-lahan sambil keluar feses 9. Lidokain lokal dioleskan 1-2 ml pada rektum 5 menit sebelum prosedur, bila klien nyeri. 10. Pasien dibantu untuk BAB diatas tempat tidur bila menginginkan 11. Daerah anus dan genetalia dibersihkan 12. Sarung tangan dilepas 13. Pasien diatur kembali ke posisi nyaman 14. Alat-alat dirapikan 15. Tangan dicuci		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Feses yang keluar diperhatikan 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan 4. Selalu komunikasi		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dan kelainan seperti nyeri, perdarahan pernafasan dan nadi cepat dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar dan ditandatangani 3. Catat konsistensi feses, bau, warna, lendir, darah		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Kegiatan Praktikum 2

Pemenuhan Kebutuhan Eleminasi Urine

Pokok Bahasan: Pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Kompetensi Khusus:

Setelah melaksanakan praktikum pemenuhan kebutuhan eliminasi urine ini, diharapkan saudara mampu:

1. Menerapkan prinsip etika dalam keperawatan.
2. Melakukan komunikasi interpersonal dalam asuhan keperawatan.
3. Mewujudkan dan memelihara lingkungan keperawatan yang aman melalui jaminan kualitas dan manajemen risiko (*patient safety*).
4. Menerapkan prinsip pengendalian dan pencegahan infeksi yang diperoleh dari RS.
5. Melakukan tindakan-tindakan untuk mencegah cedera pada klien.
6. Menganalisis, menginterpretasikan dan mendokumentasikan data secara akurat.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik:

1. Memahami anatomy dan fisiologis sistem urinaria.
2. Memahami prosedur pemenuhan kebutuhan eliminasi urin.
3. Memahami asuhan keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan eliminasi urin.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan dalam Membantu Pasien Buang Air Kecil (BAK) di Tempat Tidur

A. PRINSIP DASAR:

Buang Air Kecil (BAK) adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin dengan membantu BAK pada klien di tempat tidur. BAK merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi urin karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan sendiri karena masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMBANTU PASIEN BUANG AIR KECIL

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine.
Indikasi	Pasien dengan gangguan imobilitas fisik dan penyakit tertentu.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan eliminasi fekal urine.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pispot /urinal. 2. Alas. 3. Botol berisi air cebok. 4. Tissue. 5. Selimut ekstra. 6. Sampiran/sketsel. 7. Bengkok.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuan tindakan. 2. Mengatur pasien yang aman dan nyaman.
Persiapan Lingkungan	Memasang sketsel/sampiran.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat cuci tangan. 2. Pakaian pasien bagian bawah ditanggalkan dan bagian yang terbuka ditutup dengan selimut. 3. Pasien dianjurkan menekuk lutut (<i>dorsal recumbent</i>) dan angkat bokong serta pasang pengalas. 4. Pasang pispot (wanita)/urinal (laki-laki). 5. Bila telah selesai anus dan daerah sekitar genetalia dibersihkan dengan air dan keringkan dengan tissue lalu dibuang ke dalam bekong, diulang beberapa kali sampai bersih. 6. Pispot diangkat atau urinal dan urine diamati, bila ada kelaian segera lapor dan dicatat. 7. Pasien dirapikan dan pakaian bawah dipasang. 8. Pengalas dan selimut diangkat. 9. Bersihkan dan rapikan alat-alat dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula. 10. Sampiran dibuka. 11. Perawat mencuci tangan. 12. Observasi keadaan pasien. 13. Mencatat kegiatan dan hasil tindakan (dokumen perawatan).
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN BAK DENGAN MEMASANG URINAL ATAU POT PASIEN DIATAS TEMPAT TIDUR

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Anatomi dan fisiologi sistem perkemih (eliminasi urine).
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi urine.
3. Perubahan pola eliminasi urine.
4. Karakteristik normal urine.
5. Tanda-tanda perubahan pemenuhan eliminasi urine.

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemasangan Kateter

A. PRINSIP DASAR:

Pemasangan kateter adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin dengan melakukan pemasangan kateter untuk membantu memenuhi kebutuhan BAK, keadaan penyakit, preoperasi dan postoperasi, dan diagnostik. BAK merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi urin karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan BAK secara spontan keadaan penyakit seperti retensio urine, coma dan lain-lain, preoperasi dan postoperasi, dan diagnostik.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMASANGAN KATETER

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan eliminasi urine. 2. Pasien dengan pemantauan output. 3. Pasien post op.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan urin eliminasi.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Baki. 2. Kateter steril, ukuran disesuaikan dengan pasien. 3. Kantong penampung urine (<i>Urine Bag</i>). 4. Kapas sublimat/kapas savlon steril dalam tempatnya. 5. Kassa. 6. Korentang. 7. Cairan pelumas/jelly. 8. Perlak dan alasnya. 9. Bengkok 2 buah (untuk kapas kotor dan penampung urine). 10. Pinset anatomi atau sarung tangan steril. 11. Duk steril. 12. Spuit 20 cc dan aquades. 13. Sketsel. 14. Selimut ekstra. 15. Plester atau gunting.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuannya. 2. Menyiapkan pasien dalam posisi dorsal recumbent (Gambar 2.3).
Persiapan Lingkungan	Memasang sketsel/tabir dan menutup pintu.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang ekstra selimut. 2. Perlak dan alasnya dipasang di bawah bokong dan lepas pakaian . 3. Meletakkan dua bengkok diantara kedua tungkai. 4. Mencuci tangan. 5. Pakai sarung tangan. 6. Memasang duk steril.

	<p><u>Pada Pasien Perempuan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka labia minora dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, dan tangan kanan memegang kapas sublimat. 2. Membersihkan vulva dengan kapas savlon/sublimat dari labia mayora dari atas kebawah 1 kali usap, kapas kotor diletakkan dibengkok, kemudian labia minora, dan perineum sampai bersih (sesuai kebutuhan) . 3. Dengan memakai sarung tangan atau dengan pinset anatomis mengambil kateter dan diberi pelumas pada ujungnya 2.5-5 cm (Gambar 2.4). 4. Perawat membuka labia minora dengan tangan kiri. 5. Memasukkan kateter ke dalam orificium uretra perlahan-lahan (5-7.5 cm dewasa) dan menganjurkan pasien untuk menarik nafas panjang (Gambar 2.5 & Gambar 2.6). 6. Urine yang keluar ditampung dalam bengkok atau botol steril dan masukan lagi (2.5-5 cm). 7. Bila kateter dipasang tetap/permanen maka, isi balon 5-15 cc (kateter dikunci memakai spuit dan aquades steril) (Gambar 2.8). 8. Tarik sedikit kateter untuk memeriksa bolan sudah terfiksasi dengan baik. 9. Menyambung kateter dengan <i>urobag/urine bag</i>. 10. Fiksasi kateter di paha dengan plester bila untuk aktifitas (Gambar 2.9). 11. Pasien dirapikan dengan angkat pengalas dan selimut. 12. Rapikan dan alat-alat dibereskan. 13. Lepas sarung tangan. 14. Mencuci tangan. 15. Buka sampiran. <p><u>Pada Pasien Pria</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tangan kiri perawat memegang penis atas. 2. Preputium ditarik sedikit ke pangkalnya dan dibersihkan dengan kapas savlon minimal 3 kali. 3. Oleskan minyak pelicin pada ujung kateter sepanjang 12.5-17.5 cm (Gambar 2.4). 4. Penis agak ditarik supaya lurus, dan kateter dimasukkan perlahan-lahan (17.5-22 cm (dewasa) dan menganjurkan pasien untuk nafas panjang (Gambar 2.7). 5. Urine yang keluar ditampung dalam bengkok atau botol steril lalu masukkan lagi 5 cm. 6. Bila kateter dipasang tetap/permanen maka kateter dikunci memakai spuit dan aquades steril (mengisi balon) (Gambar 2.8). 7. Menyambung kateter dengan <i>urobag/urine bag</i>. 8. Fiksasi kateter di paha dengan plester bila untuk aktifitas (Gambar 2.9). 9. Pasien dirapikan dengan angkat pengalas dan selimut/ 10. Rapikan dan alat-alat dibereskan/ 11. Mencuci tangan/ 12. Buka sampiran/
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi pengeluaran urine (jumlah, warna, dan bau).



