



INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR TAHUN 2023



INSTRUKSI KERJA LABORATORIUM
KEPERAWATAN DASAR

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita haturkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga buku Intruksi Kerja Laboratorium Keperawatan Dasar dapat terselesaikan. Dalam proses penyusunan buku panduan ini, kami telah mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu diucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, terutama para pengelola dan Staf Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Surakarta.

Buku ini disusun sebagai panduan dalam pelaksanaan praktikum laboratorium. Di dalamnya terdapat topik-topik sesuai dengan rencana pembelajaran semester yang disusun untuk mencapai target kompetensi pada kurikulum Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Surakarta. Dengan tersusunya buku panduan ini, diharapkan proses pembelajaran praktikum di laboratorium akan lebih terarah, sehingga mahasiswa akan mampu mencapai kompetensi yang telah ditargetkan dalam kurikulum pembelajaran.

Kami menyadari bahwa panduan ini masih belum sempurna, sehingga bila ada kritik dan saran dari pembaca yang sifatnya membangun untuk memperbaiki buku ini, kami akan terima dengan senang hati. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca.

Surakarta, Januari 2023

Tim Penyusun

VISI, MISI PROGRAM STUDI PROFESI NERS

A. Visi Program Studi Profesi Ners

Menjadi Program Pendidikan Profesi Ners yang unggul dan kompetitif di bidang keperawatan kritis dan kegawatdaruratan serta mampu bersaing di pasar global tahun 2035.

B. Misi Program Studi Profesi Ners

Misi Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surakarta untuk mewujudkan visi yang telah disusun, yaitu sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan program pendidikan jenjang Ners yang unggul dan kompetitif di bidang kegawatdaruratan dan kritis serta mampu bersaing di pasar global.
2. Menyelenggarakan dan mengembangkan penelitian yang mendukung visi misi prodi guna meningkatkan mutu pendidikan dan layanan keperawatan.
3. Menyelenggarakan dan mengembangkan pengabdian masyarakat yang berbasis pada evidence based practice dalam meningkatkan pelayanan keperawatan dan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan.
4. Menyelenggarakan tata kelola penyelenggaraan pendidikan yang akuntabel dengan jaminan mutu.
5. Mengembangkan upaya kemitraan dalam lingkup regional, nasional dan internasional di bidang keperawatan.
6. Mengembangkan kewirausahaan dalam bidang pendidikan dan pelatihan keperawatan / kesehatan dalam menunjang peningkatan mutu pendidikan keperawatan.
- 7.

Tinjauan Mata Kuliah

Keperawatan Dasar

A. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah ini mendasari profil lulusan pemberi asuhan yang menguraikan tentang konsep kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan oksigenisasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi dan rasa aman dan nyaman. Penerapan proses keperawatan dilaksanakan berdasarkan kebutuhan dasar tersebut.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini:

1. Memahami konsep manusia dalam perspektif keperawatan.
2. Memahami konsep sehat sakit dalam perspektif keperawatan.
3. Memahami teori-teori kebutuhan dasar manusia dan implementasi dalam asuhan keperawatan.
4. Menunjukkan kebutuhan dasar manusia yang meliputi oksigenisasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi dan rasa aman dan nyaman.
5. Menerapkan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah keperawatan pada lingkup gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenisasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi dan rasa aman dan nyaman.

C. Bahan kajian Mata Kuliah

1. Konsep manusia dalam perspektif keperawatan.
2. Konsep sehat sakit dalam perspektif keperawatan.
3. Teori-teori kebutuhan dasar manusia dan implementasi dalam asuhan keperawatan.
4. Kebutuhan dasar manusia yang meliputi oksigenisasi, cairan dan elektrolit, eliminasi dan rasa aman dan nyaman.
5. Proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah keperawatan pada lingkup gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenisasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi dan rasa aman dan nyaman.

DAFTAR ISI

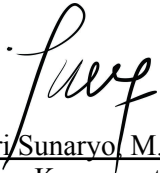
Halaman Judul	i
Kata Pengantar	ii
Visi dan Misi Program Studi Profesi Ners	iii
Tinjauan Mata Kuliah	iv
Daftar Isi	vi
A. Kebutuhan Oksigenisasi	
1. Postural drainage dan fisioterapi dada	1
a. Perkusi/ Clapping	3
b. Vibrasi	3
2. Pengaturan posisi semi fowler & fowler	5
3. Latihan batuk efektif	8
4. Latihan nafas dalam	11
5. Melakukan inhalasi (Nebulaizer)	14
6. Pengisapan lender/ <i>Suction</i>	17
7. Memberikan oksigen melalui nasal kanul dan masker (simple mask, rebreathing mask dan non-rebreathing mask)	20
8. Melakukan perawatan WSD	23
9. Melakukan perawatan tracheostomy	27
B. Cairan Dan Elektrolit	
1. Memberikan cairan peroral	32
2. Cairan Parenteral (Pemasangan infus)	35
3. Menghitung tetesan cairan infuse	39
4. Monitoring balance cairan	42
5. Memberikan transfusi darah sebagai hasil kolaborasi	44
C. Nutrisi	
1. Memberikan nutrisi peroral	47
2. Menilai kecukupan nutrisi	50
3. Memasang <i>Nasogastric Tube (NGT)</i>	53
4. Pemberian nutrisi secara enteral	56
D. Eliminasi	
1. Membantu eliminasi urin dan fekal	59
2. Pemasangan kateter pada wanita	62
3. Pemasangan kateter pada Pria	65
4. Melakukan lavement (huknah)	68
5. Melakukan evakuasi fekal	71
6. Melakukan Bladder training	74
7. Melakukan Bowel training	78
8. Melakukan perawatan colostomy	81

E. Rasa Aman Dan Nyaman	
1. Hand washing	84
2. Tindakan personal hygiene	86
a. Memandikan	86
b. Mencuci rambut	90
c. Oral Hygiene	94
3. Memberikan kompres panas	98
4. Memberikan kompres dingin	101
5. Pengelolaan nyeri non farmakologis (Massase Punggung)	104
6. Pengamanan pasien (patient safety)	107
F. Mobilisasi Dan Transportasi	1
1. Mengatur posisi pasien	1
a. Posisi Supinasi	1
b. Posisi Semi Fowler & Fowler	4
c. Posisi Lateral/ <i>Side-Lying</i>	7
d. Posisi Dorsal Recumbent	10
e. Posisi Trendelenberg	13
f. Posisi Sims	16
g. Posisi Lithotomi	19
h. Posisi Pronasi/Telungkup	22
i. Posisi <i>Genu Pektoral/Knee-Chest</i>	25
j. Posisi Ortopnea	29
2. Latihan ROM aktif dan pasif	32
3. Menindahkan pasien	36
a. Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Kursi	36
b. Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Brankard	38
4. Ambulasi/transportasi pasien	41
a. Membantu Pasien Duduk Diatas Tempat Tidur	41
a. Membantu Pasien Berjalan	44
5. Melatih pasien dengan alat bantu jalan	47
6. Perawatan pasien dengan immobilisasi	51
G. Kebutuhan Istirahat Dan Tidur	54
1. Melaksanakan tindakan ritual tidur	54
2. Memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur	57
3. Pengaturan lingkungan nyaman	60
a. Menyiapkan Tempat Tidur Tertutup	60
b. Menyiapkan Tempat Tidur terbuka	63
c. Menyiapkan Tempat Tidur Post Operasi	66
d. Menganti Alat Tenun Dengan Klien Diatas Tempat Tidur	69

4. Membantu Pasien Klien Yang Terminal Dan Sekarat	72
5. Pendidikan Kesehatan	76
a. Penkes Tentang Gangguan Seksual	76
b. Penkes Tentang Gangguan Belajar	79
c. Penkes Tentang Dicintai dan Mencintai	82
d. Penkes Klien Yang Mengalami Gangguan Harga Diri	85
b. Penkes Aktualisasi Diri	88

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

POSTURAL DRAINAGE DAN FISIOTERAPI DADA

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Ns. Tri/Sunaryo M.Kep</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Fisioterapi dada adalah suatu tindakan yg dilakukan untuk membantu mengencerkan & mengeluarkan secret dengan teknik postural drainage (Clapping) dan atau vibrasi dada
TUJUAN	1. Membantu klien untuk mengencerkan secret & memudahkan untuk mengeluarkannya. 2. Memperbaiki satus respirasi klien. 3. Mencegah infeksi pada paru pada klien yg immobilisasi dalam waktu lama
INDIKASI	Indikasi: Pasien dengan gangguan paru - paru yang menunjukkan peningkatan produksi lendir. (bronkhitis, emfisema, fibrosis, bronkhitis kronis) Kontraindikasi: Pasien yang mengalami abses paru atau tumor, pneumotoraks, penyakit - penyakit pada dinding dada (fraktur), efusi pleura, dan tuberkulosis.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Pakaian atau handuk tipis 2. Stetoskop 3. Tisu 4. Pot sputum dengan larutan desinfektan 5. Bantal 6. Papan pemiring atau pendongkrak 7. Air minum hangat 8. Suction bila perlu 9. Baki beralas atau troli
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. anjurka pasien minum air hangat dengan tujuan mengencerkan sekret dan memudahkan untuk dikeluarkan 2. atur posisi pasien sesuai lokasi sekret 3. Lakukan auskultasi pada daerah toraks 4. Lakukan fisioterapi dada a. Perkusi 1) Letakkan handuk/kain tipis pada daerah yang akan diperkusi 2) tangan perawat ditelungkupkan seperti magkuk (cupping hand) 3) menepuk - nepukkan <i>cupping hand</i> pada posisi yang ditentukan secara berirama, sementara tangan, dada, dan bahu pasien tetap dalam keadaan rileks 4) lakukan gerakan cupping had 1-2 menit pada pasien dengan tingkat sekret ringan 3-5 menit untuk sekret berat, tindakan ini di ulang selama beberapa kali. 5) anjurkan pasien menarik napas dalam secara perlahan - lahan lalu lakukan vibrasi. b. Vibrasi 1) letakkan tangan perawat mendatar menapak di atas dinding dada pasie, di mana vibrasi diinginkan. Letakkan tangan bersisian dengan jari - jari rapat atau satu tangan diletakkan di atas tangan yang lain 2) anjurkan pada pasien untuk mengambil napas dalam, kemudian keluarkan secara perlahan - lahan melaui bibir 3) saat pasien ekspirasi, vibrasikan tangan dengan kontraksi dan relaksasi lengan dan bahu selama beberapa menit. 4) hentikan vibrasi saat pasien melakukan inhalasi c. Drainase Postural 1) Mintalah pasien bernafas dalam dan batuk efektif setelah 3-4 kali vibrasi untuk mengeluarkan sekret
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2) teknik batuk efektif : Pasien dianjurkan napas dalam (inspirasi melalui hidung, ekspirasi melalui mulut) sebanyak 3 kali, kemudian pada napas ke 3 di tahan selama 10 hitungan dan dibatukkan dengan kuat menggunakan otot abdominal sebanyak 2 kali. 3) tampung sekresi pada wadah yang bersih 4) jika pasien tidak bisa batuk lakukan pengisapan 5) Minta pasien minum air 6) ulangi perkusi, vibrasi, dan postural drainase sampai area yang tersumbat telah terdrainase. setiap tindakan tidak boleh lebih dari 30-60 menit 5. Auskultasi paru 6. Jika tidak ada suara abnormal, posisikan pasien pada posisi semula dan berikan minuman hangat pada pasien untuk membantu mengencerkan secret 7. Jika masih ada suara abnormal, berikan posisi istirahat atau pasien tidur dalam posisi postural drainase. D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER & FOWLER

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Posisi semi fowler dan fowler dalah posisi dengan tubuh setengah duduk atau duduk.
TUJUAN	1. Mempertahankan kenyamanan. 2. Memfasilitasi fungsi pernapasan / meningkatkan ekspansi paru-paru. 3. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang mnenetap 4. Mengurangi komplikasi akibat imobilisasi
INDIKASI	1. Pasien yang mengalami gangguan pernapasan 2. Pasien yang mengalami imobilisasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal kecil dan besar 3. Papan kaki (<i>Footboard</i>) 4. <i>Trochanter Rolls</i> 5. <i>Hand Rolls</i> 6. Restraints (jika diperlukan) 7. <i>Trapeze bar</i> 8. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. FASE PRE INTERAKSI 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. FASE ORIENTASI 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. FASE KERJA Atur posisi pasien dengan langkah: 1. Atur pasien dengan posisi supinasi 2. Naikkan tempat tidur di bawah leher dan kepala dan sepanjang tulang belakang dengan sudut 45°-90° 3. Letakkan bantal kecil di bawah paha sehingga lutut sedikit fleksi

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Letakkan bantal kecil di bawah popliteal untuk memperlancar sirkulasi 5. Letakkan <i>footboard</i> di bawah telapak kaki 6. Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau <i>hand rolls</i> jika perlu D. FASE TERMINASI 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i> . United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i> . USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

LATIHAN BATUK EFEKTIF

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Rini Tri Hastuti, S.Kp, M.Kes</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Batuk efektif adalah proses mengeluarkan udara atau benda asing dari paru seara kuat, baik dilakukan dengan sengaja atau tidak sengaja (akibat reseptor batuk terstimulasi benda asing, seperti sekret, darah, dan lain-lain)
TUJUAN	1. Membersihkan jalan nafas 2. Mencegah komplikasi: infeksi saluran nafas, pneumonia 3. Mengurangi kelelahan
INDIKASI	Indikasi: 1. Jalan nafas tidak efektif 2. Penyakit paru 3. Pre dan post operasi 4. Klien imobilisasi Kontraindikasi: 1. Klien yang mengalami peningkatan Tekanan Intra Kranial 2. Gangguan kardiovaskuler: hipertensi berat, aneurisma, gagal jantung, infark miokard 3. Emphysema karena dapat menyebabkan ruptur dinding alveolar
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Kertas tissue 2. Bengkok 3. Perlak/pengalasA 4. APD 5. Sputum pot berisi desinfektan 6. Air minum hangat.
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan pengecek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Menjaga privasi pasien 2. Mempersiapkan pasien 3. Memakai APD

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen 5. Menempatkan alat di dekat pasien 6. Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup) * 7. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung) 8. Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan 9. Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup) 10. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot 11. Memasang pernak/alas dan bengkok (di pangkuan pasien bila duduk atau di dekat mulut bila tidur miring) 12. Meminta pasien untuk melakukan nafas dalam 2 kali , yang ke-3 : inspirasi, tahan nafas dan batukkan dengan kuat 13. Menampung lendir dalam sputum pot 14. Merapikan pasien D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Pery, Anne Griffin, Potter, patricia A.,(1999). <i>Fundamental Keperawatan Konsep proses dan praktek</i>. EGC: Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