Gambar 2.3. Tahap Pertama Persiapan Alat dan Klien Sebelum Pemasangan Kateter Indwelling (Prinsip Steril)



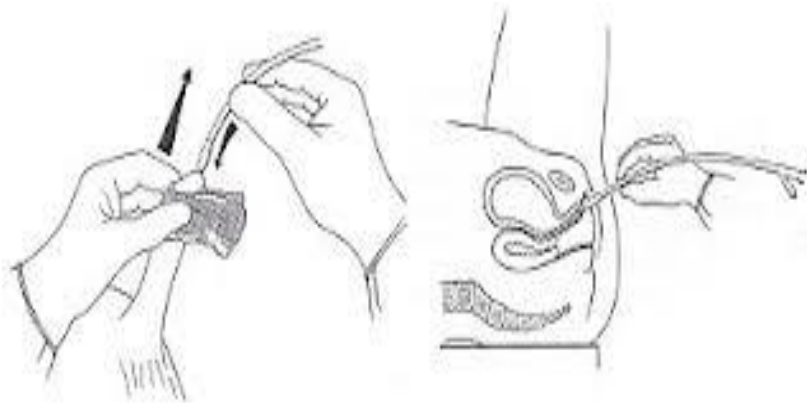
Gambar 2.4. Persiapan Pemberian Jelly di Ujung Kateter untuk wanita 5-7,5 cm, laki-laki 30 cm.



Gambar 2.5. Lokasi Pemasangan Kateter Indwelling pada Meatus Urinarius



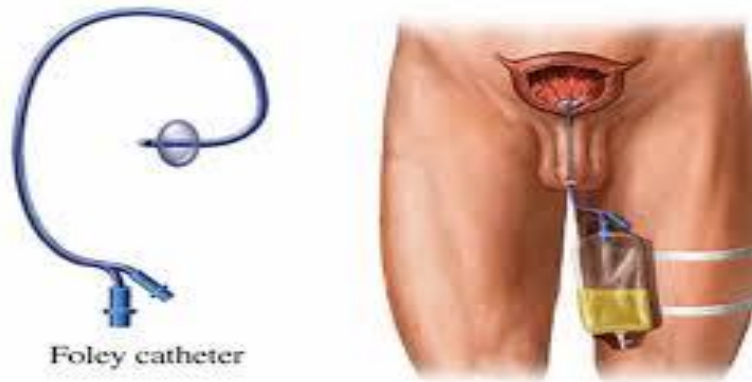
Gambar 2.6. Proses pemasangan dengan satu tangan di non-sterilkan untuk membuka labia mayora dan minora, sedangkan satu tangan steril untuk memasukkan kateter indwelling



Gambar 2.7. Perbedaan pemasangan kateter indwelling pada laki-laki dan wanita



Gambar 2.8. Setelah kateter terpasang dan urin keluar, maka posisi kateter indwelling dalam posisi yang benar dan masukan aquabides 15-20 cc untuk mengembangkan balon.



Gambar 2.9. Setelah paten kateter indwelling, difiksasi/diplester.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN BAK
DENGAN PEMASANGAN KATETER**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Anatomi dan fisiologi sistem perkemih (eliminasi urine).
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi urine.
3. Perubahan pola eliminasi urine.
4. Karakteristik normal urine.
5. Tanda-tanda perubahan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Kompetensi 3

Tindakan Keperawatan dalam Melakukan Pemasangan Kondom Kateter

A. PRINSIP DASAR:

Pemasangan kondom kateter adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin dengan melakukan pemasangan kondom kateter untuk membantu memenuhi kebutuhan BAK (pria), tetapi pasien masih mempunyai kemampuan berkemih normal dan spontan. BAK merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi urin karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan BAK secara mandiri karena imobilisasi, inkontinensia, dan koma.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMASANGAN KATETER

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine.
Indikasi	Pasien pria masih mempunyai kemampuan berkemih normal dan spontan, tetapi : 1. Pasien dengan gangguan eliminasi urine seperti inkontinensia. 2. Pasien dengan pemantauan output. 3. Penyakit tertentu misal coma, imobilisasi.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan urin eliminasi.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: 1. Pengalas. 2. Selimut ekstra. 3. Kantong penampung urine (<i>Urine Bag</i>). 4. Kapas sublimat dalam tempatnya. 5. Kassa. 6. Korentang. 7. Bengkok 2 buah (untuk kapas kotor dan penampung urine). 8. Pinset anatomi atau sarung tangan steril. 9. Duk steril. 10. Sketsel. 11. Kondom sesuai kebutuhan. 12. Sabun. 13. Botol berisi air hangat.
Persiapan pasien	1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuannya. 2. Menyiapkan pasien dalam posisi dorsal recumbent.
Persiapan Lingkungan	Memasang sketsel/tapis dan menutup pintu.
Pelaksanaan	1. Dekatkan alat-alat ke tempat tidur pasien. 2. Tutup jendela dan pintu/pasang sampiran. 3. Cuci tangan. 4. Pasang selimut ekstra. 5. Pasang pengalas di bawah bokong pasien. 6. Lepaskan pakaian bawah pasien. 7. Atur posisi dorsal recumbent (M Shape). 8. Pakai sarung tangan

	9. Bersihkan penis dengan sabun dan air lalu keringkan dengan handuk 10. Bersihkan penis 11. Pasang kondom kateter dan ikatan perekat/plesternya yang ada pada kondom ke bagian pangkal penis 12. Hubungkan ujung kondom kateter dengan kantong urine 13. Atur posisi pasien 14. Angkat pengalas 15. Ganti selimut ekstra dengan selimut pasien 16. Rapihan alat-alat dan kembalikan ke tempatnya 17. Cuci tangan 18. Buka sampiran/pintu/jendela 19. Observasi keadaan pasien 20. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil tindakan
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i> .
Evaluasi	1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi pengeluaran urine (jumlah, warna, dan bau).

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN BAK
DENGAN PEMASANGAN KONDOM KATETER**

C. PENILAIAN PENGETAHUAN SEBELUMNYA SEBAGAI PRASYARAT:

1. Anatomi dan fisiologi sistem perkemih (eliminasi urine).
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi urine.
3. Perubahan pola eliminasi urine.
4. Karakteristik normal urine.
5. Tanda-tanda perubahan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Instrumen Penilaian Kompetensi Pemenuhan Kebutuhan Bak

A. PENILAIAN MEMASANG POT/URINAL UNTUK PASIEN BAK

Kode Unit	:	KDM/II/Elemniasi Fekal /Memasang Pot/Urinal Pasien BAK di Tempat Tidur			
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi urine			
Uraian Unit	:	Membantu Memasang Pot/Urinal Pasien BAK di Tempat Tidur			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Identifikasi tanda-tanda kebutuhan BAK dilakukan 3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas 4. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Membantu pasien BAK di tempat tidur	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Sampiran dipasang 3. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan dan pakaian dilepas privasi pasien dijaga 4. Memasang urinal (Pria) / pot (wanita) 5. Pasien diberi kesempatan untuk BAK dengan tuntas lalu diangkat 6. Membersihkan genetalia air / dengan tissue 7. Pakaian bawah dipasang dan selimut diangkat 8. Pasien diatur posisi dan alat dirapikan 9. Tangan dicuci dengan bersih 10. Selalu berkomunikasi			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Urine yang keluar diperhatikan (Jumlah, warna, bau, dan kejernihan) 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dan kelainan BAK dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. PENILAIAN MEMASANG KATETER

Kode Unit	:	KDM//Eleminasi Fekal /Memasang Kateter			
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi urine			
Uraian Unit	:	Membantu Memasang Sementara/Menetap			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Identifikasi tanda-tanda kebutuhan BAK dilakukan 3. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik 4. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan dan secara steril 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Membantu pemasangan kateter	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Sampiran dipasang 3. Selimut ekstra dan pakaian bawah dilepas, duk dipasang 4. Posisi pasien diatur 5. Pria supine dengan kaki abduksi 6. Wanita: dorsal recumben kedua kaki di rentangkan 7. Ujung kateter diberi jelly dan dimasukan secara perlahan-lahan sambil pasien tarik nafas. 8. Kunci balon dengan aquades 20 cc dengan spuit pada kateter foley secara perlahan 9. Selama pemasang prinsip steril 10. Kateter dihubungkan dengan urine bag dan kateter difiksasi dengan benar 11. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 12. Tangan dicuci dengan bersih 13. Selalu jaga privasi pasien			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Urine yang keluar diperhatikan (Jumlah, warna, bau, dan kejernihan) 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. .Respon klien dan kelaianan urine dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar dan ditandatangani			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

C. PENILAIAN MEMASANG KONDOM KATETER

Kode Unit	:	KDM//Eliminasi Fekal /Memasang Kondom Kateter		
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi urine		
Uraian Unit	:	Membantu Memasang kondom kateter		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien 2. Identifikasi tanda-tanda kebutuhan BAK dilakukan 3. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik 4. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan dan secara steril 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu pemasangan kondom kateter	1. Sampiran dipasang 2. Tangan dicuci sampai bersih 3. Pengalas dan selimut ekstra dipasang 4. Pakaian bagian bawah dilepas dengan memperhatikan privasi pasien 5. Posisi pasien diatur 6. Genitalia dibersihkan dengan air dan sabun lalu keringkan 7. Prinsip bersih selama melakukan tindakan dipertahankan 8. Kantung urine steril disiapkan 9. Sarung tangan dipakai dan membersihkan penis dengan menjaga privasi, cermat, dan hati-hati 10. Kondom kateter dipasang pada penis pasien dengan mempertahankan privasi 11. Perekat elastis di sekeliling bagian atas kondom dan batang penis dipasang dengan tidak terlalu ketat 12. Alat-alat dibereskan dan dibersihkan kembali		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Urine yang keluar diperhatikan (Jumlah, warna, bau, dan kejernihan) 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dan kelaianan urine dilaporkan 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar dan ditandatangani		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

✂ ■ **Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia I** ✂ ■

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Second edition.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry, at al. 2005. *Ketrampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: Kedokteran, EGC.
- Potter, P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.
- Wahid, I. M. dan Nuruk, C. 2008. *Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB III

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I

(RWAT3101)

Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati

PENDAHULUAN

Pemenuhan aktivitas, terdiri dari melatih ROM dan membantu berjalan. Pemenuhan personal hygiene terdiri dari: memandikan pasien di atas tempat tidur, merawat mulut, merawat gigi, merawat kuku, merawat alat kelamin wanita dan pria.

Praktikum yang dilaksanakan di laboratorium ini bukan hal baru bagi saudara, akan tetapi kompetensi ini untuk mengingatkan kembali dan persiapan saudara meningkatkan keterampilan dalam praktik nyata yaitu praktik klinik keperawatan yang profesional. Pelaksanaan belajar praktikum ini akan diberikan waktu 1 (satu) minggu belajar mandiri seperti lihat video atau dengan teman, dan 1 (satu) minggu belajar dengan pendampingan penuh oleh dosen atau fasilitator.

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang BAB 3 tindakan keperawatan klien dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan personal hygiene, maka pada BAB 3 ini ada dua unit kegiatan belajar praktikum yang akan diuraikan dalam urutan sebagai berikut:

- Unit I : Kegiatan belajar praktikum tentang tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktivitas yang terdiri dari:
- Unit Kompetensi : 1) Tindakan keperawatan memberikan latihan ROM, 2) Tindakan Keperawatan melatih jalan, 3) Tindakan keperawatan memindahkan klien.
- Unit 2 : Kegiatan belajar praktikum tentang tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.
- Unit Kompetensi : 1) Memandikan pasien di atas tempat tidur, 2) Merawat mulut pasien, 3) Merawat gigi pasien, 4) Merawat kuku pasien, 5) Merawat alat kelamin wanita, 6) Merawat alat kelamin laki-laki.

Tujuan buku panduan praktikum:

1. Memberikan arahan kepada mahasiswa dalam melaksanakan pembelajaran praktikum pemenuhan kebutuhan aktivitas dan personal hygiene.
2. Panduan bagi dosen atau fasilitator dalam melaksanakan pendampingan pembelajaran praktikum pemenuhan kebutuhan aktivitas dan personal hygiene.
3. Petunjuk untuk mengetahui dan memantau tingkat kemampuan saudara dalam melaksanakan prosedur keperawatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

Prosedur Umum:

Koordinator mata ajar KDM I menyusun jadwal praktikum kemudian diajukan kepada koordinator akademik, lalu diserahkan kepada penanggung jawab laboratorium. Pelaksanaan praktikum dilakukan mulai satu minggu proses pembelajaran dimulai. Untuk memudahkan proses pembelajaran praktikum pada BAB 3 ini, saudara dapat berjalan dengan lancar dan sesuai dengan kompetensi yang dicapai, saudara harus mengikuti langkah-langkah pembelajaran praktikum sebagai berikut:

Saudara harus membaca pada BAB tentang Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan personal hygiene sebelumnya dan membaca pendoman praktikum ini dengan seksama. Saudara diharapkan lebih banyak belajar mandiri dengan panduan video atau dengan teman sesuai prosedur yang sudah ada pada bab ini (SOP).

Apabila Anda menemui kesulitan, silakan hubungi pembimbing/instruktur/fasilitator/tutor yang ada di dekat saudara atau hubungi dosen yang tertulis di bab ini. Bila saudara sudah siap, bisa mengajukan kontrak waktu kepada fasilitator atau dosen pendamping belajar sesuai keterampilan yang akan dilakukan.

Petunjuk untuk dosen atau fasilitator dalam proses pembelajaran pada peserta didik:

Kajilah pengetahuan peserta didik pada awal pertemuan dengan melakukan pre-test sesuai Kompetensi yang akan dilakukan (contoh soal dalam setiap modul, bila tidak mungkin ingatkan pada peserta didik untuk evaluasi secara mandiri dengan jujur untuk mengerjakan soal, tanpa terlebih dahulu melihat jawaban). Bila peserta didik sudah siap untuk belajar praktikum, dosen atau fasilitator siap untuk mendampingi (*bed side teaching*), teman lain bertindak sebagai observer.

Dosen atau fasilitator memberikan umpan balik hasil unjuk kerja saudara, dan saudara diberikan kesempatan untuk menyampaikan kesulitan yang dialami selama melakukan prosedur tindakan. Dosen atau fasilitator pada waktu berbeda mengadakan evaluasi praktikum dengan langkah pertama mengkaji pengetahuan mahasiswa (soal ada pada bab), langkah kedua evaluasi unjuk kerja prosedur keperawatan (instrumen penilaian kompetensi ada pada bab) sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

Instrumen Penilaian:

Instrumen penilaian ini digunakan oleh pembimbing pendamping untuk mengevaluasi dan menilai saudara dalam pencapaian pembelajaran praktikum setelah saudara belajar mandiri beberapa kali latihan dan saudara merasa sudah siap untuk dievaluasi. Instrumen penilaian memuat elemen kompetensi sesuai dengan prosedur tindakan dan indikator penilaian. Indikator penilaian dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur, sedangkan aspeknya meliputi aspek keterampilan, pengetahuan, dan sikap. Bila saudara belum dianggap mampu mencapai kompetensi, maka saudara diberikan waktu untuk mengulang prosedur tindakan sesuai dengan SOP yang ditetapkan, dan saudara akan didampingi oleh fasilitator atau dosen pengampu.

Kegiatan Praktikum 1

Praktikum Tindakan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas

Pokok Bahasan: Praktikum tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas.

Kompetensi Khusus:

Setelah mempelajari praktikum I, Anda diharapkan mampu mendemonstrasikan tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas klien:

1. Memberikan latihan *range of movement* (ROM) kepada klien.
2. Melatih berjalan klien.
3. Memindahkan klien.

Pemahaman Anda terhadap bab praktikum tindakan keperawatan klien dengan pemenuhan kebutuhan aktifitas dapat diketahui bagaimana nanti Anda dapat mendemonstrasikan setiap tindakan pada probandus maupun manikin di laboratorium keperawatan.

Agar Anda dapat memahami bab praktikum ini dengan mudah, maka bab praktikum ini dibagi menjadi delapan (3) unit praktikum, yaitu:

1. Unit Praktikum Kompetensi 1:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam memberikan latihan *range of movement* (ROM) kepada klien. meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
2. Unit Praktikum Kompetensi 2:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam memberikan latihan jalan, meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
3. Unit Praktikum Kompetensi 3:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam memindahkan klien, meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan dalam Memberikan Latihan Klien (ROM)

Banyak faktor yang mempengaruhi aktifitas pasien seperti gangguan saraf, fungsi sistem muscular, hambatan mobilitas, kelemahan dan keletihan oleh penyakit tertentu. Dan lain-lain, perawat harus dengan tempat membantu latihan aktifitas baik aktif maupun pasif dan melatih berjalan dengan aman sebelum pasien bisa mampu melakukan aktifitasnya secara mandiri.

Sebelum melakukan semua tindakan latihan *range of movement* (ROM) dan latihan jalan, perawat harus melakukan persiapan termasuk mengkaji kekuatan otot, sendi, adanya paralisis, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan, dan kemampuan untuk mengikuti instruksi.

Saudara harus juga menyiapkan alat sesuai kondisi pasien pada waktu latihan jalan seperti tongkat atau kruk dan lain-lain. Karena banyak klien dipulangkan ke rumah masih perlu belum mampu melakukan aktifitas dan masih perlu asuhan berkelanjutan, maka perlu bagi saudara mengajarkan kepada anggota keluarga klien bagaimana melatih ROM dan berjalan pada pasien dengan aman dan tepat sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien.