LATIHAN NAFAS DALAM

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Rini Tri Hastuti, S.Kp. M.Kes</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Nafas dalam adalah suatu bentuk tindakan keperawatan yang dalam hal ini perawat ,emgajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal dan menghembuskan secara perlahan)
TUJUAN	1. Meningkatkan kapasitas vital dan ventilasi paru meningkat 2. Mempertahankan energi 3. Membantu pernafasan abdominal lebih otomatis dan lebih efisien 4. Meningkatkan relaksasi dan rasa aman 5. Menurunkan efek hipoventilasi 6. Menurunkan efek anestesi 7. Menurunkan rasa nyeri
INDIKASI	Indikasi : 1. Intoleransi aktivitas 2. Poa nafas tidak efektif 3. Kecemasan 4. Gangguan/kerusakan pertukaran gas 5. Nyeri 6. Hipoksia 7. Fatigue Kontraindikasi : 1. Klien yang mengalami peningkatan Tekanan Intra Kranial gangguan fungsi otak 2. Gangguan kardiovaskuler: hipertensi berat, aneurisma, gagal jantung, infark miokard 3. Emphysema karena dapat menyebabkan ruptur dinding alveolar
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	Catatan keperawatan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Menjaga privasi pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2. Mempersiapkan pasien 3. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan 1 tangan di abdomen 4. Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup) 5. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung) 6. Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan 7. Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup) 8. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot 9. Menjelaskan kepada pasien untuk melakukan latihan ini bila mengalami sesak 10. Merapikan pasien D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008. <i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i>. EGC. Jakarta 2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN INHALASI (NEBULAIZER)

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Rini Tri Hastuti, S.Kp, M.Kes</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Nebulaizer adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk mengencerkan dahak dan melonggarkan jalan nafas
TUJUAN	1. Merelaksasi jalan nafas. 2. Mengencerkan dan mempermudah mobilisasi sekret. 3. Menurunkan edema mukosa. 4. Pemberian obat secara langsung pada saluran pernafasan untuk pengobatan penyakit, seperti : bronkospasme akut, produksi sekret yang berlebihan, dan batuk yang disertai dengan sesak nafas.
INDIKASI	Indikasi: 1. Pasien asma, 2. Sesak napas kronik 3. Batuk, pilek, 4. Gangguan saluran pernapasan. Kontraindikasi: 1. Pasien trakeotomi 2. Fraktur didaerah hidung.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	Catatan keperawatan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Pasien/keluarga diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan 2. Membawa alat-alat ke dekat pasien. 3. Mengatur posisi pasien sesuai dengan keadaan pasien 4. Memasukkan obat kewadahnya (bagian dari alat nebulizer). 5. Menghubungkan nebulizer dengan listrik 6. Menyalakan mesin nebulizer (tekan power on) dan mengecek out flow apakah timbul uap atau embun.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7. Menghubungkan alat ke mulut atau menutupi hidung dan mulut (posisi) yang tepat. 8. Menganjurkan agar klien untuk melakukan nafas dalam, tahan sebentar, lalu ekspirasi. 9. Setelah selesai, mengecek keadaan umum klien, tanda-tanda vital, dan melakukan auskultasi paru secara berkala selama prosedur. 10. Menganjurkan klien untuk melakukan nafas dalam dan batuk efektif untuk mengeluarkan sekret. 11. Perhatian : a. Tetap mendampingi klien selama prosedur (tidak meninggalkan klien). b. Observasi adanya reaksi klien apabila terjadi efek samping obat. c. Tempatkan alat nebulizer pada posisi yang aman (jangan sampai jatuh). D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008. <i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i>. EGC. Jakarta 2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGISAPAN LENDIR/ *SUCTION*

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Rini Tri Hastuti, S.Kp. M.Kes</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Melakukan tindakan penghisapan lendir di jalan Nafas
TUJUAN	1. Mengeluarkan secret/cairan pada jalan nafas 2. Melancarkan jalan nafas
INDIKASI	1. Pasien tidak sadar 2. Pasien yang tidak mampu mengeluarkan lender sendiri
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Bak instrument berisi: pinset anatomi 2, kasa secukupnya 2. NaCl atau air matang 3. Canule suction 4. Perlak dan pengalas 5. Mesin suction 6. Kertas tissue
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien kepala sedikit Ekstensi 2. Memberikan Oksigen 2 – 5 menit 3. Meletakkan pengalas di bawah dagu pasien 4. Memakai sarung tangan 5. Menghidupkan mesin, mengecek tekanan dan botol penampung 6. Memasukkan kanul section dengan hati-hati (hidung $\pm$ 5 cm, mulut $\pm$ 10 cm) 7. Menghisap lendir dengan menutup lubang kanul, menarik keluar perlahan sambil memutar ($\pm$ 5 detik untuk anak, $\pm$ 10 detik untuk dewasa) 8. Membilas kanul dengan NaCl, berikan kesempatan pasien bernafas 9. Mengulangi prosedur tersebut 3-5 kali suctioning 10. Mengobservasi keadaan umum pasien dan status pernafasannya 11. Mengobservasi secret tentang warna, bauran dan volumenya

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008. <i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i>. EGC. Jakarta 2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMBERIAN OKSIGENASI

Melalui Nasal Kanul Dan Masker (Simple Mask, RM dan NRM)

Disiapkan	Disetujui	Mengetahui
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep</u> Dosen Keperawatan	 <u>Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Merupakan alat sederhana yang dimasukkan kedalam lubang hidung untuk memberikan trtherapy oksigen dan yang memungkinkan pasien untuk bernafas melalui mulut dan hidung
TUJUAN	1. Mengatasi hipoksemia /hipoksia 2. Meningkatkan ekspansi dada 3. Memperbaiki status oksigenasi klien dan memenuhi kekurangan oksigen 4. Membantu kelancaran metabolisme 5. Menurunkan kerja jantung 6. Menurunkan kerja paru –paru pada klien dengan dyspnea 7. Meningkatkan rasa nyaman dan efisiensi frekuensi napas pada penyakit paru
INDIKASI	1. Gagal nafas 2. Gangguan jantung (gagal jantung) 3. Kelumpuhan alat pernafasan 4. Perubahan pola napas 5. Keadaan gawat (misalnya : koma) 6. Trauma paru 7. Metabolisme yang meningkat : luka bakar 8. Post operasi 9. Keracunan karbon monoksida
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Outlet oksigen sentral/dinding/tabung 2. Flowmeter oksigen dan humidifier 3. Cateter nasal 4. Canule binasal 5. Sungkup muka sederhana 6. Sungkup muka dengan kantong Non Rebreathing/NRM 7. Sungkup muka dengan kantong Rebreathing 8. Jelly KY untuk pelicin
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Jaga privasi pasien 2. Hubungkan humidifier dengan flowmeter oksigen 3. hubungkan flowmeter dengan outlet oksigen sentral/tabung 4. Pilih kataeter nasal/canule nasal/sungkup muka sederhana/sungkup muka rebreathing/non rebreathing 5. Hubungkan dengan flowmeter oksigen 6. Alirkan oksigen dengan memutar selektor sesuai kebutuhan 7. Pasang ke pasien dengan cara seperti di bawah ini : (1) canul nasal 1-6 ltr/menit konsentrasi 24% - 44%, (2) kateter nasal 1-6 ltr/mnt konsentrasi 24 – 44%, (3) sungkup muka sederhana 5-8 ltr/mnt konsentasi 40-60%, (4) sungkup RM 5-13% ltr/mnt konsentrasi 30-55%, (5) sungkup NRM 8-12 ltr/mnt konsentrasi 60-100%. 8. Beri pelicin pada ujung kanul masukkan kedua ujung kedalam lubang hidung pasien. 9. Ukur jarak antara lubang hidung sampai ujung daun telinga 10. Beri jelli pelicin pada ujung kateter masukkan melalui lubang hidung dan fiksasi. 11. Atur tali pengikat sungkup muka sehingga menutup rapat dan nyaman, jika perlu memakai kain kasa pada daerah tertekan. Muka pasien dibersihkan tiap 2 jam. Sungkup muka diganti setiap 8 jam, isi oksigen ke dalam kantong dengan cara menutup lubang antara kantong dengan sungkup sehingga menutup rapat dan nyaman. D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membersihkan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i> . Salemba Medika. Jakarta
-----------	--

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PERAWATAN WSD

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	WSD merupakan suatu tindakan drainase intrapleural yang digunakan setelah prosedur intrathorakal. Satu atau lebih kateter dada dipasang dalam rongga pleura dan difiksasi ke dinding dada yang kemudian disambung ke sistem drainase (suction). Bertujuan untuk mengeluarkan gas, cairan darah, atau cairan asing yang bersifat solid dari rongga dada pleura atau rongga thoraks dan ruang mediastinum.
TUJUAN	1. Mengganti balutan dada dan selang WSD. 2. Memonitor kepatenan dan fungsi sistem WSD. 3. Mengganti botol WSD. 4. Mencegah infeksi di bagian masuknya slang.
INDIKASI	Dilakukan pada kondisi-kondisi seperti trauma, penyakit atau tindakan bedah yang dapat mengganggu sistem tekanan negatif yang tertutup diparu-paru, yaitu : 1. Bedah jantung. 2. Thoracotomy. 3. Pneumothoraks dan hemothoraks.
KEBIJAKAN	ISO 9001 2015 Standar Akademik
PETUGAS	Dosen Mahasiswa
PERALATAN	1. Sarung tangan steril 2 psg 2. Larutan NS 3. Bak instrument steril 4. Plester dan gunting plester 5. Pinset anatomis 3 buah 6. Kapas alcohol 7. Klem arteri 2 buah 8. Bengkok 9. Kasa steril 10. Perlak 11. Kom kecil 1 buah 12. Botol water seal yang baru
PROSEDUR	A. FASE ORIENTASI 1. Memberi salam/menyapa klien 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan tindakan 4. Menjelaskan langkah prosedur 5. Menanyakan kesiapan pasien 6. Mencuci tangan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	B. FASE KERJA 1. Beri kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai 2. Pertahankan privasi klien selama tindakan dilakukan 3. Atur posisi klien optimal untuk perawatan WSD 4. Alat-alat didekatkan ke klien 5. Cuci tangan dan pakai sarung tangan 6. Observasi : a. adanya peningkatan distress pernafasan b. aliran selang dada (adanya bekuan darah dan sumbatan pada selang dada) c. sistem drainase dada (botol water seal harus lebih rendah dari area insersi di dada) d. Fluktuasi water seal sesuai dengan irama inspirasi dan ekspirasi (meningkat saat inspirasi dan menurun saat ekspirasi) e. Jenis, warna dan jumlah cairan drainase f. Merawat Area insersi selang dada 7. Tempatkan perlak dibawah dada pasien dan dekatkan bengkok 8. Buka balutan insersi selang dada dengan pinset dan buang di bengkok 9. Observasi area insersi selang dada terhadap tanda-tanda infeksi 10. Lepas sarung tangan dan ganti dengan sarung tangan steril yang baru 11. Bersihkan area insersi dengan larutan normal saline dari bagian tengah area insersi ke bagian tepi secara melingkar menggunakan pinset steril 12. Buang kasa bekas pakai pada bengkok 13. Keringkan area insersi dengan kasa kering steril 14. Tutup area insersi dengan kasa kering steril yang terbelah bagian tengahnya kemudian fiksasi dengan plester 15. Mengganti botol water seal a. Buka pembungkus botol water seal yang baru dan dekatkan dengan botol yang lama b. Fiksasi selang dada menggunakan 2 buah klem (1 klem ditempatkan pada selang dada berdekatan dengan area insersi dan klem yang lain berdekatan dengan botol water seal) c. Lepaskan selang dada dari botol water seal yang lama menggunakan pinset kemudian pindahkan secara perlahan ke dalam botol water seal yang baru sedalam 2 cm di bawah cairan desinfektan
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	d. Lepaskan kedua klem dari selang dada e. Observasi kepatenan selang dada, observasi adanya fluktuasi cairan pada botol water seal sesuai irama pernafasan klien f. Bereskan semua instrument C. FASE TERMINASI 1. Merapikan klien 2. Melakukan evaluasi tindakan 3. Merapikan alat 4. Mencuci tangan 5. Berpamitan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Kozier Barbara, Glenora Erb, 1987, <i>Fundamental of Nursing Concepts and ProCedurs</i>, California, addison Weshley 2. Potter & Perry, 2005, Buku Ajar Fundamental Keperawatan Perry and Potter, 1990, <i>Pocket Guide to Basic Skill and Procedurs</i> St Louis, The CV Mosby Company

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN PERAWATAN TRACHEOSTOMY

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Trakeostomi adalah pembuatan lubang permanen atau sementara melalui tindakan bedah kedalam trakea kedua, ketiga, atau keempat.
TUJUAN	1. Mengurangi <i>dead space</i>/ruang rugi 10-50 % di saluran napas bagian atas seperti daerah rongga mulut, sekitar lidah dan faring. Dengan adanya stoma maka seluruh oksigen yang dihirupnya akan masuk ke dalam paru, tidak ada yang tertinggal di ruang rugi tersebut. Hal ini berguna pada pasien dengan kerusakan paru, yang kapasitas vitalnya berkurang. 2. Mengurangi tekanan aliran udara pernapasan. 3. Proteksi terhadap aspirasi. 4. Pasien bisa menelan tanpa adanya reflek apneu. 5. Mempermudah membersihkan trakea melalui penghisapan sekret dari bronkus pada pasien yang tidak dapat mengeluarkan sekret secara fisiologik, misalnya pada pasien dalam keadaan koma. 6. Menyediakan saluran untuk pengobatan/humidifikasi cabang tracheobronchial. 7. Mengurangi kekuatan batuk. 8. Untuk mengambil benda asing dari subglotik, apabila tidak mempunyai fasilitas untuk bronkoskopi
INDIKASI	1. Edema trakea karena trauma atau respon alergi 2. Obstruksi laring Ventilasi mekanik 3. Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas 4. Luka bakar jalan napas 5. Perdarahan jalan napas atas 6. Fraktur laring, mandibula, maksilaris 7. Cedera kepala berat 8. Trauma tembus cranium & thorak 9. Persiapan operasi tractus respiratorius bagian atas 10. Orotracheal intubasi susah pada waktu Anastesi umum
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tali pengikat trakheostomi 2. Trakheostomi tube 3. Kom/mangkuk steril 4. Cairan NaCl 5. Hydrogen peroksida (H₂O₂) 6. S spuit 10 cc.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7. Stetoskop. 8. Set ganti balut steril. 9. 1 pasang handscoen bersih 10. 2 pasang handscoen steril. 11. Kapas apus (swab) 12. Alkohol 70%. 13. Nierbeken / bengkok, 14. Plester 15. Gunting plester 16. Sikat pembersih 17. Handuk 18. Perlak 19. kantung plastik 20. Tromol kasa 21. Kaca mata pelindung, 22. Masker 23. Gaun/skort (kalau perlu). 24. Suction set (jika diperlukan)
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Membantu klien mengatur posisi yang nyaman bagi klien dan perawat (supine atau semifowler). 2. Membentangkan handuk didada klien. 3. Menjaga kebutuhan privacy klien. 4. Mendekatkan alat pada tempat yang mudah dijangkau. 5. Menutup sampiran (kalau perlu). 6. Memakai Handshoen Bersih 7. Membuka set peralatan dan bungkus alat-alat yang dibutuhkan untuk pembersihan trakheostomi. 8. Meletakkan perlak paling bawah dan atur peralatan suction. 9. Mengatur mangkuk steril kedua dekat tetapi diluar lalu lintas mangkuk pertama, jangan menyentuh bagian dalam mangkuk. 10. Menuangkan sekitar 50 ml hidrogen peroksida.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	11. Membuka sikat steril dan letakkan disebelah mangkuk yang berisi hidrogen peroksida. 12. Membuka bungkus kasa, tuangkan hidrogen peroksida diatas kasa pertama, dan normal saline pada kasa kedua, sedangkan kasa ketiga tetap dibiarkan kering. 13. Membuka swab berujung kapas. Tuangkan hidrogen peroksida pada satu paket swab, dan normal saline pada paket swab lainnya. 14. Jika trakheostomi menggunakan kanule dalam sekali pakai (disposable). Buka bungkusnya, sehingga dapat dengan mudah diambil. Pertahan sterilitas kanule dalam. 15. Menentukan panjang tali pengikat trakheostomi yang diperlukan dengan menggandakan lingkaran leher dan menambah 5 cm dan gunting tali pada panjang tersebut. 16. Melakukan prosedur penghisapan. Pastikan telah menggunakan skort, kaca mata pelindung, dan handscoen steril. 17. Melepaskan handscoen yang sudah basah dan kenakan handscoen steril yang baru. Pertahankan agar tangan dominan tetap steril sepanjang prosedur dilakukan. 18. Membersihkan kanule dalam. 19. Mengganti kanule dalam sekali pakai (disposable inner-canula) : 20. Membuka dan dengan hati-hati lepaskan kanule dalam dengan menggunakan tangan yang tidak dominan. 21. Melakukan penghisapan dengan teknik steril (jika diperlukan). 22. Mengeluarkan kanule dalam baru steril dari bungkusnya dan siramkan sejumlah normal saline steril pada kanule baru tersebut. Biarkan normal saline menetes dari kanule dalam. 23. Memasang kanule dalam dengan hati-hati dan cermat dan kunci kembali agar tetap pada tempatnya. 24. Menghubungkan kembali klien dengan sumber oksigen. 25. Membersihkan kanule dalam tak disposable : 26. Melepaskan kanule dalam menggunakan tangan tidak dominan, dan masukkan kanule tersebut kedalam mangkuk berisi hidrogen peroksida. 27. Membersihkan kanule dalam dengan sikat (tangan dominan memegang sikat dan tangan yang tidak dominan memegang kanule). 28. Memegang kanula diatas mangkuk yang berisi hidrogen peroksida dan tuangkan normal saline pada kanule
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	sampai semua bagian kanule terbilas dengan baik. Biarkan normal saline menetes dari kanule dalam. 29. Memasang kembali kanule dalam dan kunci. 30. Hubungkan kembali klien ke sumber oksigen. 31. Membersihkan bagian luar/sekitar kanule dan kulit sekitarnya dengan menggunakan hidrogen peroksida, lalu bilas dengan NaCl dan keringkan dengan kasa. 32. Mengganti tali pengikat trakheostomi : 33. Membiarkan tali yang lama tetap pada tempatnya sementara memasang tali yang baru. 34. Menyisipkan tali yang baru pada salah satu sisi faceplate. 35. Melingkarkan kedua ujung bebasnya mengelilingi bagian belakang leher klien ke sisi lainnya faceplate dan ikat dengan kuat tetapi idak ketat. Gunting tali trakheostomi yang lama. 36. Memasang kasa pada mengelilingi kanule luar dibawah tali pengikat dan faceplate. Periksa kembali untuk memastikan bahwa tali pengikat tidak terlalu ketat tetapi pipa trakheostomi tertahan dengan aman pada tempatnya. 37. Mengempiskan dan mengembangkan balon (cuff) pipa trakheostomi : 38. Memakai handscoen steril 39. Jika terdapat klem pada pada pipa cuff lepaskan klemnya dan sambungkan dengan spuit 40. Meminta klien menghirup nafas dalam bersamaan dengan secara perlahan mengaspirasi udara pada cuff (biasanya 5 cc). 41. Mengamati adanya kesulitan bernafas. D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Riyadi, Sujono dan Harmoko. 2012. <i>Standard Operating Precedure dalam Praktik Klinik Keperawatan Dasar</i>. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBERIKAN CAIRAN PER ORAL

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memberi cairan per oral adalah pemenuhan cairan tubuh bagi pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per oral secara mandiri.
TUJUAN	1. Kebutuhan dasar fisiologis pasien dapat terpenuhi 2. Mencegah dehidrasi
INDIKASI	Pasien yang tidak mampu makan secara mandiri
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Meja makan 2. Nampan 3. Gelas 4. Sendok 5. Sedotan 6. Pengalas 7. Tissue
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Atur posisi pasien dengan duduk / setengah duduk sesuai kondisi pasien 2. Pasang pengalas 3. Tawarkan pasien melakukan ritual makan (misalnya, berdoa sebelum makan) 4. Bantu pasien untuk minum menggunakan sendok/ sedotan 5. Bila selesai, bersihkan mulut pasien dan anjurkan duduk sebentar D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Nurrachmah, E. (2001). <i>Nutrisi Dalam Keperawatan</i> . Jakarta: Sagung Seto

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

CAIRAN PARENTERAL (PEMASANGAN INFUS)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Pemasangan Infus adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh.
TUJUAN	1. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral 2. Memperbaiki keseimbangan asam basa 3. Memperbaiki volume komponen-komponen darah 4. Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat-obatan ke dalam tubuh 5. Memonitor tekan Vena Central (CVP) 6. Memberikan nutrisi pada saat system pencernaan di istirahatkan.
INDIKASI	1. Pasien dengan dehidrasi 2. Sebelum tranfusi darah, 3. Pra dan pasca bedah sesuai program pengobatan, 4. Pasien yang tidak bisa makan dan mulut melalui mulut.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Seperangkat infuse set steril 2. Jarum/cateter untuk pungsi venna yang sesuai 3. Cairan yang diperlukan (contoh: NaCl 0,9%) 4. Kain kasa steril dalam tempatnya 5. Kapas alcohol dalam tempatnya 6. Plester 7. Gunting verband 8. Bengkok (neirbekken) 9. Infus set lengkap dengan gantungan botol (kolf) 10. Perlak kecil dan alas 11. Tourniquet 12. Spalk dalam keadaan siap pakai, bila perlu terutama pada anak-anak 13. Sarung tangan sekali pakai
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan pengecekan program terapi 2. Mempersiapkan alat 3. Mencuci Tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap Kerja 1. Menjaga privasi pasien 2. Memakai Hanscun 3. Buka peralatan steril dengan teknik aseptik 4. Untuk pemberian cairan IV a. Periksa larutan terhadap warna, kejernihan dan kadaluarsa b. Buka penutup larutan IV c. Buka set infuse dan pertahankan kesterilan kedua ujung d. Pasang klem roll sekitar 2-4 cm dibawah bilik drip dan pindahkan klem dalam posisi off e. Tusukkan set infuse pada botol cairan f. Isi selang infuse g. Tekan bilik drip, biarkan terisi 1/3 atau ½ bagian h. Lepaskan jarum dan klem roll pastikan cairan memenuhi slang i. Pastikan selang bersih dan tidak ada gelembung udara 5. Pilih jarum IV yang tepat 6. Pilih tempat distal vena yang digunakan 7. Bila banyak rambut pada aderah penususkan, gunting/cukur 8. Pasangkan tourniquet 10-12 cm diatas tempat penususkan dan menyumbat aliran vena 9. Pakailah sarung tangan sekali pakai dan pelindung mata dan masker 10. Bersihkan daerah penususkan dengan gerakan sirkulasi yang kuat menggunakan kapas alcohol, biarkan selama 30 detik 11. Lakukan pungsi vena dengan sudut 20-300 12. Perhatikan keluarnya darah melalui selang, keluarkan jarum dan dorong cateter melalui vena. 13. Tahan cateter dengan satu tangan, lepaskan tourniquet dan dengan cepat hubungkan cateter dengan selang in fus 14. Lepaskan klem roller untuk mulai infuse untuk mempertahankan aliran IV 15. Amankan cateter/ jarum IV 16. Pasangkan plester kecil dibawah cateter dengan sisi lengket menghadap keatas dan silangkan plester 17. Oleskan salep iodine ditempat tusukan dan tutup dengan kasa
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	18. Pasang plester kedua menyilang pada hubungan cateter 19. Amankan plesster dengan kateter 20. Atur kecepatan aliran infuse 21. Tulis tanggal dan waktu pemasangan 22. Lepaskan sarung tangan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Herbasuki. 2006. <i>Standar Operasional Prosedur</i> . Asosiasi Institusi Pendidikan DIII Keperawatan. Jawa Tengah 2. Kozier, Barbara, 2000, <i>Fundamental of Nursing : Concepts, Prosess and Practice: Sixth edition</i> , Menlo Park, Calofornia

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENGHITUNG TETESAN CAIRAN INFUSE

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Menghitung tetesan infus adalah manajemen pemberian cairan pada pasien dengan bantuan perangkat infus dengan <u>memperhitungkan jumlah cairan sesuai program terapi</u>
TUJUAN	Memastikan cairan IV diberikan dengan jumlah yang tepat
INDIKASI	1. Pasien dengan dehidrasi 2. Sebelum tranfusi darah, 3. Pra dan pasca bedah sesuai program pengobatan, 4. Pasien yang tidak bisa makan dan mulut melalui mulut.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tiang IV (baik yang ditempelkan ketempat tidur atau yang berdiri sendiri dengan roda) 2. Kalkulator (pensil dan kertas) 3. Jam yang dilengkapi dengan keterangan detik
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Cuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap kerja 1. Hitung atau tentukan volume yang tepat per jam atau kecepatan tetesan (tetesan per menit) 2. Jika perlu, sediakan plester yang berisi waktu untuk cairan berdasarkan volume cairan yang diinfuskan dalam 1 jam 3. Hubungkan slang yang tepat dan bersihkan udara dari slang 4. Sesuaikan ketinggian tiang infus dan buka semua klem kecuali klem geser/regulator 5. Buka regulator sepenuhnya, kemudian secara perlahan tutup regulator sambil memgobservasi bilik tetes, saat cairan dialirkan, cairan harus mengalir dengan aliran yang baik 6. Tutup klem geser sampai cairan menetes dengan kecepatan pelan tetapi tetap

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7. Hitung jumlah tetes yang jatuh dalam interval 15 detik dan kalikan dengan 4 8. Sesuaikan regulator/klem geser, buka klem geser untuk meningkatkan aliran tetesan jika kecepatan tetesan permenit kurang dari kecepatan yang telah ditetapkan atau tutup klem geser untuk mengurangi aliran tetesan jika kecepatan tetesan permenit lebih dari kecepatan yang telah ditetapkan 9. Hitung kembali tetesan dan lanjutkan menyesuaikan aliran sampai kecepatan tetesan yang diinginkan telah didapatkan 10. Periksa kembali kecepatan tetesan setelah 5 menit dan periksa kembali setelah 15 menit 11. Tahap Terminasi 12. Merapikan pasien dan membereskan alat-alat 13. Berpamitan dengan pasien 14. Mencuci tangan 15. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Potter, 2000, <i>Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar, Edisi III</i>, Alih bahasa Ester Monica, Penerbit buku kedokteran EGC.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENGHITUNG BALANCE CAIRAN

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Monitoring balance cairan adalah tindakan yang memperhatikan intake cairan dan output cairan pasien guna memperoleh keseimbangan diantara.
TUJUAN	Mengetahui keseimbangan volume cairan tubuh
INDIKASI	1. Pasien dengan kelainan fungsi jantung, ginjal, 2. Pasien dengan luka bakar 3. Pasien demam dan dehidrasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Catatan keperawatan 2. Timbangan BB
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Cuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Timbang berat badan pasien 2. Hitung air metabolisme 3. Hitung IWL 4. Tentukan input dan output pasien 5. Lakukan perhitungan balance cairan : input – output D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008. <i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i>. EGC. Jakarta 2. Potter, 2000, <i>Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar, Edisi III</i>, Alih bahasa Ester Monica, Penerbit buku kedokteran EGC.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBERIKAN TRANSFUSI DARAH

(Sebagai Hasil Kolaborasi)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Transfusi darah merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang membutuhkan darah dan/atau produk darah dengan cara memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set transfusi.
TUJUAN	1. Memenuhi volume sirkulasi darah, 2. Memperbaiki kadar hemoglobin dan protein serum
INDIKASI	1. Pasien yang kehilangan darah akut, seperti pada operasi besar, perdarahan post partum, kecelakaan, luka bakar hebat, dan penyakit kekurangan kadar Hb atau kelainan darah 2. Pasien yang mengalami defisit cairan atau curah jantung menurun. 3. Gagal ginjal, anemia berat
KEBIJAKAN	3. ISO 9001 : 2015 4. Standar Akademik
PETUGAS	4. Dosen/ Instruktur 5. Perawat 6. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tranfusi set 2. Tiang infus 3. Produk darah 4. NaCl 0,9%
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Cuci tangan dan keringkan, kemudian pakai sarung tangan bersih. 2. Gantungkan larutan NaCl 0,9% dalam botol untuk digunakan setelah transfusi darah 3. Gunakan slang infus yang mempunyai filter (slang 'Y' atau tunggal). 4. Lakukan pemberian infus NaCl 0,9% (baca: Prosedur pemasangan infus) terlebih dahulu sebelum pemberian transfusi darah 5. Lakukan terlebih dahulu transfusi darah dengan memeriksa identifikasi kebenaran produk darah : periksa kompatibilitas dalam kantong darah, periksa

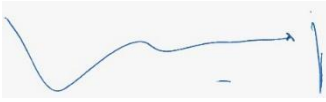
	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	kesesuaian dengan identifikasi pasien, periksa kadaluwarsanya, dan periksa adanya bekuan 6. Buka set pemberian darah 7. Untuk slang 'Y', atur ketiga klem 8. Untuk slang tunggal, klem pengatur pada posisi off 9. Cara transfusi darah dengan slang 'Y' 10. Tusuk kantong NaCl 0,9% 11. Isi slang dengan NaCl 0,9% 12. Buka klem pengatur pada slang 'Y', dan hubungkan ke kantong NaCl 0,9% 13. Tutup/klem pada slang yang tidak di gunakan 14. Tekan sisi balik dengan ibu jari dan jari telunjuk (biarkan ruang filter terisi sebagian) 15. Buka klem pengatur bagian bawah dan biarkan slang terisi NaCl 0,9% 16. Kantong darah perlahan di balik-balik 1 - 2 kali agar sel-selnya tercampur. Kemudian tusuk kantong darah pada tempat penusukan yang tersedia dan buka klem pada slang dan filter terisi darah 17. Cara transfusi darah dengan slang tunggal : 18. Tusuk kantong darah 19. Tekan sisi balik dengan ibu jari dan jari telunjuk sehingga filter terisi sebagian 20. Buka klem pengatur, biarkan slang infus terisi darah 21. Hubungkan slang transfusi ke kateter IV dengan membuka klem pengatur bawah 22. Setelah darah masuk, pantau tanda vital tiap 5 menit selama 15 menit pertama, dan tiap 15 menit selama 1 jam berikutnya 23. Setelah darah di infuskan, bersihkan slang dengan NaCl 0,9% D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008. <i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i>. EGC. Jakarta 2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBERI NUTRISI PER ORAL

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Memberi makan per oral adalah pemenuhan nutrisi bagi pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per oral secara mandiri.
TUJUAN	1. Kebutuhan dasar fisiologis pasien dapat terpenuhi 2. Dapat membantu mengatasi masalah pasien dengan malnutrisi
INDIKASI	Pasien yang tidak mampu makan secara mandiri
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Piring 2. Sendok 3. Garpu 4. Gelas 5. Serbet 6. Mangkok cuci tangan 7. Pengalas 8. Makanan dengan porsi dan menu sesuai program
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Atur posisi pasien dengan duduk / setengah duduk sesuai kondisi pasien 2. Pasang pengalas 3. Tawarkan pasien melakukan ritual makan (misalnya, berdoa sebelum makan) 4. Bantu aktivitas dengan cara menyuap makan sedikit demi sedikit dan berikan minum sesudah makan 5. Bila selesai makan, bersihkan mulut pasien dan anjurkan duduk sebentar D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Nurrachmah, E. (2001). <i>Nutrisi Dalam Keperawatan</i> . Jakarta: Sagung Seto