A. PRINSIP DASAR:

Range of movement (ROM) adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas. ROM dapat dilakukan secara aktif atau pasif. Aktif jika pasien dapat melakukan secara mandiri. Pasif jika latihan dijalankan oleh seseorang, atau aktif dengan bantuan jika pasien melakukan sendiri, tetapi perlu bantuan orang lain. Pasien dengan *bed rest* lama akan beresiko terjadi penurunan pergerakan sendi dan massa otot. Latihan ROM memperbaiki mobilitas ekstremitas, mencegah kontraktur/atropi dan memberikan kenyamanan.

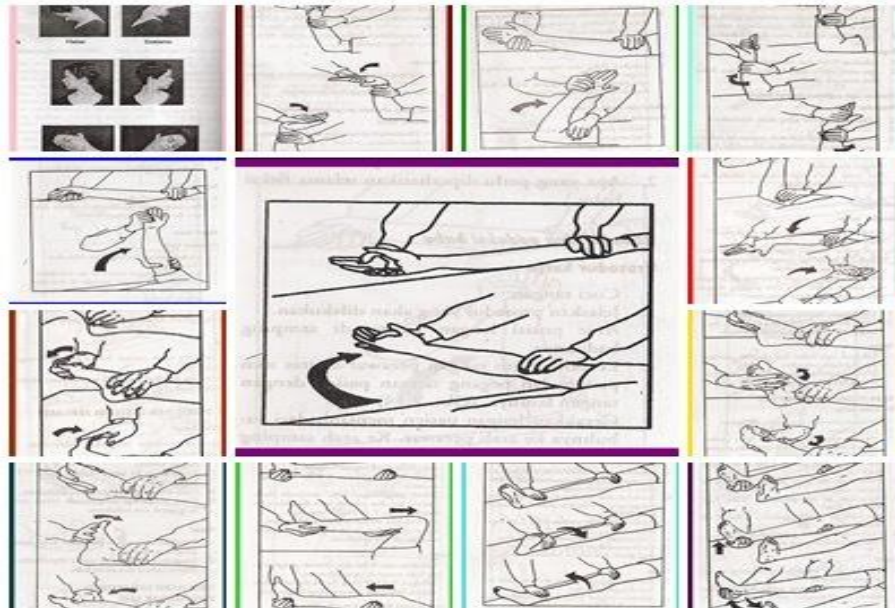
B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ROM

Pengertian	<i>Range of movement</i> (ROM), merupakan latihan gerak sendi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien.
Indikasi	Pasien yang <i>bedrest</i> lama dan beresiko untuk terjadi kontraktur persendian.
Tujuan	Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas, menurunkan komplikasi vaskular immobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien
Persiapan tempat dan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur. 2. Bantal. 3. Balok drop food. 4. Hanskoon.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan pelaksanaan.

	2. Mengatur posisi lateral lurus (terlentang biasa).
Persiapan Lingkungan	1. Menutup pintu dan jendela. 2. Memasang tabir dan tirai.
Pelaksanaan	<p>1. Leher:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien. b. Lakukan gerakan: <ul style="list-style-type: none"> 1) Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan. 2) Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkan. 3) Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan. c. Observasi perubahan yang terjadi. <p>2. Bahu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi/Ekstensi <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. b. Angkat lengan pasien pada posisi awal. c. Lakukan gerakan mendekati tubuh. d. Lakukan observasi perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan. • Abduksi dan Adduksi <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. b. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (ke arah samping). c. Kembalikan ke posisi semula. d. Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri. • Rotasi Bahu <ul style="list-style-type: none"> a. Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping) dengan siku menekuk. b. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. c. Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur. d. Kembalikan lengan ke posisi awal. e. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas. f. Kembalikan ke posisi awal. g. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri. <p>3. Siku</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi <ul style="list-style-type: none"> a. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien. b. Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. c. Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekat ke bahu. d. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya. e. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri. <p>4. Lengan bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronasi dan Supinasi <ul style="list-style-type: none"> a. Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus.

	<ul style="list-style-type: none"> b. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. c. Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri. d. Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan pronasi dan supinasi. e. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan. <p>5. Pergelangan tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi <ul style="list-style-type: none"> a. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk. b. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien. c. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin. d. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi. <p>6. Jari-jari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi <ul style="list-style-type: none"> a. Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan. b. Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah. c. Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan). d. Gerakkan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan). e. Kembalikan ke posisi awal. f. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <p>7. Paha</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotasi <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien. b. Putar kaki ke arah pasien. c. Putar kaki ke arah pelaksana. d. Kembalikan ke posisi semula. e. Observasi perubahan yang terjadi. • Abduksi dan Adduksi <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit. b. Angkat kaki pasien kurang lebih 8cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau kesamping ke arah perawat. c. Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien. d. Kembalikan ke posisi semula. e. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan. f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi. <p>8. Lutut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain. b. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha. c. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien. d. Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas. e. Kembalikan ke posisi semula. f. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan. g. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.
--	---

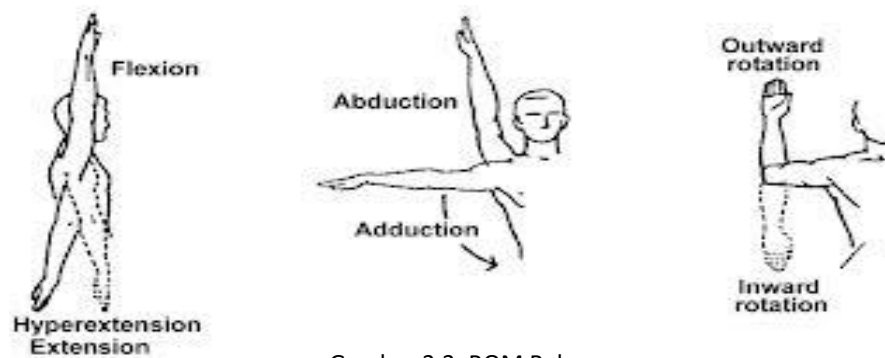
	<p>9. Pergelangan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi <ol style="list-style-type: none"> Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien. Kembalikan ke posisi awal. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan. • Inferensi dan Efeksi <ol style="list-style-type: none"> Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya. Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya. Kembalikan ke posisi semula. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain. Kembalikan ke posisi awal. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <p>10. Jari-jari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fleksi dan Ekstensi Jari-jari <ol style="list-style-type: none"> Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang. Gerakan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan). Kembalikan ke posisi awal. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <p>11. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.</p> <p>12. Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.</p>
Sikap	<p>Sikap selama pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menunjukkan sikap sopan dan ramah. Menjamin Privacy pasien. Bekerja dengan teliti. Memperhatikan body mechanism.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> Tidak terjadi cedera. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. Peningkatan rentang gerak sendi.