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENILAI KECUKUPAN NUTRISI

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Kecukupan gizi adalah rata-rata asupan gizi harian yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bagi hampir semua (97,5%) orang sehat dalam kelompok umur, jenis kelamin dan fisiologis tertentu. Nilai asupan harian zat gizi yang diperkirakan dapat memenuhi kebutuhan gizi mencakup 50% orang sehat dalam kelompok umur, jenis kelamin dan fisiologis tertentu disebut dengan kebutuhan gizi.
TUJUAN	Menentukan program asupan gizi pasien
INDIKASI	Pasien dengan gangguan pencernaan
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Timbangan Berat Badan dan Tinggi Badan 2. Alat Tulis 3. Metline dan Pita Ukur (jika diperlukan)
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Menjaga privasi pasien 2. Menempatkan alat di dekat pasien 3. Lakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan 4. Hitung Indeks massa tubuh dengan rumus: $IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$ 5. Atau Berat Badan Ideal (BBI) a. bayi (0-12 bulan) $BBI = (\text{umur (bln)} / 2) + 4$ b. BBI untuk anak (1-10 tahun) $BBI = (\text{umur (thn)} \times 2) + 8$ c. Remaja dan dewasa $BBI = (TB - 100) - (TB - 100) \times 10\% \text{ atau } BBI = (TB - 100) \times 90\%$

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Nurrachmah, E. (2001). <i>Nutrisi Dalam Keperawatan</i>. Jakarta: Sagung Seto

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMASANGAN *NASOGASTRIC TUBE (NGT)*

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memasang slang / pipa khusus melalui saluran pencernaan atas secara langsung sampai lambung
TUJUAN	1. Mempertahankan keseimbangan nutrisi 2. Memberikan makanan / obat / cairan tertentu ke dalam lambung 3. Kumbah lambung 4. Mencegah distensi lambung 5. Mengambil specimen asam lambung
INDIKASI	1. Nausea atau muntah 2. Gangguan sistem pencernaan atas 3. Keracunan (kumbah lambung)
KEBIJAKAN	ISO 9001 2015 Standar Akademik
PETUGAS	Dosen/Instruktur Perawat Mahasiswa
PERALATAN	1. Set NGT 2. Klem 3. Sduit 10 cc 4. Stetoskop atau gelas berisi air 5. Plester dan gunting 6. Kassa 7. Pelumas 8. Bengkok 9. Perlak / pengalas 10. Sarung tangan
PROSEDUR	A. FASE ORIENTASI 1. Memberi salam/menyapa klien 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan tindakan 4. Menjelaskan langkah prosedur 5. Menanyakan kesiapan pasien 6. Mencuci tangan B. FASE KERJA 1. Menjaga Privacy 2. Mengatur posisi semi fowler (Jika tidak ada kontra indikasi) 3. Memakai sarung tangan 4. Membersihkan lubang hidung 5. Memasang perlak dan pengalas pada dada klien 6. Mengukur panjang NGT dan member tanda (dari prosesus xipoides ke hidung dan belok ke daun telinga) 7. Mengolesi ujung NGT dengan pelumas.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	8. Mengatur pasien pada posisi fleksi kepala, dan masukkan perlahan ujung NGT melalui hidung (Bila pasien sadar menganjurkan untuk menelan ludah berulang-ulang) 9. Memastikan NGT masuk ke lambung 10. Menutup ujung NGT dengan spuit / klem atau disesuaikan dengan tujuan pemasangan 11. Melakukan fiksasi NGT di depan hidung dan pipi. C. FASE TERMINASI 1 Merapikan klien 2 Melakukan evaluasi tindakan 3 Merapikan alat 4 Mencuci tangan 5 Berpamitan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter & Perry, 2005, Buku Ajar Fundamental Keperawatan Perry and Potter, 1990, <i>Pocket Guide to Basic Skill and Procedures</i> St Louis, The CV Mosby Company 2. Kozier Barbara, Glenora Erb, 1987, <i>Fundamental of Nursing Concepts and Procedures</i> , California, addison Weshley

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMBERIAN NUTRISI SECARA ENTERAL

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memberikan makanan melalui Nasogastric Tube
TUJUAN	1. Mempertahankan keseimbangan nutrisi 2. Memberikan obat / cairan tertentu ke dalam lambung 3. Kumbah lambung
INDIKASI	1. Gangguan sistem pencernaan atas 2. Nausea atau muntah 3. Keracunan (kumbah lambung)
KEBIJAKAN	ISO 9001 2015 Standar Akademik
PETUGAS	Dosen Mahasiswa
PERALATAN	1. Set NGT 2. Air matang 3. Corong atau spuit 50 cc 4. Tissue 5. Bengkok 6. Perlak / pengalas 7. Klem /Spuit 5 cc atau 10 cc
PROSEDUR	A. FASE ORIENTASI 1. Memberi salam/menyapa klien 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan tindakan 4. Menjelaskan langkah prosedur 5. Menanyakan kesiapan pasien 6. Mencuci tangan B. FASE KERJA 1. Menjaga Privacy 2. Mengatur posisi semi fowler (Jika tidak ada kontra indikasi) 3. Memasang perlak dan pengalas pada dada klien 4. Melakukan aspirasi isi lambung untuk memastikan posisi NGT 5. Menutup klem dan memasang corong 6. Memasukan air matang, membuka slang dan meninggikan 30 cm 7. Menutup kembali klem sebelum air habis 8. Memasukan makanan cair, membuka klem dan meninggikan 30 cm kemudian menutup kembali klem sebelum makanan cair habis 9. Membilas slang dengan memasukkan air matang 10. Menutup kembali ujung NGT dengan klem Membersihkan sisa makanan pada klien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	C. FASE TERMINASI 1. Merapikan klien 2. Melakukan evaluasi tindakan 3. Merapikan alat 4. Mencuci tangan 5. Berpamitan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter & Perry, 2005, Buku Ajar Fundamental Keperawatan Perry and Potter, 1990, <i>Pocket Guide to Basic Skill and Procedures</i> St Louis, The CV Mosby Company 2. Kozier Barbara, Glenora Erb, 1987, <i>Fundamental of Nursing Concepts and ProCedurs</i>, California, addison Weshley

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBANTU ELIMINASI URIN DAN FEKAL

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Membantu eliminasi urin dan fekal adalah melakukan tindakan memberikan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (BAB dan BAK)
TUJUAN	1. Kebutuhan dasar fisiologis pasien dapat terpenuhi 2. Dapat membantu mengatasi masalah pasien dalam proses eliminasi zat sisa terutama pada pasien intoleransi aktifitas
INDIKASI	Pasien intoleransi aktivitas dan gangguan mobilitas
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. pispot dan tutupnya atau urinal 2. Sampiran / scerm / gordeng 3. Alas bokong 4. Troly 5. Bel (bila ada) 6. Tissue 7. Dua waskom berisi air (satu untuk bilas sabun) 8. Sabun 9. Dua waslap 10. Sarung tangan 11. Handuk 12. Selimut mandi
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Memasang sampiran 2. Mencuci tangan dan pakai sarung tangan 3. Memasang selimut mandi dan menurunkan selimut pasien 4. Tinggikan tepi tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh (bila ada)

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	5. Membuka pakaian pasien bagian bawah 6. Memasang alas bokong 7. Anjurkan pasien untuk berpegangan dibawah/bagian belakang tempat tidur sambil menekuk lutut diikuti dengan mengangkat bokong kemudian pasang pispot perlahan-lahan. 8. Jika pasien pria pasang urinal untuk BAK 9. Pastikan bahwa laken dan stik tidak terkena 10. Tinggalkan pasien dan anjurkan untuk membunyikan bel jika sudah selesai beritahu perawat/bidan 11. Kalau sudah selesai tarik pispot dan letakkan lengkap dengan tutupnya 12. Bersihkan daerah perianal dengan tissu (untuk pasien wanita bersihkan mulai dari uretra sampai dengan anus untuk mencegah perpindahan mikroorganisme dari rectal ke saluran urinaria) kemudian tissu buang ke dalam pispot 13. Gunakan waslap untuk membersihkan daerah perianal dengan air sabun 14. Bilas dengan air bersih 15. Keringkan daerah perianal dengan handuk 16. Mengangkat alas bokong 17. Mengenakan kembali pakaian pasien 18. Mengembalikan klien seperti semula 19. Mengangkat selimut mandi dan sekaligus menarik selimut pasien keatas. 20. Ganti linen jika kena feses atau urin D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMASANGAN KATETER PADA WANITA

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memasukkan selang karet atau plastic melalui uretra kedalam kandung kemih pada wanita
TUJUAN	1. Menghilangkan destensi kandung kemih 2. Penatalaksanaan kandung kemih inkompeten 3. Mendapatkan urine steril 4. Pengosongan kandung kemih secara lengkap
INDIKASI	1. Retensi urine 2. Kesadaran menurun 3. Incontinentia urine total
KEBIJAKAN	ISO 9001 2015 Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Bak instrumen steril berisi : 2. Pinset anatomis 3. Duk 4. Kassa 5. Kateter sesuai ukuran 6. Sarung tangan steril 2 pasang 7. Desinfektan dalam tempatnya 8. Sduit 20 cc 9. Pelumas 10. Urine bag 11. Plaster dan gunting 12. Selimut mandi 13. Perlak dan pengalas 14. Bak berisi air hangat, waslap, sabun, handuk 15. Bengkok 16. Pispot

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Memasang sampiran/menjaga privacy 2. Mengatur posisi dorsal recumbent dan melepas pakaian bawah 3. Memasang pernak dan pengalas 4. Memasang pispot di bawah bokong pasien 5. Memakai sarung tangan 6. Mencuci area perineal dengan air hangat sabun air hangat 7. Mengganti sarung tangan steril, memasang duk steril 8. Membersihkan vulva dengan air hangat 9. Memberi pelumas 2,5 – 5 cm 10. Memasukkan kateter 5 – 7,5/sampai keluar urine 11. Menyambungkan kateter dengan urin bag 12. Mengisi balon dengan aquadest sesuai ukuran 13. Memfiksasi kateter ke arah paha 14. Melepas duk, pengalas dan sarung tangan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi hasil tindakan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Merapikan alat dan dikembalikan ke tempat semula 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter & Perry, 2005, Buku Ajar Fundamental Keperawatan Perry and Potter, 1990, <i>Pocket Guide to Basic Skill and Procedures</i> St Louis, The CV Mosby Company 2. Kozier Barbara, Glenora Erb, 1987, <i>Fundamental of Nursing Concepts and ProCedurs</i>, California, addison Weshley

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMASANGAN KATETER PADA PRIA

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memasukkan selang karet atau plastic melalui uretra kedalam kandung kemih
TUJUAN	1. Menghilangkan destensi kandung kemih 2. Penatalaksanaan kandung kemih inkompeten 3. Mendapatkan urine steril 4. Pengosongan kandung kemih secara lengkap
INDIKASI	1. Kandung kemih inkompeten 2. Prostat Hipertropi
KEBIJAKAN	ISO 9001 2015 Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Bak instrument berisi: Pinset anatomi, duk lobang, kasaa. 2. Slang kateter sesuai ukuran 3. Sarung tangan steril 2 pasang
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Memasang sampiran/menjaga privacy 2. Menyiapkan pasien dengan posisi dorsal recumbent dan melepaskan pakaian bawah 3. Memasang perlak, pengalas 4. Memakai sarung tangan 5. Membersihkan genetalia dengan air hangat 6. Mengganti sarung tangan steril, memasang duk steril 7. Memberi pelumas pada ujung kateter 8. Mengarahkan penis ke atas 9. Memasukkan kateter perlahan-lahan sedalam 15 – 23 cm atau hingga urin keluar 10. Menyambungkan kateter dengan urin bag 11. Mengisi balon dengan aquadest sesuai ukuran 12. Memfixasi kateter ke arah atas/perut 13. Melepas duk, pengalas dan sarung tangan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi hasil tindakan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Merapikan alat dan dikembalikan ke tempat semula 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter & Perry, 2005, Buku Ajar Fundamental Keperawatan Perry and Potter, 1990, <i>Pocket Guide to Basic Skill and Procedures</i> St Louis, The CV Mosby Company 2. Kozier Barbara, Glenora Erb, 1987, <i>Fundamental of Nursing Concepts and ProCedurs</i>, California, addison Weshley

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN LAVEMENT (HUKNAH)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memasukkan cairan melalui anus sampai ke dalam kolonsigmoid (untuk huknah rendah) atau sampai ke dalam kolon desenden (untuk huknah tinggi)
TUJUAN	1. Mengosongkan usus sebagai persiapan tindakan operasi, colonoscopy 2. Merangsang peristaltic usus agar pasien bisa untuk melakukan buang air besar
INDIKASI	1. Pasien obstipasi 2. Pemeriksaan diaknostik 3. Akan dilakukan operasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Irigator lengkap dengan kanul & slang 2. Air hangat a. Untuk bayi : 150 – 250 cc b. Untuk anak : 250 – 350 cc c. Untuk usia sekolah : 300 – 500 cc d. Untuk remaja : 500 – 700 cc e. Untuk dewasa : 750 – 1000 cc 3. Standart 4. Bengkok 5. Perlak & pengalas 6. Pispot & botol cebok 7. Selimut mandi 8. Tissue toilet 9. Hand Schoen 10. Jelly
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Menjaga privacy

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2. Mengatur posisi (miring kiri untuk melakukan huknah rendah, miring kanan untuk melakukan huknah tinggi) 3. Meletakkan perlak & pengalas di bawah bokong klien 4. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi yang telah disediakan 5. Meletakkan pispot dekat tempat tidur 6. Menggantungkan irrigator yg sudah diisi air hangat pada standart dengan ketinggian mencapai 50 cm (huknah rendah) atau 30 cm (huknah tinggi) 7. Mengeluarkan udara dalam selang, selanjutnya menutup klem kembali 8. Memakai hand schoen 9. Membuka bokong sampai anus terlihat 10. Mengoleskan jelly pada kanule rectal setelah itu memasukkannya secara perlahan , mengarah ke Umbilicus, panjang insersi (D : 7,5 – 10 cm, A : 5 – 7,5 cm, B : 2,5 – 3,5 cm) 11. Menginstruksikan pasien untuk dapat menahan masuknya kanul ke anus dengan cara relaksasi atau menarik nafas dan menghembuskan nafas perlahan melalui mulut 12. Membuka kran & biarkan larutan masuk dengan perlahan 13. Menutup kran apabila air dalam irrigator habis atau seandainya pasien tidak dapat menahan untuk BAB 14. Memegang pangkal kanule dengan menggunakan tissue, tarik kanule dari anus 15. Memasang pispot di bawah bokong pasien untuk BAB 16. Membersihkan anus D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN EVAKUASI FEKAL