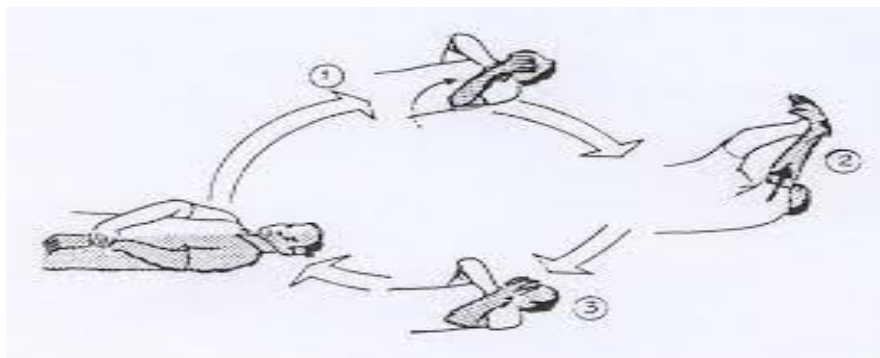
Gambar 3.1. Latihan ROM



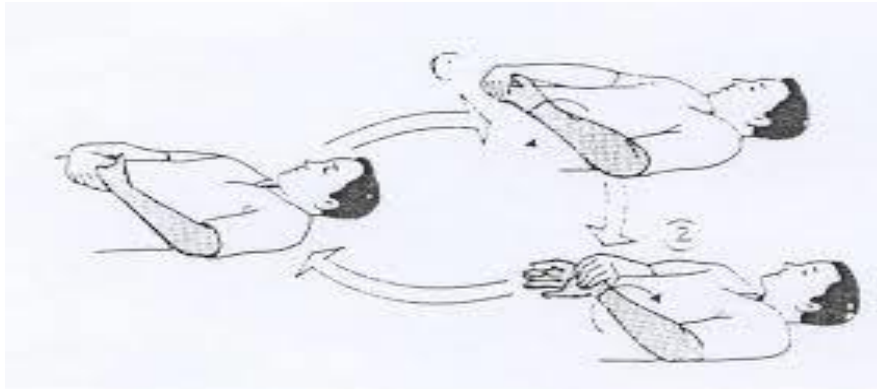
Gambar 3.2. ROM Leher



Gambar 3.3. ROM Bahu



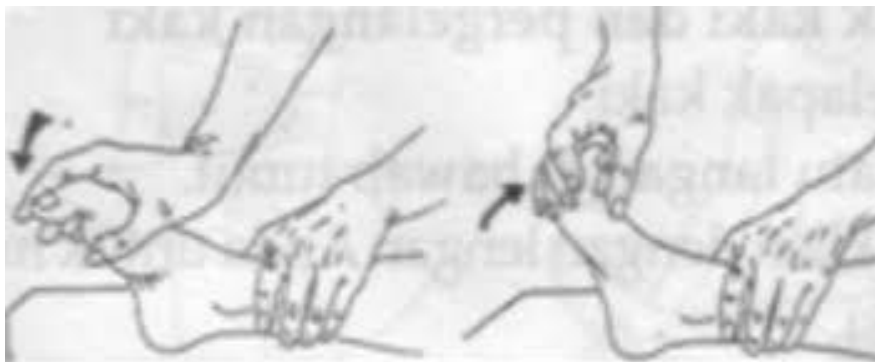
Gambar 3.4. ROM Siku



Gambar 3.5. ROM Lengan



Gambar 3.6. ROM Paha dan lutut



Gambar 3.7. ROM pergelangan kaki dan jari-jari

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
AKTIFITAS DENGAN LATIHAN ROM**

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan dalam Melatih Klien Berjalan

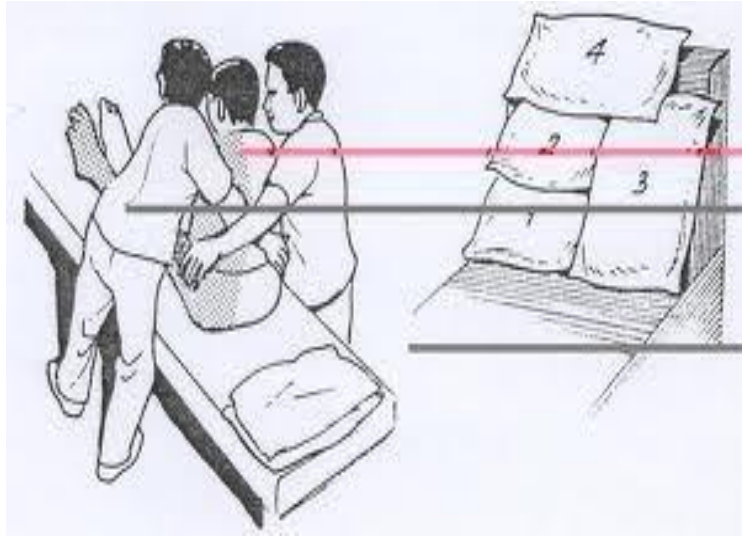
Baiklah Anda telah mempelajari tindakan keperawatan dalam memberikan latihan (ROM) dan saudara sebelumnya akan melakukan praktikum tentang melatih klien berjalan tahapan sebagai berikut: saudara akan memahami prinsip dasar melatih klien berjalan, pengertian, indikasi, prinsip tindakan, persiapan alat dan lingkungan dan langkah pelaksanaan.

A. PRINSIP DASAR

Latihan berjalan adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas. Membantu pasien berjalan memerlukan persiapan. Perawat mengkaji toleransi pasien terhadap aktifitas, kekuatan, adanya nyeri, koordinasi. Latihan berjalan ini bisa tanpa menggunakan alat atau mungkin memerlukan alat seperti tongkat, dan kruk, tergantung pengkajian yang ditemukan.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMBANTU PASIEN BERJALAN

Pengertian	Melatih jalan merupakan cara membantu klien dalam aktifitas berjalan sebagai bentuk kemampuan seseorang untuk bergerak dalam upaya melatih aktifitas berjalan (tanpa alat atau bantuan alat seperti tongkat).
Indikasi	Pasien yang <i>bed rest</i> lama atau pasien cedera.
Tujuan	Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas, menurunkan komplikasi vaskular immobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien.
Persiapan tempat dan alat	Alat atau bahan disesuaikan dengan kondisi pasien.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan pelaksanaan. 2. Mengadakan kontrak waktu pelaksanaan.
Persiapan Lingkungan	Beri lingkungan aman dengan hindari lantai licin.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Mintalah pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan perawat (bisa dua perawat). 3. Perawat berdiri disamping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien (bisa dua perawat). Lihat Gambar 3.8. 4. Bantu pasien untuk berjalan dan ikuti sesuai dengan langkah pasien sesuai kemampuan (bisa dua perawat). Lihat Gambar 3.9. 5. Selalu observasi respon pasien saat berdiri dari tempat tidur dan saat jalan (frekwensi nadi dan tanda pusing kepala). 6. Mencuci tangan. 7. Catat tindakan dan respon pasien.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Respon klien kooperatif.



Gambar 3.8 Perawat berdiri disamping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien.
(bisa dua perawat).



Gambar 3.9 Bantu pasien untuk berjalan dan ikuti sesuai dengan langkah pasien sesuai kemampuan
(bisa dua perawat)

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
AKTIFITAS DENGAN MELATIH JALAN PASIEN**

Instrumen penilaian kompetensi Pemenuhan kebutuhan aktivitas

A. PENILAIAN MELATIH ROM

Kode Unit	:	KDM/I/Kebutuhan Aktifitas /Melatih ROM			
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhan Eleminasi Aktifitas			
Uraian Unit	:	Membantu Melatih ROM pasien			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	a. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien. b. Identifikasi tanda-tanda vital pada klien. c. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas. d. Kontrak waktu dilakukan dengan pasien. e. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman.			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	a. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan. b. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien.			
3.	Membantu latihan ROM	a. Tangan dicuci sampai bersih. b. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan. c. Latihan bagian leher (sesuai SOP). d. Latihan bagian bahu (sesuai SOP). e. Latihan siku (sesuai SOP) f. Latihan lengan (sesuai SOP). g. Latihan paha dan lutut (sesuai SOP). h. Latihan pergelangan kaki dan jari-jari. i. Observasi perubahan pasien. j. Pasien diatur posisi semula. k. Tangan dicuci dengan bersih.			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	a. Peningkatan rentang gerak sendi. b. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.			
5.	Mendokumentasikan tindakan	a. .Respon klien setelah latihan dicatat. b. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar.			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. PENILAIAN MELATIH PASIEN BERJALAN

Kode Unit	:	KDM/II/Kebutuhan Aktifitas/Melatih pasien berjalan			
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Eleminasi Aktifitas			
Uraian Unit	:	Membantu Melatih Berjalan pasien			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	a. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien. b. Identifikasi tanda-tanda vital pada klien. c. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan dengan jelas. d. Kontrak waktu dilakukan dengan pasien. e. Prinsip menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman.			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	a. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan b. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Membantu latihan jalan	a. Tangan dicuci sampai bersih b. Pegangan telapak tangan pasien c. Berdiri disamping pasien d. Langkah kaki seirama dengan pasien e. Selalu komunikasi f. Observasi perubahan pasien g. Pasien diatur posisi seperti semula h. Tangan dicuci dengan bersih			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	a. Peningkatan latihan jalan b. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan			
5.	Mendokumentasikan tindakan	a. Respon klien setelah latihan dicatat b. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai :

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten, sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Kegiatan Praktikum 2

Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene

Banyak faktor pada klien memerlukan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan personal hygiene karena ketidakmampuan untuk melakukan sendiri karena gangguan saraf, fungsi sistem muscular, hambatan mobilitas, kelemahan dan keletihan oleh penyakit tertentu dan lain-lain. Pemeliharaan personal hygiene untuk kenyamanan, keamanan, dan rasa sejahtera klien, dalam upaya mencegah penyakit peningkatan kesehatan. Peran perawat adalah mempertahankan atau membantu klien dalam memelihara kebersihan kulit seperti mandi, mulut, gigi, kuku, alat kelamin wanita atau laki-laki.

Sebelum melakukan semua tindakan, perawat harus melakukan persiapan termasuk mengkaji ketidakmampuan klien untuk pemenuhan kebutuhan seperti kelemahan otot, sendi, adanya paralisis, tingkat kesadaran, tingkat nyaman, dan kemampuan untuk mengikuti instruksi.

Oleh karena banyak klien dipulangkan ke rumah masih perlu belum mampu melakukan pemenuhan kebutuhan personal hygiene secara mandiri dan masih perlu asuhan berkelanjutan, maka perlu bagi saudara mengajarkan kepada anggota keluarga pasien dengan aman dan tepat sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien.