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Impaksi fekal adalah retensi feces yang mengeras pada rektum atau simoid bagian bawah.
TUJUAN	Prosedur ini bertujuan mengeluarkan feces yang mengeras dari rektum atau sigmoid bawah.
INDIKASI	Klien sering mengeluh konstipasi, nyeri pada dubur. Banyak terjadi pada klien dengan gangguan neurologis atau psikosis.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sarung tangan bersih (tidak perlu steril) 2. Pelumas 3. Bedpan 4. Alas karet 5. Sabun 6. Air 7. Lap mandi
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan pengecekan program terapi 2. Mempersiapkan alat 3. Mencuci Tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap Kerja 1. Menyiapkan klien sesuai prosedur; mengukur denyut nadi, menjelaskan prosedur pada klien, terutama adanya rasa tidak nyaman yang disebabkan oleh manipulasi rektum 2. Mengatur posisi klien (miring ke kiri dengan kaki kanan fleksi) 3. Menyelimuti klien dari pinggang ke bawah 4. Memasang alas karet dibawah bokong klien 5. Meletakkan bedpan pada tempat yang memudahkan pelaksanaan tindakan (di samping klien) 6. Memakai sarung tangan dan memberi pelumas pada jari telunjuk dan jari tengah 7. Memasukkan jari ke rektum klien dan mendorong pelan-pelan sepanjang dinding rektum sampai teraba feces

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	8. Melepaskan feces dari dinding rektum dengan membuat gerakan melingkar di sekitarnya dan memasukkan jari ke dalam feces yang keras untuk memisahkan feces 9. Menarik feces ke anus dan mengeluarkan sedikit demi sedikit dan memasukkan feces ke bedpan 10. Mengobservasi irama jantung, perdarahan, rasa nyeri dan tanda kelelahan pada klien (napas pendek, berkeringat) secara periodik selama prosedur berlangsung; menghentikan prosedur bila ada perubahan irama jantung dan memberi istirahat pada klien sebelum prosedur dilanjutkan 11. Merangsang sfingter rektum dengan membuat gerakan melingkar satu atau dua kali 12. Bila langkah no. 13 tidak berhasil mengeluarkan feces, memasukkan jari telunjuk dan jari tengah dan membuat gerakan menggunting dengan kedua jari untuk memisahkan feces. Menggunakan langkah no. 11 dan 13, sampai semua massa fekal yang teraba dikeluarkan 13. Membersihkan dan mengeringkan daerah rektum sehingga klien merasa nyaman dan bisa beristirahat 14. Mengamati isi bedpan dan merapikan peralatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Herbasuki. 2006. <i>Standar Operasional Prosedur</i>. Asosiasi Institusi Pendidikan DIII Keperawatan. Jawa Tengah 2. Kozier, Barbara, 2000, <i>Fundamental of Nursing : Concepts, Proses and Practice: Sixth edition</i>, Menlo Park, Calofornia

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN BLADDER TRAINING

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	<i>Bladder training</i> adalah latihan yang dilakukan untuk mengembalikan tonus otot kandung kemih agar fungsinya kembali normal.
TUJUAN	1. Melatih klien untuk melakukan BAK secara mandiri. 2. Mempersiapkan pelepasan kateter yang sudah terpasang lama. 3. Mengembalikan tonus otot dari kandung kemih yang sementara waktu tidak ada karena pemasangan kateter.
INDIKASI	1. Klien yang dilakukan pemasangan kateter cukup lama. 2. Klien yang akan di lakukan pelepasan dower kateter. 3. Klien yang mengalami inkontensia retentio urinea 4. Klien post operasi.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Handschoen 2. Klem (atau pengikat) 3. Bengkok
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Menjaga privacy pasien (menutup sampiran) 2. Atur pencahayaan, penerangan dan ruangan yang kondusif 3. Tingkat masih dalam kateter: a. Prosedur 1 jam: 1) Cuci tangan 2) Klien diberi minum setiap 1 jam sebanyak 200 cc dari jam 07.00 s.d. jam 19.00. Setiap kali habis diberi minum ,catheter di klem.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3) Kemudian setiap jam kandung kemih dikosongkan mulai jam 08.00 s.d. jam 20.00 dengan cara klem catheter dibuka. 4) Pada malam hari (setelah jam 20.00) catheter dibuka (tidak diklem) dan klien boleh minum tanpa ketentuan seperti pada siang hari. 5) Prosedur tersebut diulang untuk hari berikutnya sampai program tersebut berjalan lancar dan berhasil. b. Prosedur 2 jam: 1) Cuci tangan 2) Klien diberi minum setiap 2 jam sebanyak 200 cc dari jam 07.00 s.d. jam 19.00. Setiap kali habis diberi minum, catheter di klem. 3) Kemudian setiap jam kandung kemih dikosongkan mulai jam 09.00 s.d jam 21.00 dengan cara klem catheter dibuka. 4) Pada malam hari (setelah jam 20.00) catheter dibuka (tidak diklem) dan klien boleh minum tanpa ketentuan seperti pada siang hari. 5) Prosedur tersebut diulang untuk hari berikutnya sampai program tersebut berjalan lancar dan berhasil. c. Tingkat bebas catheter prosedur ini dilaksanakan apabila prosedur 1 sudah berjalan lancar: 1) Cuci tangan 2) Klien diberi minum setiap 1 jam sebanyak 200 cc dari jam 07.00 s.d. jam 19.00, lalu kandung kemih dikosongkan. 3) Kemudian catheter dilepas. 4) Atur posisi yang nyaman untuk klien, bantu klien untuk konsentrasi BAK, kemudian lakukan penekanan pada area kandung kemih dan lakukan pengosongan kandung kemih setiap 2 jam dengan menggunakan urinal. 5) Berikan minum terakhir jam 19.00, selanjutnya klien tidak boleh diberi minum sampai jam 07.00 pagi untuk menghindari klien dari basahnya urine pada malam hari. 6) Beritahu klien bahwa pengosongan kandung kemih selanjutnya dijadwalkan setiap 2 jam sekali, apabila ada rangsangan BAK sebelum 2 jam klien diharuskan menahannya
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7) Buatlah sebuah jadwal bagi pasien untuk mencoba mengosongkan kandung kemih dengan menggunakan urinal. D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN BOWEL TRAINING

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	<i>Bowel training</i> adalah pelatihan usus membantu untuk membangun kembali gerakan usus normal pada orang yang menderita sembelit, inkontinensia ketidak teraturan, atau. Aktivitas usus yang sehat dianggap satu atau dua gerakan ukuran sedang setiap hari.
TUJUAN	1. Program bowel training dapat membantu klien mendapatkan defekasi yang normal. Terutama klien yang masih memiliki control neuromuskular 2. Melatih defekasi secara rutin pada klien yang mengalami gangguan pola eliminasi feses atau defekasi.
INDIKASI	Bowel training dilakukan pada klien dengan Inkontinensia usus (tidak mampu mengontrol pengeluaran feses secara normal), membantu klien mendapatkan defekasi yang normal dan rutin.
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tiga pasang sarung tangan nonsteril 2. Paket pelumas yang larut air 3. Pispot 4. Alas tempat tidur kedap air sekali pakai 5. Waskom berisi air hangat 6. Sabun 7. Waslap 8. Handuk 9. Pengharum ruangan 10. Botol cebok 11. Merencanakan waktu 12. Menyiapkan obat-obat yang diperlukan 13. Menyiapkan menu makanan yang dianjurkan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Menjaga privacy pasien (menutup sampiran) 2. Memakai sarung tangan 3. Masukkan jari pelumas kedalam anus dan membuat gerakan melingkar sampai sphincter berelaksasi. Ini mungkin memakan waktu beberapa menit. 4. Setelah melakukan rangsangan, duduk dalam posisi normal untuk buang air besar. Jika dapat berjalan, duduk di toilet atau toilet samping tempat tidur. Jika terbatas pada tempat tidur, gunakan pispot. Menggunakan posisi berbaring sebelah kiri jika tidak mampu untuk duduk. 5. Cobalah untuk mendapatkan privasi sebanyak mungkin. Beberapa orang menemukan bahwa membaca sambil duduk di toilet membantu mereka bersantai cukup untuk memiliki gerakan usus. 6. Jika rangsangan digital tidak menghasilkan buang air besar dalam waktu 20 menit, ulangi prosedur. 7. Cobalah untuk kontraksi otot-otot perut dan menanggung turun sementara melepaskan tinja. Beberapa orang merasa terbantu dengan membungkuk ke depan. Hal ini meningkatkan tekanan abdominal dan membantu usus kosong. 8. Lakukan stimulasi digital setiap hari sampai membangun pola buang air besar teratur. D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKUKAN PERAWATAN *COLOSTOMY*

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Colostomi adalah suatu tindakan operasi untuk membentuk suatu hubungan buatan antara colon dengan permukaan kulit pada
TUJUAN	Sebagai lubang eliminasi feces yang bersifat sementara ataupun menetap
INDIKASI	Indikasi colostomy yang permanen, yakni Pada penyakit usus yang ganas seperti carsinoma pada usus. Kondisi infeksi tertentu pada colon, kanker kolon
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Alat pelindung diri (APD) 2. Handschoen Bersih 3. Celeme 4. Masker 5. Perlak dan alas 6. Selimut mandi 7. NaCl 0,9% atau air matang (hangat) 8. Sabun mandi (cair) 9. Tissue 10. Kantong colostomy (bersih) Kantong yang baru dan klip (jika pakai) 11. Bengkok 12. Plastik kereseak untuk tempat sampah 13. Kassa 14. Plastik untuk guide size (mengukur stoma) 15. alat tulis (spidol permanent untuk menandai pola) 16. Plester (kalau perlu) 17. Gunting 18. Pinset Anatomi 19. Salep kulit / Zink (jika perlu untuk iritasi kulit)
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap Kerja 1. Menjaga privacy pasien (menutup sampiran) 2. Pasang selimut mandi 3. Pasang perlak dan alas dibawah luka colostomy 4. Dekatkan bengkok ke dekat klien, buka plastic kresek (sebagai tempat sampah) letakkan di atas bengkok 5. Pasang APD (celemek, masker dan sarung tangan) 6. Mengobservasi produk stoma (warna, konsistensi, dll) 7. Membuka kantung lama secara hati-hati menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien 8. Meletakkan colostomy bag kotor dalam bengkok 9. Melakukan observasi terhadap kulit dan stoma 10. Bersihkan stoma dan kulit sekitar stoma secara hati-hati dengan sabun dan NaCl atau air hangat 11. Keringkan kulit sekitar stoma dengan tissue atau kassa 12. Memberikan zink salep (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma 13. Lindungi stoma dengan tissue atau kassa agar feces yang keluar lagi tidak mengotori kulit yang sudah dibersihkan 14. Ukur stoma dengan guide size untuk memilih kantung stoma yang sesuai 15. Pasang kantong stoma yang baru 16. Pastikan kantong stoma merekat dengan baik dan tidak bocor 17. Rekatkan dengan plester (jika diperlukan) 18. Buka sarung tangan 19. Buka perlak dan alas 20. Buka selimut mandi ganti dengan selimut pasien D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENCUCI TANGAN

(Bersih)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Mencuci tangan adalah suatu tindakan membersihkan kotoran dengan sabun atau antiseptic dan dibilas dengan air mengalir.
TUJUAN	Membunuh kuman penyakit yang ada di tangan
INDIKASI	1. Tenaga Kesehatan 2. Pasien dan Keluarga pasien
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sabun atau Antiseptik 2. Bak cuci dan Air Mengalir 3. Handuk atau pengering
PROSEDUR	A. Tahap Persiapan 1. Persiapkan alat dan bahan 2. Lepas semua aksesoris yang ada pada tangan. 3. Gulung lengan baju sampai siku. B. Tahap kerja 1. Mengalirkan air, hindari percikan pada pakaian. 2. Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankannya lebih rendah dari siku. 3. Menaruh sedikit sabun / antiseptic (2 – 4 cc). Untuk sabun batang, pegang dan gosok sampai berbusa. 4. Menggosok kedua tangan telapak tangan dengan cepat, selama 10 – 15 detik. 5. Menggosok punggung tangan secara bergantian. 6. Menggosok sela-sela jari secara melingkar bergantian. 7. Menggosok buku-buku jari secara bergantian. 8. Menggosok ibu jari secara bergantian. 9. Menggosok ujung-ujung jari secara bergantian. C. Tahap Terminasi 1. Membilas lengan dan tangan dengan air bersih yang mengalir. 2. Menutup kran dengan siku. 3. Mengeringkan tangan dengan handuk atau pengering.
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMANDIKAN PASIEN

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memandikan merupakan proses membersihkan pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri. Kegiatan memandikan biasanya dilakukan di pagi dan sore hari.
TUJUAN	1. Menjaga kebersihan tubuh 2. Memberikan kesegaran pada tubuh 3. Mengurangi infeksi akibat kulit kotor 4. Menambah kenyamanan dan memberikan relaksasi pada pasien 5. Memperlancar sirkulasi darah
INDIKASI	1. Pasien tidak mampu mandi secara mandiri 2. Pasien yang tampak kotor 3. Pasien dengan pre operasi atau post operasi (jika perlu)
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Baskom besar 2 buah 2. Air hangat 3. Baskom kecil 2 buah 4. Waslap 3 buah 5. Selimut mandi 6. Sabun mandi 7. Pispot urinal dan botol cebok (jika perlu) 8. Handuk 9. Perlak dan pengalas 10. Sarung tangan 11. Tempat pakaian kotor 12. Skort / celemek plastik
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Mengidentifikasi pasien (menanyakan nama, tanggal lahir pasien) 3. Memperkenalkan diri 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien/keluarga 5. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja 1. Menjaga privacy pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2. Tinggikan tempat tidur jika perlu 3. Ganti selimut dengan selimut mandi 4. Tanggalkan baju klien 5. Cuci bagian muka, telinga, leher dengan cara: a. letakkan handuk dibawah kepala klien, b. bersihkan mata dari cantus dalam ke cantus luar menggunakan waslap, dan tidak diberi sabun c. penggunaan sabun muka disesuaikan dengan kebiasaan klien, kemudian dibilas dan dikeringkan 6. bersihkan daun telinga menggunakan waslap dan sabun 7. bersihkan leher menggunakan waslap dan sabun 8. Cuci lengan klien: a. letakkan handuk dibawah lengan klien yang jauh dari perawat b. meninggikan lengan dengan cara memegang bagian siku, c. mencuci lengan dari pergelangan tangan ke ketiak, d. bilas dengan air bersih lalu dikeringkan. e. Ulangi lagi untuk tangan yang lain 9. Mencuci dada dan perut klien a. Miringkan klien kearah membelakangi perawat, lalu letakkan handuk besar melintang di bawah punggung klien b. Kembalikan klien pada posisi supine c. turunkan selimut mandi hingga batas atas pubis, d. cuci dada hingga perut menggunakan waslap dan sabun e. bilas dada dan perut dengan air bersih, stlh selesai dikeringkan. 10. Mencuci punggung a. Miringkan pasien membelakangi perawat b. Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan punggung sampai pantat c. Massage punggung dapat dilakukan pada tahap ini 11. Oleskan lotion atau baby oil pada bagian-bagian penonjolan tulang. Jika terdapat luka decubitus, oleskan antiseptic 12. Mencuci kaki a. Membuka selimut mandi 1 sisi kaki (mulai dari bagian kaki yang terjauh dari perawat) b. Letakkan handuk dibawah kaki yang akan dicuci c. Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan d. Cuci kaki yang satu dengan cara yang sama. 13. Mencuci genitalia a. Buka selimut mandi hingga didaerah pubis
--	--

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	b. Atur klien pada posisi litotomi c. Cuci organ genital dengan sabun, bilas dengan air bersih dan keringkan d. Kembalikan pada posisi supinasi, 14. Bantu klien memakai baju bersih. D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i>. USA: Delmar, Cencage Learning.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENCUCI RAMBUT

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

PENGERTIAN	Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien untuk menghilangkan kotoran pada rambut dan kulit kepala.
TUJUAN	1. Menghilangkan mikroorganisme kulit kepala 2. Menambah rasa nyaman 3. Membasmi kutu atau ketombe yang melekat pada kulit 4. Memperlancar sistem peredaran darah di bawah kulit 5. Meningkatkan <i>body image</i>
INDIKASI	1. Pasien tidak mampu mencuci rambut secara mandiri 2. Pasien yang rambutnya tampak kotor, bau dan tidak rapi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Baskom 2. Air hangat 3. Ember kosong penampung air 4. Gayung air 5. Handuk besar 6. Shampoo 7. Kaps bulat penutup telinga 8. Kain pel 9. Perlak dan pengalas 10. Wash bak 11. Bengkok 12. Sisir rambut 13. Sarung tangan 14. Skort / celemek plastic
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik 2. Mengidentifikasi pasien (menanyakan nama, tanggal lahir pasien) 3. Memperkenalkan diri 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien/keluarga

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	5. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja 1. Memakai celemek dan handscoen 2. Menempatkan diri di sebelah kanan pasien (bila mungkin) 3. Menyiapkan pasien: Menutup badan klien dengan selimut mandi 4. Mengatur posisi pasien secara diagonal menyilang tempat tidur 5. Mengangkat bantal dari kepala klien 6. Meletakkan perlak dan handuk dibawah kepala klien 7. Menyiapkan wash bak 8. Meletakkan ember kosong di bawah wash bak dan diatas kain pel 9. Menutup dada dengan handuk sampai leher 10. Menutup mata klien dengan kassa lembap dan lubang telinga dengan kapas 11. Menuangkan air pelan-pelan dari pangkal sampai ke seluruh rambut 12. Memberi shampo sampai ke seluruh rambut 13. Memijit kulit kepala dan menggosok sampai berbusa 14. Memutar kepala pada sisi yang lain agar semua kulit kepala bersih, dan menambah air bila perlu 15. Menuangkan air hangat secukupnya diatas rambut untuk membilas rambut dan kulit kepala 16. Menggesek rambut diatara jari-jari untuk emamstikan bahwa rambut benar-benar bersih 17. Memperhatikan kelelahan klien 18. Mengambil penutup telinga dan mata 19. Mengambil wash bak 20. Mengeringkan rambut, telinga, leher dan wajah dengan handuk 21. Membungkus kepala dengan handuk 22. Jika handuk dibawah kepala klien basah/lembab, diganti dengan yang kering 23. Melepas perlak dan selimut mandi 24. Membantu klien duduk jika memungkinkan 25. Menyisir rambut, mengeringkan rambut dengan alat pengering rambut (Jika ada) 26. Membereskan alat, memasang kembali selimut dan membantu klien ke posisi yang nyaman D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan
--	--

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i> . United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i> . USA: Delmar, Cencage Learning.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

ORAL HYGIENE

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

PENGERTIAN	Perawatan mulut diperlukan pada pasien untuk mempertahankan kebersihan, kenyamanan dan kelembapannya.
TUJUAN	1. Mencegah mulut dari penyakit dan kerusakan gigi 2. Mencegah infeksi (stomatitis, caries gigi dll) 3. Memberikan perasaan segar di mulut
INDIKASI	1. Pasien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri, seperti lumpuh dan sakit berat 2. Pasien dengan stomatitis 3. Pasien yang mendapatkan oksigenasi dan NGT 4. Pasien yang lama tidak menggunakan mulut 5. Pasien yang tidak boleh gosok gigi dengan sikat gigi 6. Pasien sesudah operasi mulut atau menderita patah tulang rahang
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen 2. Instruktur 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tongue spatel 2. Lidi kapas 3. Bengkok besar 4. Deppers 5. Pinset/klem 6. NaCl 0,9% 7. Gliserin 8. Perlak dan pengalas 9. Tisu 10. Kom kecil 11. Sikat gigi dan pasta gigi 12. Gelas berisi air
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	B. Fase Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Mengidentifikasi pasien (menanyakan nama, tanggal lahir pasien) 3. Memperkenalkan diri 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien/keluarga 5. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja 1. Atur posisi pasien 2. Handuk atau perlak pengalas diletakkan dibawah dagu dan pipi a. Pasien yang dpt melakukan sendiri 1) Letakkan bengkak besar didekat pipi pasien 2) Berikan air kepada pasien untuk berkumur 3) tampung air bekas kumur-kumur pada bengkak. 4) Berikan sikat gigi yang telah dibubuhi pasta gigi secukupnya. 5) Berikan kesempatan kepada klien untuk menyikat giginya sampai bersih 6) Jika telah selesai berikan air bersih untuk berkumur kembali. 7) Letakkan sikat gigi pada gelas yang telah kosong b. Pasien dengan penurunan kesadaran (tidak mampu menggosok gigi) 1) Buka mulut pasien, 2) tangan kiri menekan lidah pasien dengan tongue spatel/sudip lidah, 3) kemudian tangan kanan menjepit deppers dengan pinset , lalu dicelupkan kedalam NaCl dan diperas sedikit 4) Bersihkan rongga mulut seluruhnya sampai bersih mulai dari Langit-langit, gigi bagian dalam ke bagian luar, gusi, lidah 5) Apabila pasien mengalami stomatitis oleskan boraks gliserin pada bagian yang sakit dengan menggunakan lidi kapas 6) Bersihkan bibir dengan deppers yang telah dicelupkan kedalam NaCl 7) Oleskan boraks gliserin secukupnya pada bibir menggunakan lidi kapas
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	8) Angkat bengkok yang berisi, deppers, lidi kapas , tisu dan pinset yang kotor 3. Bersihkan daerah sekitar mulut dengan tisu 4. Angkat perlak dan alasnya dan letakkan di rak 5. Rapiakan pasien D. Fase Terminasi 1. Rapiakan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Depkes RI. 1981. Tehnik perawatan dasar. 2. Hidayat, A.A. 2002. Kebutuhan Dasar, Buku Saku Praktikum. Jakarta : EGC. 3. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition. United States of America: Pearson Education, Inc. 4. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). Fundamentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition. USA: Delmar, Cengage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMBERIAN KOMPRES (HANGAT DENGAN BULI-BULI)

DISIAPKAN	DISETUIJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Memberikan kompres panas kering dengan menggunakan Buli-buli panas
TUJUAN	1. Memperlancar sirkulasi darah 2. Mengurangi rasa sakit 3. Merangsang peristaltic
INDIKASI	1. Kejang otot (Spasmus) 2. Perut kembung 3. Kedinginan (akibat narkose, iklim, ketegangan, dll)
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Buli – buli panas dan sarungnya 2. Termos berisi air panas 3. Thermometer air panas 4. Lap kerja 5. Perlak dan alasnya
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat : 2. Mencuci tangan 3. Melakukan pemanasan pendahuluan dengan cara : mengisi buli-buli dengan air panas dan mengencangkan penutupnya dan membolak-balik buli-buli berungkali kemudian kosongkan buli-buli 4. Menyiapkan dan mengukur suhu air (50-600c) 5. Mengisi buli-buli dengan air panas sebanyak $\frac{1}{2}$ atau $\frac{3}{4}$, dengan cara : a. Letakan buli-buli dimeja datar b. Saat mengisi air, Buli-buli panas ditekuk sampai permukaan air kelihatan di leher buli-buli, mencegah agar udara tidak masuk) c. Kemudian tutup dengan rapat d. Memeriksa buli-buli apakah bocor/tidak, dengan membalikkan kepala buli-buli kebawah. Kemudian keringkan dengan lap kerja dan masukan dalam sarungnya 6. Bawa buli-buli kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap kerja 1. Mengatur posisi klien senyaman mungkin 2. Meletakkan pengalas di bawah daerah yang akan di pasang Buli-buli panas 3. Meletakkan buli-buli pada area yang akan dikompres dengan kepala Buli-buli panas mengarah keluar tempat tidur (mengantisipasi adanya air yang tumpah) 4. Mengkaji secara teratur kondisi / repon klien 5. Mengganti buli-buli setelah 20 menit dipasang dengan air panas lagi sesuai yang dikehendakipada tempatnya D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008.<i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i>. EGC. Jakarta 2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PEMBERIAN KOMPRES
(Dingin Basah Dengan Air Biasa / Air Es / Air Panas)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Memberikan kompres dingin dengan menggunakan es.
TUJUAN	1. Mengurangi Pembengkakan
INDIKASI	1. Cedera otot
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Waskom kecil berisi air biasa / air es 2. Pengalas (perlak /kain) 3. Waslap / beberapa kassa 4. Selimut mandi 5. Sampiran kalau perlu
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Tahap kerja 1. Memasang sampiran 2. Mengatur posisi klien senyaman mungkin 3. Memasang alas dibawah bagian yang akan di kompres 4. Masukan waslap/kassa dalam air biasa/air es lalu diperas sampai lembab 5. Meletakkan waslap/kassa pada bagian yang memerlukan 6. Mengganti waslap tiap kali dengan waslap yang sudah direndam air, lakukan berulang kali sampai suhu badan turun 7. Memasang busur selimut kalau perlu D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Bickley, Lynn S. 2008. <i>Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates Edisi 5</i> . EGC. Jakarta 2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i> . Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGELOLAAN NYERI NON FARMAKOLOGIS (MASSASE PUNGGUNG)

DISIAPKAN	DISETUIJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Massase adalah stimulasi kulit tubuh secara umum yang dipusatkan pada punggung dan bahu atau pada beberapa bagian tubuh lainnya dan dilakukan sekitar 5-10 menit pada masing-masing bagian tubuh untuk mncapai hasil relaksasi yang maksimal.
TUJUAN	Memberikan rasa nyaman pada pasien dan mengalihkan rasa nyeri serta menurunkan kecemasan
INDIKASI	1. Pasien yang mengalami kecemasan 2. Pasien dengan nyeri
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Lotion/minyak untuk mengurut, 2. Selimut, 3. Handuk kecil 4. Bedak
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Pilih waktu yang tepat, yang bebas dari gangguan (prosedur) 2. Persiapan alat 3. Mencuci tangan 4. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik 2. Analisa keluhan pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien C. TAHAP KERJA 1. Tutup jendela/ sampiran dan pintu 2. Atur klien pada posisi prone (telungkup) atau miring, hanya bagian punggung yang terbuka dan sesuaikan ketinggian tempat tidur dengan posisi perawat 3. Lakukan efflurage (memberika pukulan pada tubuh) 4. Tempatkan minyak/lotion pada kom hangat lalu balurkan ke punggung klien, mulai dari bahu sampai ke sakrum, dengan menggunakan penekanan ringan. 5. Tempatkan kedua telapak tangan pada pinggang pasien, lalu secara perlahan lakukan massase/pijat ke arah bahu, berputar & turun kembali ke arah bokong. Lakukan kembali selama 3-5 menit 6. Buat gerakan melingkar pada daerah-daerah yang menonjol yaitu skapula, sakrum dan tonjolan illiaka

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7. Lakukan metode pemijatan dengan tekanan ringan, tekanan sedang dan mencubit. 8. Selama pemijatan, observasi bagian-bagian kulit yang memerah atau kelainan-kelainan lainnya 9. Gunakan handuk untuk membersihkan minyak yang menempel. Bila perlu rendam handuk di dalam air hangat. Setelah kering, taburi punggung dengan bedak. D. TERMINASI 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGAMANAN PASIEN

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Mencegah resiko jatuh adalah pencegahan kejadian jatuh pasien selama di rawat di rumah sakit
TUJUAN	Mencegah kejadian jatuh dan melindungi pasien dari cidera selama menjalani perawatan di rumah sakit.
INDIKASI	3. Pasien intoleransi aktivitas 4. Pasien gangguan mobilitas 5. Pasien gangguan
KEBIJAKAN	3. ISO 9001 : 2015 4. Standar Akademik
PETUGAS	4. Dosen/ Instruktur 5. Perawat 6. Mahasiswa
PERALATAN	Bed dengan siderail
PROSEDUR	E. Tahap Pra Interaksi 5.Persiapan alat 6. Mencuci tangan 7. Membawa alat kedekat klien F. Tahap Orientasi 4. Memberikan salam sebagai pendekatan teraupetik 5. Analisa keluhan pasien. 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien G. TAHAP KERJA 1. Kaji tingkat risiko pasien jatuh (sesuai dengan format pengkajian risiko jatuh) 2. Tentukan tingkat risiko pasien jatuh (ringan, sedang, berat) 3. Informasikan pada pasien tentang tindakan yang dilakukan untuk mencegah risiko jatuh (sesuai dengan format 4. Dokumentasi pemberian informasi risiko pasien jatuh) 5. Orientasikan pasien terhadap lingkungan ruang perawatan dan petugas yang merawat 6. Atur posisi tempat tidur dengan posisi terendah 7. Pasang pagar tempat tidur pada kedua sisi (terutama untuk pasien yang risiko sedang dan risiko tinggi) 8. Kunci roda tempat tidur 9. Dekatkan semua kebutuhan pasien(bel, pesawat telphon, bedside cabinet, air minum, kacamata, dan barang pribadi yang dibutuhkan berada dalam jangkauan pasien)

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	10. Berikan pencahayaan yang adekuat (d disesuaikan dengan kebutuhan pasien) 11. Lakukan pemantauan terhadap efek obat-obatan yang diberikan H. TERMINASI 6. Merapikan pasien 7. Berpamitan dengan pasien 8. Membereskan alat-alat 9. Mencuci tangan 10. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	4. Bidang Pengajaran 5. Administrasi Akademik 6. Penjaminan Mutu
REFERENSI	2. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i> . Salemba Medika. Jakarta

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI SUPINASI/TELENTANG)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

PENGERTIAN	Posisi supinasi adalah posisi pasien berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi dengan menggunakan bantal.
TUJUAN	1. Pasien pasca operasi dengan anestesi spinal 2. Mengatasi masalah yang timbul akibat pemberian posisi yang tidak tepat
INDIKASI	1. Pasien dengan tindakan post anestesi atau pembedahan tertentu 2. Pasien dengan kondisi sangat lemah atau koma
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal kecil dan besar 3. Papan kaki (Footboard) 4. Trochanter Rolls 5. Kantong pasir (Jika ada fraktur) 6. Hand Rolls 7. Restrains (jika diperlukan) 8. Trapeze bar 9. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Mengidentifikasi pasien (menanyakan nama, tanggal lahir pasien) 3. Memperkenalkan diri 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien/keluarga 5. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	Atur posisi pasien dengan langkah 1. Posisi kepala dan punggung rata/mendatar dengan tempat tidur 2. Letakkan gulungan handuk kecil di bawah lumbal 3. Letakkan bantal di bawah bahu atas, leher, dan kepala 4. Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau kantung pasir secara paralel pada permukaan lateral paha 5. Letakkan bantal di bawah lutut 6. Letakkan <i>footboard</i>/bantal besar di bawah telapak kaki 7. Letakkan bantal di bawah lengan dan <i>handrolls</i> di bawah tangan D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i>. USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER & FOWLER