Pokok Bahasan Unit Praktikum 2 tentang:

Praktikum tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene klien.

Kompetensi Khusus:

Setelah mempelajari unit praktikum 2 ini, anda diharapkan mampu mendemonstrasikan tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene meliputi:

1. Memandikan pasien di atas tempat tidur.
2. Merawat mulut pasien.
3. Merawat gigi pasien.
4. Merawat kuku pasien.
5. Merawat alat kelamin wanita.
6. Merawat alat kelamin laki-laki.

Pemahaman Anda terhadap unit praktikum 2 tentang tindakan keperawatan klien dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene dapat diketahui bagaimana nanti Anda dapat mendemonstrasikan setiap tindakan pada probandus maupun manikin di laboratorium keperawatan.

Agar Anda dapat memahami praktikum unit ini dengan mudah, maka bab praktikum ini dibagi menjadi enam (6) unit praktikum, yaitu:

1. Unit Praktikum Kompetensi 1:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam perawatan kulit dengan cara memandikan kepada klien meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
2. Unit Praktikum Kompetensi 2:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam perawatan mulut meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
3. Unit Praktikum Kompetensi 3:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam perawatan gigi meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
4. Unit Praktikum Kompetensi 4:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam perawatan kuku meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
5. Unit Praktikum Kompetensi 5:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam perawatan alat kelamin wanita meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
6. Unit Praktikum Kompetensi 6:
Membahas tentang tindakan keperawatan dalam perawatan alat laki-laki meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.

Kompetensi 1

Tindakan Keperawatan Memandikan Klien

A. PRINSIP DASAR

Mandi adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan memandikan pasien. Mandi merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Pasien dengan masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit mandi tidak selalu diperhatikan untuk menjaga integritas kulit, karena kulit merupakan pintu masuk utama kuman pathogen ke dalam tubuh. Kompetensi ini mencakup upaya membersihkan seluruh permukaan kulit dari bagian wajah, badan, ekstremitas, genetalia, menghilangkan kotoran, mengontrol bau badan, menstimula sirkulasi, dan memberikan rasa nyaman.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MEMANDIKAN

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan memandikan pasien.
Indikasi	Pasien dengan masalah imobilitas fisik.
Tujuan	Memenuhi personal hygiene dengan memandikan pasien.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: Baki berisi: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 kom berisi air hangat. 2. 3 kantong pencuci. 3. 2 handuk. 4. Alas meja. 5. Sabun dalam tempatnya, 6. Kamfer spiritus dan dedak/talk. 7. Peralatan untuk menggosok gigi. 8. Pakaian bersih. 9. Sisir. 10. Botol berisi air untuk membas setelah BAB/BAK. 11. Kertas kloset. 12. Selimut mandi. 13. Tempat pakaian kotor.
Persiapan pasien	Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup pintu dan jendela. 2. Memasang tabir dan tirai.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Menutup selimut pada bagian kaki tempat tidur. 3. Membantu pasien menyikat gigi. 4. Menawarkan pasien untuk BAB dan BAK. 5. Mencuci muka pasien. <ul style="list-style-type: none"> • Handuk di bagian atas dibentangkan di bawah kepala. • Membersihkan mata pasien tanpa menggunakan sabun. • Mencuci muka dan telinga dengan waslap, mengeringkan dengan handuk atas. 6. Mencuci lengan (Gambar 3.10). <ul style="list-style-type: none"> • Pakaian bagian atas ditanggalkan. • Handuk atas dibentangkan memanjang di sisi kanan dan handuk bawah di sisi kiri sehingga menutup bagian depan dan kedua lengan di atas handuk. • Mencuci lengan dan ketiak membas minimum 3 x.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mengeringkan dengan handuk atas. <p>7. Mencuci dada dan perut (Gambar 3.11).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kedua lengan dikeataskan dan diletakkan di samping kepala. • Merubah letak kedua handuk sehingga leher, dada dan perut dapat dicuci. • Mencuci leher, dada dan perut kemudian mengeringkannya dengan handuk atas. • Memberi bedak tipis-tipis pada leher, dada ketiak dan perut. <p>8. Mencuci punggung (Gambar 3.12 dan Gambar 3.13).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup bagian depan dengan handuk bawah. • Menanggalkan celana dalam. • Menganjurkan pasien miring ke kiri. • Membentangkan handuk atas memanjang di bawah punggung. • Mencuci punggung dengan waslap. • Mencuci paha dan bokong dengan waslap. • Mengeringkan punggung dengan handuk atas, paha dan bokong dengan handuk bawah. • Menggosok kamfer spiritus dan memberi bedak tipis-tipis. • Mengenakan pakaian bagian atas. <p>9. Mencuci paha dan kaki.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membentangkan handuk atas menutupi bagian bawah. • Handuk bawah memanjang di bawah kaki. • Mencuci dengan kantong pencuci atas. • Mengeringkan dengan handuk bawah. <p>10. Mencuci bagian bawah depan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanggalkan pakaian bagian bawah. • Handuk bawah melintang di bawah bokong separuh menutupi bagian atas. • Mencuci bagian bawah dengan waslap. • Mengeringkan dengan handuk bawah. • Memberi bedak tipis-tipis. • Mengenakan pakaian bawah. <p>11. Menyisir rambut.</p> <p>12. Membereskan peralatan.</p> <p>13. Mencuci tangan.</p>
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.



Gambar 3.10 dan 3.11 Mencuci lengan, dada dan perut



Gambar 3.12 Mencuci punggung



Gambar 3.13 Mencuci punggung

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERSONAL HYGIENE DENGAN MEMANDIKAN PASIEN DI
ATAS TEMPAT TIDUR**

Kalau Anda kompeten, Anda dapat meneruskan ke unit praktikum 2, tetapi kalau Anda belum kompeten, Anda harus mengulang unit praktikum 1, terutama bagian yang belum Anda kuasai.

Kriteria Penilaian:

1. Lulus/kompeten: jika semua langkah-langkah tindakan dikerjakan semua 100%.
2. Tidak lulus/tidak kompeten: jika langkah-langkah tindakan yang dikerjakan (< 80 %), sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Kompetensi 2

Tindakan Keperawatan Perawatan Mulut Klien

A. PRINSIP DASAR:

Membersihkan rongga mulut untuk memelihara mukosa dan pertumbuhan bakteri. Sedang cara memberihkan dengan kassa lembab atau menyikatnya dengan sikat. Tindakan membersihkan mulut dan gigi dilakukan pada klien immobilisasi dan masalah pada mulut.

B. STANDARD PERASIONAL PROSEDUR MERAWAT MULUT

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan membersihkan daerah mulut pasien.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan masalah imobilitas fisik. 2. Pasien dengan masalah di mulut. 3. Kesadaran menurun.
Tujuan	Memenuhi personal hygiene dengan membersihkan mulut pasien.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Larutan air garam. 2. Deppers. 3. Pinset. 4. Sudip lidah. 5. Borak gliserin. 6. Bengkok. 7. Pengalas dagu.
Persiapan pasien	Memberitahu pasien tentang maksud dan tujuan.
Persiapan Lingkungan	Mengatur ruangan/tempat yang aman dan nyaman.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberitahu. 2. Alat-alat didekatkan pada pasien. 3. Perawat cuci tangan. 4. Memasang pengalas di bawah dagu pasien. 5. Mengambil deppres dengan pinset dan dibasahi dengan air garam 6. Menekan lidah dengan sudip sehingga mulut dibuka. 7. Mula-mula dibersihkan gusi dan lidah kemudian dinding dalam yang terakhir gigi dan bibir. 8. Mulut dikeringkan dengan dengan diulas dengan borak gliserin (mencegah kekeringan dan pecah). 9. Bengkok dan pengalas diangkat. 10. Membereskan peralatan. 11. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERSONAL HYGIENE DENGAN MEMBERSIHKAN MULUT KLIEN**

Kompetensi 3

Tindakan Keperawatan Gigi Klien

A. PRINSIP DASAR

Membersihkan gigi untuk memelihara gigi dan mencegah infeksi. Tujuan menyikat gigi memenuhi personal hygiene dengan membersihkan gigi pasien. Sedang cara membersihkan dengan menyikatnya dengan sikat. Tindakan membersihkan gigi dilakukan pada klien immobilisasi dan masalah pada gigi. Tindakan membersihkan gigi untuk menghilangkan kotoran berupa sisa-sisa makanan, menghilangkan bau, dan merangsang peredaran darah mukosa mulut.

B. STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR MERAWAT GIGI

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan membersihkan gigi pasien.
Indikasi	Pasien dengan masalah imobilitas fisik.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi personal hygiene dengan membersihkan gigi pasien. 2. Mempertahankan dan membantu memelihara gigi. 3. Memberikan kenyamanan dan mencegah infeksi.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk/pengalas. 2. Bengkok. 3. Air untuk kumur-kumur. 4. Sikat gigi dan pasta gigi. 5. Tissue.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberi tahu maksud dan tujuan. 2. Mengatur posisi pasien.
Persiapan Lingkungan	Tutup pintu dan jendela.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala pasien dimiringkan. 2. Handuk dan pengalas diletakkan di bawah dagu. 3. Bengkok diletakkan di bawah dagu. 4. Pasien diberi air untuk kumur-kumur . 5. Sikatlah gigi pasien dengan perlahan-lahan dari atas ke bawah luar dalam gerakan atas dan bawah. 6. Pasien diberi air untuk kumur-kumur lagi sampai bersih. 7. Mulut dibersihkan/dikeringkan dengan tissue. 8. Bengkok dengan pengalas diangkat pasien dibaringkan kembali. 9. Membereskan peralatan. 10. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERSONAL HYGIENE DENGAN MERAWAT GIGI**

Kompetensi 4

Tindakan Keperawatan Merawat Kuku Klien

A. PRINSIP DASAR

Kuku jari tangan atau jari kaki kadang menyebabkan ketidaknyaman sampai menimbulkan rasa nyeri apabila dibiarkan memanjang. Kuku yang panjang juga menjadi tempat sumber pertumbuhan kuman. Masalah paling umum pada kuku jari diakibatkan oleh penyalahgunaan atau perawatan yang buruk seperti penyakit tertentu, nutrisi buruk, proses fisiologik penuaan dan gangguan integritas kulit.

B. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MERAWAT KUKU

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan memotong kuku.
Indikasi	Pasien dengan masalah imobilitas fisik.
Tujuan	Memenuhi personal hygiene dengan memotong kuku.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk. 2. Gunting/pemotong kuku. 3. Bengkok. 4. Kapas alkohol. 5. Air hangat dalam waskom. 6. Tisu. 7. Pengalas.
Persiapan pasien	Memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan.
Persiapan Lingkungan	Mengatur ruangan / tempat yang nyaman dan cukup pencahayaan.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberitahu. 2. Alat-alat didekatkan pada pasien. 3. Perawat cuci tangan. 4. Memeriksa kondisi kuku dan jari-jari tangan pasien. 5. Memasang handuk di bawah tangan. 6. Bila keadaan kotor kuku direndam dengan air hangat \pm 3 menit. 7. Keringkan kuku dan jari-jari tangan dengan handuk. 8. Lakukan pemotongan kuku dengan bentuk ovale jangan terlalu pendek. 9. Kikir kuku dan bersihkan dengan kapas alkohol. 10. Membereskan peralatan. 11. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

**LIHAT VIDEO PROSEDUR PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERSONAL HYGIENE DENGAN MERAWAT KUKU**

Kompetensi 5

Tindakan Keperawatan

Membersihkan Genetalia Wanita Klien

A. PRINSIP DASAR

Kebersihan genetalia wanita adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan membersihkan sekitar area perineum. Kebersihan genetalia wanita merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Upaya membersihkan area perineum pada pasien wanita dengan masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit untuk menghilangkan kotoran lendir, darah lochia, bau, dan merangsang peredaran darah pada vulva. Perhatikan juga pola pertumbuhan rambut pubis.

B. STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR MEMBERSIHKAN GENETALIA WANITA

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene di daerah vulva.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan masalah imobilitas fisik. 2. Pasien yang terpasang kateter. 3. Pasien dengan masalah di daerah vulva.
Tujuan	Memenuhi personal hygiene dengan membersihkan daerah vulva.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapas direndam NaCl/sublimat. 2. Bengkok. 3. Pispot. 4. Peralatan lain yang diperlukan. 5. Sarung tangan steril. 6. Tissue. 7. Celana dalam. 8. Pot. 9. Botol berisi air hangat. 10. Pembalut bila perlu.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberi tahu maksud dan tujuan. 2. Mengatur posisi pasien.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup pintu dan jendela. 2. Pasang sampiran. 3. Alat-alat di dekatkan ke pasien.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Pakaian pasien bagian bawah di keataskan atau dibuka. 3. Atur posisi pasien dorsal recumbent. 4. Memasang pispot. 5. Memakai sarung tangan. 6. Membersihkan genetalia dengan membuka labia mayora dengan tangan kanan dan kanan memegang kapas sublimat /NaCl. 7. Membersihkan mulai labia mayor dan minor 1 kali pemakaian dengan arah dari atas ke bawah. Ulangi untuk labia yang lain sampai bersih. Demikian dilanjutkan beberapa kali sampai vulva bersih. 8. Basuh daerah genetalia dengan air hangat.

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Keringkan dengan tissu sekitar genetalia taruh pada bengkok. 10. Oleskan obat bila ada luka daerah genetalia. 11. Pasang pembalut dan celana. 12. Pispot diangkat, pengalas dan selimut. 13. Melepas sarung tangan steril. 14. Merapikan pasien dan posisinya diatur kembali. 15. Membereskan peralatan. 16. Mencuci tangan.
	<p>Sikap Selama Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi keadaan pasien. 3. Catat tindakan yang dilakukan dan hasilnya.

Kompetensi 6

Tindakan Keperawatan Membersihkan Genetalia Luar Pria

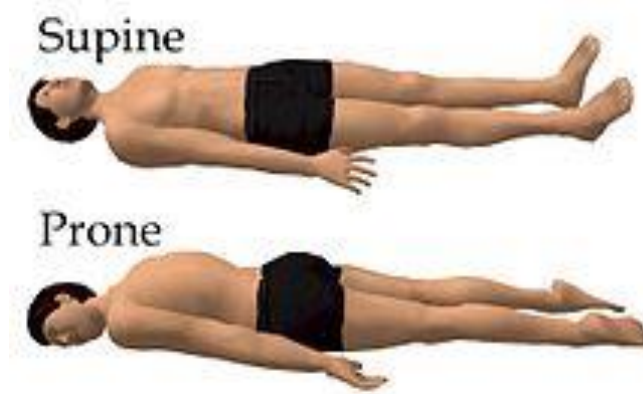
A. PRINSIP DASAR

Kebersihan genetalia pria adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan membersihkan sekitar area penis. Kebersihan genetalia pria merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Upaya membersihkan area penis pada pasien dengan masalah immobilitas fisik atau keadaan sakit untuk menghilangkan kotoran, lendir, darah, bau, dan merangsang peredaran darah pada penis. Perhatikan juga pola pertumbuhan rambut.

B. STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR MEMBERSIHKAN GENETALIA PRIA

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene di daerah genetalia pria.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan masalah imobilitas fisik. 2. Pasien yang terpasang kateter. 3. Pasien dengan masalah didaerah genetalia pria.
Tujuan	Memenuhi personal hygiene dengan membersihkan daerah genetalia pria.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapas direndam NaCl/sublimat. 2. Bengkok. 3. Pispot. 4. Peralatan lain yang diperlukan. 5. Sarung tangan steril. 6. Tisu. 7. Celana dalam. 8. Pot. 9. Botol berisi air hangat. 10. Obat bila ada.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberi tahu maksud dan tujuan. 2. Mengatur posisi pasien (supine).
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup pintu dan jendela. 2. Pasang sampiran. 3. Alat-alat didekatkan ke pasien. Lihat Gambar 3.14.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Alas dan selimut dipasang. 3. Pakaian pasien bagian bawah di keataskan atau dibuka. 4. Atur posisi pasien (supine). 5. Memakai sarung tangan. 6. Membersihkan genetalia dengan memegang penis dengan tangan kiri, sementara tangan kanan memegang kapas sublimat/NaCl. 7. Membersihkan gland penis dari ujung ke arah bawah ke arah bawah dengan cara memutar (bagi pasien yang belum disunat, tarik prepetium ke arah gland). Bersihkan batang penis dari atas ke bawah

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Bersihkan skrotum, dari atas ke bawah mengarah ke rektum. 9. Pasang pot di bawah bokong. 10. Basuh daerah genetalia dengan air hangat. 11. Keringkan dengan tissu sekitar genetalia taruh pada bengkak. 12. Oleskan obat bila ada luka daerah genetalia dan pakai celana. 13. Pispot diangkat, pengalas dan selimut. 14. Melepas sarung tangan steril. 15. .Merapikan pasien dan posisinya diatur kembali. 16. Membereskan peralatan. 17. Mencuci tangan.
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Observasi keadaan pasien. 3. Catat tindakan yang dilakukan dan hasilnya.