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Posisi semi fowler dan fowler dalah posisi dengan tubuh setengah duduk atau duduk.
TUJUAN	1. Mempertahankan kenyamanan. 2. Memfasilitasi fungsi pernapasan / meningkatkan ekspansi paru-paru. 3. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang mnenetap 4. Mengurangi komplikasi akibat imobilisasi
INDIKASI	1. Pasien yang mengalami gangguan pernapasan 2. Pasien yang mengalami imobilisasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal kecil dan besar 3. Papan kaki (<i>Footboard</i>) 4. <i>Trochanter Rolls</i> 5. <i>Hand Rolls</i> 6. Restrains (jika diperlukan) 7. <i>Trapeze bar</i> 8. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah: 1. Atur pasien dengan posisi supinasi 2. Naikkan tempat tidur di bawah leher dan kepala dan sepanjang tulang belakang dengan sudut 45°-90° 3. Letakkan bantal kecil di bawah paha sehingga lutut sedikit fleksi

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Letakkan bantal kecil di bawah popliteal untuk memperlancar sirkulasi 5. Letakkan <i>footboard</i> di bawah telapak kaki 6. Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau <i>hand rolls</i> jika perlu D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i>. USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI LATERAL/*SIDE-LYING*)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Posisi lateral adalah posisi klien berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh ke samping.
TUJUAN	1. Mengurangi lordosis dan meningkatkan kelurusan punggung yang baik 2. Baik untuk posisi tidur dan istirahat
INDIKASI	1. Pasien akan istirahat/tidur 2. Penderita yang mengalami kelemahan pasca operasi 3. Pasien yang sebelumnya posisi fowler atau dorsal recumben lama
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal kecil dan besar 3. Guling 4. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah 1. Beri posisi miring ke salah satu sisi 2. Letakkan bantal pada leher dan kepala 3. Letakkan bantal guling di belakang punggung pasien 4. Letakkan bantal di depan dada dan abdomen untuk menahan ekstremitas atas 5. Atur salah satu kaki (kanan/kiri tergantung arah miring pasien) yang tidak tertindih dengan posisi fleksi dan beri bantal diantara kedua kaki 6. Tangan yang tertindih diberi posisi fleksi sejajar dengan bahu D. Fase Terminasi

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI DORSAL RECUMBENT)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Posisi dorsal recumbent adalah posisi terlentang dengan kedua kaki ditekuk dan tumit atau telapak kaki menempel pada tempat tidur dan kedua kaki diregangkan.
TUJUAN	1. Untuk pemeriksaan / tindakan ginekologi 2. Untuk memudahkan pemeriksaan palpasi daerah perut 3. Untuk memudahkan mengerjakan parasut tertentu, misalnya pemasangan kateter
INDIKASI	2. Pasien dengan pemeriksaan bagian pelvic, vagina dan anus 3. Pasien dengan ketegangan punggung belakang
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal 3. Selimut
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah 1. Posisikan pasien tidur terlentang 2. Tekuk lutut dan renggangkan paha pasien 3. Letakkan telapak kaki pada permukaan tempat tidur dan renggangkan kedua kaki D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i> . United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i> . USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI TRENDELENBERG)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Posisi trendelenberg adalah memberikan posisi kepala lebih rendah dari pada posisi kaki.
TUJUAN	Melancarkan peredaran darah ke otak, terutama pada pasien yang mengalami syok
INDIKASI	1. Pasien syok 2. Pasien hipotensi 3. Pasien dengan pemasangan skintraksi 4. Pasien operasi pada kasus tersebut 5. Pasien hernia skrotalis
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal 3. Selimut
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah 1. Posisikan pasien tidur terlentang 2. Letakkan bantal di kepala dan bawah lipatan lutut pasien 3. Atur posisi kaki pasien lebih tinggi daripada kepala pasien dengan meletakkan balok penompang atau atur tempat tidur secara khusus dengan meninggikan kaki pasien D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i> . United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice</i> , 4th edition. USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI SIMS)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Posisi sims adalah posisi dimana pasien berbaring miring ke salah satu sisi, baik kekanan atau kekiri.
TUJUAN	1. Memberi kenyamanan 2. Melakukan huknah 3. Memberi obat per anus (supositoria) 4. Melakukan pemeriksaan daerah anus
INDIKASI	1. Pasien paralisis 2. Pasien dengan program enema 3. Pasien dengan pemeriksaan dan pengobatan daerah perineal
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal kecil dan besar 3. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah 1. Atur posisi kepala pasien ke arah salah satu sisi 2. Beri posisi tubuh miring ke salah satu sisi 3. Letakkan tangan yang tertindih tubuh ke belakang 4. Letakkan tangan yang bebas dengan posisi fleksi sejajar dengan bahu dan sokong dengan bantal 5. Atur kedua kaki agak fleksi dan beri bantal di antara kedua kaki tersebut D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i> . United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i> . USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI LITHOTOMI)

DISIAPKAN	DISETUIJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Posisi Lithotomi adalah posisi dimana pasien terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan ditarik ke atas abdomen.
TUJUAN	1. Pemeriksaan alat genitalia 2. Proses persalinan 3. Pemasangan alat kontrasepsi
INDIKASI	1. Pasien pemeriksaan ginekologis 2. Pasien dengan penyakit uretra, rektum, vagina, dan kandung kemih
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Sarung tangan 3. Bantal kecil dan besar 4. Bantal sedang 5. Gulungan handuk 6. Penyangga kaki
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah 1. Beri posisi terlentang mendatar di tengah tempat tidur 2. Letakkan bantal kecil pada spinal lumbal 3. Letakkan bantal besar di bawah bahu atas, leher dan kepala klien 4. Fleksikan kedua lutut bersama dengan kaki menutup pinggang, kedua kaki diregangkan, pertahankan pada posisi fleksi dan tempatkan di atas penyangga kaki 5. Letakkan bantal sedang di bawah lengan pronasi. Mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	6. Letakkan gulungan handuk pada tangan klien D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i>. USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI

(POSISI PRONASI/TELUNGKUP)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Posisi pronasi adalah posisi dimana klien berbaring di atas abdomen atau tengkurap dengan kepala menoleh ke samping.
TUJUAN	1. Memberikan eksistensi penuh pada persendian pinggul dan lutut. 2. Mencegah fleksi kontraktur dari persendian pinggul dan lutut. 3. Membantu drainase dari mulut sehingga berguna bagi klien pasca operasi mulut dan tenggorokan
INDIKASI	1. Pasien yang menjalani pemeriksaan pada daerah punggung atau pantat 2. Pasien yang menjalani bedah mulut dan kerongkongan
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal kecil dan besar 3. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah 1. Letakkan pasien dengan posisi tengkurap dan abdomen sebagai tumpuan dan rata dengan tempat tidur 2. Arahkan kepala pasien pada satu sisi (kanan/kiri) dan support dengan bantal 3. Letakkan bantal kecil di bawah abdomen di bagian diafragma 4. Support lengan pada posisi fleksi sejajar dengan bahu 5. Support kaki bawah dengan bantal untuk mengelevasi kaki D. Fase Terminasi

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). Fundamentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition. USA: Delmar, Cengage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI
 (POSISI *GENU PEKTORAL/KNEE-CHEST*)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Posisi genu pectoral adalah posisi dimana pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian atas tempat tidur.
TUJUAN	1. Pemeriksaan daerah rectum dan sigmoid. 2. Latihan pada ibu yang hamil sungsang.
INDIKASI	1. Pasien hemorrhoid 2. Pasien
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sarung tangan 2. Bantal besar dan kecil
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah: 1. Tempatkan kedua lutut pada kasur/matras 2. Atur posisi seperti orang sujud ketika sholat 3. Posisi dada menempel pada kasur/matras Support lengan pada posisi fleksi sejajar dengan bahu D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). Fundamentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition. USA: Delmar, Cengage Learning..
-----------	--

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGATURAN POSISI (POSISI ORTOPNEA)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

**DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA**

2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Posisi ortopnea merupakan adaptasi dari posisi Fowler tinggi, klien duduk di tempat tidur atau di tepi tempat tidur dengan meja yang menyilang di atas tempat tidur.
TUJUAN	1. Membantu mengatasi masalah kesulitan pernapasan dengan memberikan ekspansi dada maximum. 2. Membantu klien yang mengalami masalah ekshalasi
INDIKASI	Pasien dengan sesak berat dan tidak dapat tidur terlentang
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Meja 3. Bantal kecil dan besar 4. Restrains (jika diperlukan) 5. Pengaman tempat tidur
PROSEDUR	A. Fase Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya (bila ada) 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat 4. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. Fase Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi. 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga. 3. Cek dokumentasi klien. 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. Fase Kerja Atur posisi pasien dengan langkah: 1. Atur pasien dengan posisi supinasi 2. Naikkan tempat tidur di bawah leher dan kepala dan sepanjang tulang belakang 3. Letakkan bantal kecil di bawah paha sehingga lutut sedikit fleksi 4. Letakkan meja di depan pasien dengan posisi menyilang tempat tidur 5. Atur ketinggian meja sejajar dada dan berikan bantal sebagai pengalas 6. Bantu pasien untuk menyandarkan kepala dengan tumpuan tangan pasien 7. Atur pengaman tempat tidur

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	D. Fase Terminasi 1. Rapikan alat 2. Evaluasi respon pasien terhadap hasil tindakan 3. Sampaikan rencana tindak lanjut 4. Berpamitan dengan pasien 5. Cuci tangan 6. Dokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). <i>Kozier and Erb'S Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice, 10th edition</i>. United States of America: Pearson Education, Inc. 2. DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). <i>Fundanmentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition</i>. USA: Delmar, Cencage Learning..

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

LATIHAN ROM (RANGE OF MOTION)

(Aktif Dan Pasif)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Mobilisasi atau mobilitas adalah kemampuan seseorang untuk melakukan gerakan yang dilakukan secara teratur, bebas, dan mudah yang bertujuan memenuhi kebutuhan aktivitas seseorang atau individu tersebut guna mempertahankan kesehatan individu tersebut
TUJUAN	1. Mencegah kemungkinan terjadinya trauma 2. Meningkatkan status dan tingkat kesehatan 3. Memenuhi KDM (kebutuhan dasar manusia) 4. Mempertahankan peran sehari--hari dan interaksi sosial pasien 5. Mencegah kemungkinan hilangnya kemampuan fungsi tubuh Mencegah kemungkinan hilangnya kemampuan fungsi tubuh 6. Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot dan fleksibilitas otot 7. Mempertahankan pernafasan dan kerja atau fungsi jantung 8. Mencegah kekakuan pada daerah sendi 9. Melakukan perangsangan pada sirkulasi darah 10. Mencegah kelainan seperti kekakuan, bentuk, dan kontraktur
INDIKASI	Pasien yang tidak mampu makan secara mandiri
KEBIJAKAN	3. ISO 9001 : 2015 4. Standar Akademik
PETUGAS	4. Dosen/ Instruktur 5. Perawat 6. Mahasiswa
PERALATAN	1. Rom aktif dan pasif a. Selimut mandi 2. Mobilisasi di tempat tidur a. Bantal 4 buah b. Tempat tidur pasien 3. Alat bantu untuk berjalan a. Tongkat b. Walker c. Kruk
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan alat 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat kedekat klien B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA 1. Rom pasif dan aktif a. Leher 1) Fleksi : Menggerakkan bagian dagu menempel ke dada 2) Ekstensi : Mengembalikan posisi kepala ke posisi tegak 3) Hiperekstensi : Menekuk bagian kepala ke belakang sejauh mungkin 4) Fleksi Lateral : Memiringkan bagian kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu 5) Rotasi : Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler b. Bahu 1) Fleksi : Menaikkan bagian lengan dari posisi samping tubuh ke bagian depan ke posisi di atas kepala 2) Ekstensi : Mengembalikan bagian lengan ke posisi di samping tubuh 3) Hiperekstensi : Menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus 4) Abduksi : Menaikkan bagian lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala 5) Adduksi : Menurunkan bagian lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin 6) Rotasi dalam : Dengan siku posisi fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan bagian lengan sampai ibu jari ke atas dan ke samping kepala 7) Sirkumduksi : Menggerakkan bagian lengan dengan lingkaran penuh c. Siku 1) Fleksi : Menekuk bagian siku sehingga lengan bagian bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar dengan bahu 2) Ekstensi : Meluruskan bagian siku dengan menurunkan lengan d. Lengan Bawah 1) Supinasi : Memutar bagian lengan bawah dan bagian tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas
--	--

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2) Pronasi : Memutar bagian lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah e. Pergelangan tangan 1) Fleksi : Menggerakkan bagian telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah 2) Ekstensi : Menggerakkan bagian jari-jari sehingga jari-jari, tangan, dan lengan bawah berada dalam arah yang sama 3) Hiperekstensi : Membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin 4) Abduksi : Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari 5) Adduksi : Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari f. Jari-Jari Tangan 1) Fleksi : Membuat genggaman 2) Ekstensi : Meluruskan jari-jari tangan 3) Hiperekstensi : Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin 4) Abduksi : Menggerakkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain 5) Adduksi : Merapatkan kembali jari-jari tangan g. Ibu Jari 1) Oposisi : Menyentuh ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama h. Pinggul 1) Fleksi : Menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas 2) Ekstensi : Menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain 3) Hiperekstensi : Menggerakkan bagian tungkai ke belakang tubuh 4) Abduksi : Menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh 5) Adduksi : Menggerakkan kembali bagian tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin 6) Rotasi dalam : Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain 7) Rotasi luar : Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain 8) Sirkumduksi : Menggerakkan bagian tungkai melingkar i. Kaki 1) Inversi : Memutar bagian telapak kaki ke samping dalam (medial)
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	2) Eversi : Memutar telapak kaki ke samping luar (Lateral) j. Jari-Jari Kaki 1) Fleksi : Melengkungkan bagian jari-jari kaki ke bawah 2) Ekstensi : Meluruskan jari-jari kaki 3) Abduksi : Meregangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain 4) Adduksi : Merapatkan kembali jari-jari kaki bersamaan D. Tahap Terminasi 1. Merapikan pasien 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter & Perry. (2000). <i>Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar</i>; edisi 3. Jakarta:

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMINDAHKAN PASIEN
(DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI)

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Mobilisasi adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis sehingga dapat bergerak bebas.
TUJUAN	1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia 2. Mencegah hilangnya fungsi tubuh
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas 2. Pasien dengan gangguan mobilisasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Kursi roda 3. Alas kaki antislip (jika diperlukan)
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Atur kursi roda dalam posisi terkunci 2. Berdirilah menghadap pasien dengan kedua kaki merenggang 3. Fleksikan lutut dan pinggang anda 4. Anjurkan pasien untuk meletakkan kedua tangannya di bahu Anda dan letakkan kedua tangan anda di samping kanan kiri pinggang pasien 5. Ketika pasien melangkah ke lantai, tahan lutut Anda 6. Bantu pasien duduk di kursi dan atur posisi secara nyaman D. Tahap Terminasi 5. Melakukan evaluasi tindakan 6. Berpamitan dengan klien 7. Mencuci tangan 8. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

REFERENSI	1. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i> . Surabaya: Health Books Publishing.
-----------	---

**MEMINDAHKAN PASIEN
(DARI TEMPAT TIDUR KE BRANKARD)**

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

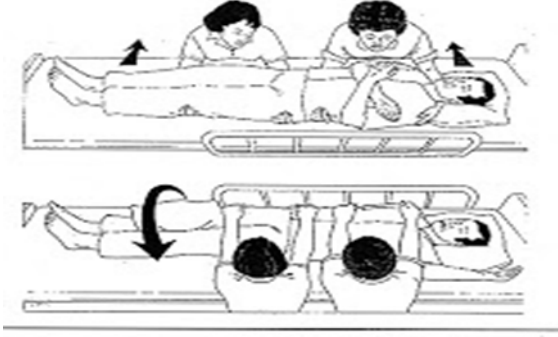
DEPARTEMEN KEPERAWATAN

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

PENGERTIAN	Memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankard adalah salah satu bantuan kepada pasien guna memenuhi mobilisasi pasien.
TUJUAN	1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia 2. Mencegah terjadinya trauma 3. Mempertahankan tingkat kesehatan 4. Mencegah hilangnya fungsi tubuh
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas 2. Pasien dengan gangguan mobilisasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Brankard
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Atur posisi brankard dalam posisi terkunci 2. Bantu pasien dengan 2 – 3 perawat 3. Berdiri menghadap pasien 4. Silangkan tangan di depan dada

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

		5. Tekuk lutut anda, kemudian masukkan tangan ke bawah tubuh pasien 6. Perawat pertama meletakkan tangan di bawah leher/bahu dan bawah pinggang, perawat kedua meletakkan tangan di bawah pinggang dan pinggul pasien, sedangkan perawat ketiga meletakkan tangan di bawah pinggul dan kaki 7. Angkat bersama-sama dan pindahkan ke branchard 8. Atur posisi pasien di branchard
		D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu	
REFERENSI	1. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.	