Gambar 3. 14 Posisi Supine dan Prone

Instrumen Penilaian Kompetensi Pemenuhan Kebutuhan Aktifitas

A. INSTRUMEN PENILAIAN MEMANDIKAN

Kode Unit	:	KDM/I/Kebersihan diri/Memandikan pasien di Tempat Tidur		
Judul Unit	:	Memenuhi Kebutuhn Kebersihan Diri		
Uraian Unit	:	Memandikan pasien diatas tempat tidur		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Tanda-tanda kebersihan kulit dan perubahan kulit diidentifikasi 3. Dilakukan kontrak dengan pasien 4. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik 5. Menyiapkan lingkungan dengan nyaman dan aman		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu pasien mandi	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan 3. Memasang selimut ekstra sambil menarik selimut ke arah kaki tempat tidur 4. Pakaian bawah dibuka dan privasi pasien dijaga 5. Membersihkan seluruh kulit, bagian muka dan mendahulukan bagian yang jauh dari perawat. 6. Berinteraksi selama prosedur memandikan 7. Selama memandikan permukaan kulit diobservasi 8. Massage punggung dengan tepat dan halus selama 3-5 menit, dan sisa lotion/minyak dikeringkan 9. Tawarkan dan bantu menggunakan bedak/lotion sesuai kebiasaan 10. Pakaian dikenakan dan kembalikan posisi semula 11. Alat-alat dan sampiran dibereskan 12. Cuci tangan dilakukan		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Wajah dan seluruh tubuh pasien bersih 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan : Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

B. INSTRUMEN PENILAIAN KEBERSIHAN MULUT

Kode Unit	:	KDM/I/Kebersihan diri /Membersihkan mulut pasien			
Judul Unit	:	Memenuhi kebutuhan kebersihan diri			
Uraian Unit	:	Membersihkan mulut pasien			
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan			
A. Penilaian Keterampilan					
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Tanda-tanda kebersihan kulit dan perubahan kulit diidentifikasi 3. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 4. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik			
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien			
3.	Membantu kebersihan mulut	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan 3. Pengalas dipasang di dada tepat di bawah dagu pasien 4. Mulut dibersihkan dengan alat yang sesuai 5. Gleserin dioleskan ke bibir sesuai kondisinya. 6. Daerah disekitar bibir dibersihkan dan dikeringkan. 7. Pengalas dilepas 8. Pasien dikembalikan pada posisi semula dan dirapikan 9. Alat-alat dan sampiran dibereskan 10. Cuci tangan dilakukan			
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Mulut dan bibir pasien bersih 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien terasa lebih bersih setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan			
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar			
Jumlah					

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

C. INSTRUMEN PENILAIAN MERAWAT GIGI

Kode Unit	:	KDM/1/Kebersihan diri /Merawat gigi		
Judul Unit	:	Memenuhi kebutuhan merawat gigi		
Uraian Unit	:	Membersihkan gigi mulut pasien		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Tanda-tanda kebersihan kulit dan perubahan kulit diidentifikasi 3. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 4. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan dipersiapkan sesuai kebutuhan 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu pasien BAB	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan 3. Pengalas dipasang di dada tepat di bawah dagu pasien 4. Gigi dibersihkan dengan alat yang sesuai 5. Bantuan menyikat gigi dilakukan pada pasien 6. Gleserin dioleskan ke bibir sesuai kondisinya. 7. Daerah disekitar bibir dibersihkan dan dikeringkan. 8. Pengalas dilepas 9. Pasien dikembalikan pada posisi semula dan dirapikan 10. Alat-alat dan sampiran dibereskan 11. Cuci tangan dilakukan		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Gigi dan bibir pasien bersih 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien terasa lebih bersih setelah tindakan 3. Sikap selama pelaksanaan, sabar. hati-hati dan sopan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan : Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

D. INSTRUMEN PENILAIAN MERAWAT KUKU

Kode Unit	:	KDM/II/Kebersihan diri /Merawat kuku		
Judul Unit	:	Memenuhi kebutuhan merawat kuku		
Uraian Unit	:	Membersihkan kuku pasien		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Tanda-tanda kebersihan kuku dan perubahan kuku diidentifikasi 3. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 4. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan perawat kuku dipersiapkan lengkap 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu merawat kuku pasien	1. Tangan dicuci sampai batas siku 2. Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan 3. Privasi dijaga dengan memasang sampiran 4. Kuku dibersihkan dan direndam dengan air hangat 5. Kuku dipotong dan dikikir 6. Kuku dibersihkan dengan air hangat 7. Kuku dikeringkan 8. Prinsip kerapian dan pengalas diangkat 9. Pasien dikembalikan pada posisi semula dan dirapikan 10. Alat-alat dan sampiran dibereskan 11. Cuci tangan dilakukan		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Kuku tampak pendek dan bersih 2. Respon keadaan dan kenyamanan pasien terasa lebih bersih setelah tindakan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan : Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

E. INSTRUMEN PENILAIAN MEMBERSIHKAN GENETALIA WANITA

Kode Unit	:	KDM/I/Kebersihan diri /Membersihkan genetalia wanita		
Judul Unit	:	Memenuhi kebutuhan kebersihan diri		
Uraian Unit	:	Membersihkan genetalia wanita pasien		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A.Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Tanda-tanda kebersihan genetalia dan perubahan diidentifikasi 3. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 4. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan perawat genetalia dipersiapkan lengkap 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu merawat kuku pasien	1. Tangan dicuci sampai bersih 2. Posisi pasien diatur dorsal recumbent 3. Privasi dijaga dengan memasang sampiran 4. Pengalas dipasang dan selimut mandi 5. Celana dilepas 6. Sarunga tangan dipasang 7. Memberihkan daerah genetalia (SOP) 8. Pengobatan/pembalut bila perlu 9. Celana dipasang 10. Pengalas dan selimut diangkat 11. Prinsip kerapian 12. Pasien dikembalikan pada posisi semula dan dirapikan 13. Alat-alat dan sampiran dibereskan 14. Cuci tangan dilakukan		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Genetalia tampak bersih 2. Respon keaaan dan kenyamanan pasien terasa lebih bersih setelah tindakan 3. Alat kembali tersimpan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

F. INSTRUMEN PENILAIAN MEMBERSIHKAN GENETALIA PRIA

Kode Unit	:	KDM/1/Kebersihan diri /Membersihkan genitalia pria		
Judul Unit	:	Memenuhi kebutuhan kebersihan diri		
Uraian Unit	:	Membersihkan genitalia pria pasien		
Petunjuk	:	Memberi tanda √ bila dilakukan		
A. Penilaian Keterampilan				
No.	Elemen Kompetensi	Indikator Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)
1	Melakukan pengkajian kondisi dan kesiapan pasien	1. Salam terapeutik di sampaikan pada pasien dan keluarga 2. Tanda-tanda kebersihan genitalia dan perubahan diidentifikasi 3. Dilakukan kontrak waktu dengan pasien 4. Maksud dan tujuan tindakan dijelaskan dengan baik		
2.	Melaksanakan persiapan alat dan bahan	1. Alat dan bahan perawat genitalia dipersiapkan lengkap 2. Alat dan bahan dibawa ke dekat pasien		
3.	Membantu merawat kuku pasien	1. Tangan dicuci sampai bersih 2. Posisi pasien diatur supine 3. Privasi dijaga dengan memasang sampiran 4. Pengalas dipasang dan selimut mandi 5. Celana dilepas 6. Sarung tangan dipakai 7. Daerah genitalia /penis dibersihkan sesuai (SOP) 8. Pengobatan bila perlu 9. Celana dipasang 10. Pengalas dan selimut diangkat 11. Prinsip kerapian 12. Pasien dikembalikan pada posisi semula dan dirapikan 13. Alat-alat dan sampiran dibereskan 14. Cuci tangan dilakukan		
4.	Mengevaluasi hasil tindakan	1. Genetalia tampak bersih 2. Respon keaaan dan kenyamanan pasien terasa lebih bersih setelah tindakan 3. Alat kembali tersimpan		
5.	Mendokumentasikan tindakan	1. Respon klien dicatat 2. Tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan benar		
Jumlah				

Catatan: Indikator penilaian yang belum dicapai

.....

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

Keterangan :

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Nilai Perolehan SP}}{\text{Nilai Maksimal SM 23}} \times 100\%$$

- A. Bila nilai 100% = Indikator dilakukan secara keseluruhan: Mahasiswa kompeten.
- B. Bila nilai kurang dari 80% = Mahasiswa belum kompeten sehingga mahasiswa perlu pendampingan ulang.

Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik prosedural keperawatan, konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Second Edition.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry, et al. 2005. *Ketrampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: Kedokteran, EGC.
- Potter, P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter dan Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik*. EGC, Kedokteran.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.
- Wahid, IM dan Nuruk, C. 2008. *Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.