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

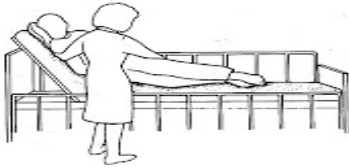
	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBANTU PASIEN DUDUK DIATAS TEMPAT TIDUR

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Membantu Pasien duduk di tempat tidur adalah satu bantuan kepada pasien guna memenuhi mobilisasi pasien.
TUJUAN	1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia 2. Mencegah terjadinya trauma 3. Mempertahankan tingkat kesehatan 4. Mencegah hilangnya fungsi tubuh
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas 2. Pasien dengan gangguan mobilisasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur 2. Bantal
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Tempatkan klien pada posisi Fowler 2. Pindahkan semua bantal 3. Posisi perawat menghadap kepala tempat tidur  4. Regangkan kedua kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain. 5. Tempatkan tangan yang lebih jauh dari klien di bawah bahu klien, sokong kepalanya dan vertebra servikal 6. Tempatkan tangan perawat yang lain pada permukaan tempat tidur 7. Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan perawat dari depan kaki ke belakang kaki

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

		8. perawat tetap didepan pasien, hingga seimbang 9. Dorong melawan tempat tidur dengan tangan di permukaan tempat tidur D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
		UNIT TERKAIT 1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI		1. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBANTU PASIEN BERJALAN

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Membantu Pasien berjalan adalah satu bantuan kepada pasien guna memenuhi mobilisasi pasien.
TUJUAN	1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia 2. Mencegah terjadinya trauma 3. Mempertahankan tingkat kesehatan 4. Mencegah hilangnya fungsi tubuh
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas 2. Pasien dengan gangguan mobilisasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Tempat tidur/kursi
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Atur kursi roda/tempat tidur dalam posisi terkunci 2. Bantu pasien berdiri 3. Anjurkan pasien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan anda  4. Berdirilah di samping pasien serta pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien 6. Bantu pasien untuk jalan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i> . Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELATIH PASIEN DENGAN ALAT BANTU JALAN

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Alat bantu jalan adalah alat bantu untuk berjalan yang digunakan pada klien yang mengalami penurunan kekuatan otot dan cedera pada ekstremitas bawah serta gangguan keseimbangan.
TUJUAN	1. Membantu Pasien untuk mempertahankan mobilitasi secara maksimal 2. Memelihara dan mengembalikan fungsi otot secara optimal 3. Mencegah kelainan bentuk, seperti kaki menjadi bengkok. 4. Memelihara dan meningkatkan kekuatan otot. 5. Mencegah komplikasi, seperti atrofi dan kekakuan sendi
INDIKASI	Indikasi 1. Pasien penderita dan pasca stroke 2. Pasien dengan fraktur ekstremitas bawah / kelumpuhan 3. Pasien yang menderita fraktur/cedera Kontraindikasi 1. Pasien dengan penurunan kesadaran / bedrest 2. Pasien dengan fraktur yang parah dan belum ada penyatuan tulang 3. Pasien yang mengalami kelemahan (malaise)
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Kruk 2. Walker 3. Kursi roda 4. Tripod/ Quadripod 5. Stick
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. KRUK a. Pilih kruk yang sesuai dengan ukuran tubuh pasien b. Posisikan pegangan kruk dengan siku pasada sudut 20-25 dereajat c. Pastikan jarak antara bantalan kruk dengan aksila selebar 3-4 jari d. Anjurkan klien berjalan dnegan kruk

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	e. Anjurkan klien menaiki dan turun dari tangga f. Anjurkan klien duduk dikursi 2. WALKER a. Ukur walker sesuai tinggi klien, dari bagian panggul sampai tumit klien b. Bantu klien untuk bangun dari tempat tidur, untuk berdiri. c. Minta klien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan perawat d. Berdiri disamping klien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu klien e. Bantu pasien untuk memegang pemegangan tangan pada batang di bagian atas walker f. Bantu klien melangkah pelan-pelan dengan walker g. Gerakkan walker didepan sekitar 15 cm/6 inchi saat berat badan ditopang oleh kedua kaki h. Gerakkan kaki tangan kearah depan dekat dengan alat bantu jalan saat berat badan ditopang oleh kaki kiri dan kedua lengan i. Selanjutnya gerakkan kaki sebelah kiri dan kesebelah kanan saat berat badan ditopang oleh kaki kanan dan kedua lengan j. Jika salah satu kaki lebih lemah k. Pindahkan walker dan kaki yang lebih lemah didepan secara bersamaan sekitar 15 cm/6 inchi saat berat badan ditopang oleh kaki yang lebih kuat l. Lalu gerakkan kaki yang lebih kuat kedepan saat berat badan ditopang oleh kaki yang lebih lemah dan kedua lengan 3. TONGKAT a. Pegang tongkat dengan tangan pada bagian tubuh yang lebih kuat, untuk memberikan support maksimum yang meluruskan tubuh ketika berjalan b. Posisi standar ujung tongkat (jarak antara tongkat dan kaki 15 cm / 6 inchi) disamping tubuh dan 15 cm /6 inchi didepan kaki terdekat. Jadi siku agak sedikit bengkok D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

REFERENSI	1. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i> . Surabaya: Health Books Publishing.
-----------	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PERAWATAN PASIEN DENGAN IMMOBILISASI

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Imobilisasi adalah suatu keadaan dimana penderita harus istirahat di tempat tidak bergerak secara aktif akibat berbagai penyakit atau gangguan pada alat / organ tubuh (<i>impairment</i>) yang bersifat fisik atau mental. Dapat juga diartikan sebagai suatu keadaan tidak bergerak / tirah baring yang terus – menerus selama 5 hari atau lebih akibat perubahan fungsi fisiologis.
TUJUAN	Menghindari timbulnya berbagai penyakit, seperti: Otot menjadi kaku (<i>atrofi</i>), Sendi kaku, Infeksi, saluran nafas, Infeksi saluran kencing dan sembelit, Luka lecet pada jaringan kulit yang ditekan akibat tirah baring lama
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas berat 2. Pasien dengan gangguan mobilisasi berat 3. Ketergantungan kepada orang lain
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Handschoen
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. perhatikan adanya tanda – tanda dekubitus 2. Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam sekali 3. Berikan bantalan kecil pada daerah siku, bokong dan tumit 4. Hindari penggunaan alat tenun yang kasar dan menimbulkan rasa panas pada klien 5. Lakukan perawatan personal hygiene setiap hari untuk menjaga kebersihan dan kelembaban kulit 6. Hindari penggunaan lotion dan talk pada klien karena dapat menimbulkan iritasi pada kulit 7. Tinggikan posisi kaki lebih tinggi dari badan untuk mencegah terjadinya edema karena sirkulasi D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i> . Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MELAKSANAKAN TINDAKAN RITUAL TIDUR

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Melaksanakan ritual tidur adalah membantu pasien melakukan kebiasaan pasien sebelum tidur.
TUJUAN	Membantu pasien untuk mendapatkan istirahat tidur yang efektif.
INDIKASI	Pasien dengan gangguan istirahat tidur
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Radio 2. Tape recorder 3. Buku cerita 4. Alat beribadah 5. Makanan dan minuman kesukaan klien
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin 2. Mempersiapkan lingkungan yang tenang, pasang sketsel, kalau perlu matikan lampu/pasang lampu tidur yang redup 3. Modifikasi lingkungan yang menunjang istirahat-tidur 4. Menggali kebiasaan ritual tidur klien 5. Memfasilitasi ritual tidur (sesuai kebutuhan klien) a. Beribadah b. Membaca c. Minum susu d. Mendengarkan radio e. Menonton televisi f. Mengobrol/ berbincang-bincang 6. Mengobservasi tidur klien nyenyak atau tidak D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Aryani, Ratna. dkk. 2009. <i>Prosedur Klinik Keperawatan</i> . Jakarta: Trans info Media. 2. Ghofar, A. 2012. <i>Pedoman Lengkap Keterampilan Perawatan Klinik</i> . Yogyakarta: Mitra Buku. 3. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i> . Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMFASILITASI KEBUTUHAN ISTIRAHAT DAN TIDUR

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Istirahat-tidur adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi menjaga tubuh tetap sehat. Orang yang istirahat belum tentu tidur namun orang tidur biasanya pasti istirahat.
TUJUAN	Membantu klien dalam proses istirahat-tidur
INDIKASI	Pasien dengan gangguan istirahat tidur
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Radio 2. Tape recorder 3. Televisi 4. Buku cerita 5. Alat beribadah 6. Makanan dan minuman kesukaan klien
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Modifikasi lingkungan yang menunjang istirahat tidur seperti: 2. Tempat tidur yang rapi dan bersih 3. Posisi selimut tidak membatasi gerakan dan tidak menimbulkan tekanan pada tungkai dan lengan 4. Posisi tubuh diatur yang mendukung relaksasi 5. Minimalkan rasa sakit atau ketidaknyamanan yang dirasakan klien 6. Ruangan yang privat, tenang dan agak redup 7. Suhu Ruangan yang nyaman (tidak terlalu dingin atau terlalu panas) 8. Memfasilitasi ritual tidur, antara lain sebagai berikut: a. Membaca b. Minum susu c. Mendengarkan radio d. Menonton televisi e. Mengobrol f. Berdoa D. Tahap Terminasi

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Aryani, Ratna. dkk. 2009. <i>Prosedur Klinik Keperawatan</i>. Jakarta: Trans info Media. 2. Ghofar, A. 2012. <i>Pedoman Lengkap Keterampilan Perawatan Klinik</i>. Yogyakarta: Mitra Buku. 3. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR TERTUTUP

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Menyiapkan tempat tidur tertutup adalah menyiapkan tempat tidur sebelum di tempati pasien.
TUJUAN	1. Untuk memberikan lingkungan yang bersih, tenang & nyaman 2. Untuk menghilangkan hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alat tidur & selimut yang bebas dari kotoran/lipatan 3. Untuk mengontrol penyebab mikroorganisme
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas berat 2. Pasien tidak sadar/koma 3. Pasien dengan program bedrest
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sprei / Laken besar 2. Sprei sedang / Bovenlaken 3. Laken kecil / Stiklaken 4. Alas/perlak 5. Over laken 6. Slimut 7. Sarung Bantal
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan 3. Mempersiapkan alat dengan meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun diatas meja bersih B. Tahap kerja 1. Memasang alas kasur dan mengikatkan tali-talinya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudut 2. Meletakkan laken dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya ditengah-tengah tempat tidur 3. Memasukkan laken pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur kemudian dibuat sudut. 4. Memasukkan laken pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut. 5. Jika laken tidak sesuai ukurannya maka masukkanlah bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki 6. Masukkan laken bagian sisi ke bawah kasur (sisi tempat perawat berdiri)

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga steak laken, dan masukkan sama-sama ke bawah kasur 8. Meletakkan bovenlaken secara terbalik dengan jahitan lebar di bagian kepala mulai garis kasur, masukkan bagian kaki ke bawah kasur 9. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari garis kasur bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur 10. Melipat bovenlaken bagian atas tepat diatas garis selimut 11. Memasukkan bantal kedalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian tertutup ke jurusan pintu 12. Memasang overlaken C. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Mencuci tangan 3. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR TERBUKA

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Menyiapkan tempat tidur terbuka adalah menyiapkan tempat tidur sebelum di tempati pasien.
TUJUAN	1. Untuk memberikan lingkungan yang bersih, tenang & nyaman 2. Untuk menghilangkan hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alat tidur & selimut yang bebas dari kotoran/lipatan 3. Untuk mengontrol penyebab mikroorganisme
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas berat 2. Pasien tidak sadar/koma 3. Pasien dengan program bedrest
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sprei / Laken besar 2. Sprei sedang / Bovenlaken 3. Laken kecil / Stiklaken 4. Alas/perlak 5. Slimut 6. Sarung Bantal
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan 3. Mempersiapkan alat dengan meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun diatas meja bersih B. Tahap kerja 1. Memasang alas kasur dan mengikatkan tali-talinya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudut 2. Meletakkan laken dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya ditengah-tengah tempat tidur 3. Memasukkan laken pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur kemudian dibuat sudut. 4. Memasukkan laken pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut. 5. Jika laken tidak sesuai ukurannya maka masukkanlah bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki 6. Masukkan laken bagian sisi ke bawah kasur (sisi tempat perawat berdiri)

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	7. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga steak laken, dan masukkan sama-sama ke bawah kasur 8. Meletakkan bovenlaken secara terbalik dengan jahitan lebar di bagian kepala mulai garis kasur, masukkan bagian kaki ke bawah kasur 9. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari garis kasur bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur 10. Memasukkan bantal kedalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian tertutup ke jurusan pintu C. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Mencuci tangan 3. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR POST OPERASI

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Tempat tidur yang disiapkan untuk klien pasca operasi yang dapat narkose (obat bius).
TUJUAN	1. Menghangatkan klien 2. Mencegah penyulit/komplikasi post op/pasca bedah
INDIKASI	Pasien Post Operasi
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sprei / Laken besar 2. Sprei sedang / Bovenlaken 3. Laken kecil / Stiklaken 4. Alas/perlak 5. Buli-buli panas 6. Slimut 7. Sarung Bantal
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan 3. Mempersiapkan alat dengan meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun diatas meja bersih B. Tahap kerja 1. Memasang alas kasur dan mengikatkan tali-talnya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudut 2. Meletakkan laken dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya ditengah-tengah tempat tidur 3. Memasukkan laken pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur kemudian dibuat sudut. 4. Memasukkan laken pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut. 5. Jika laken tidak sesuai ukurannya maka masukkanlah bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki 6. Masukkan laken bagian sisi ke bawah kasur (sisi tempat perawat berdiri) 7. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga steak laken, dan masukkan sama-sama ke bawah kasur 8. Meletakkan bovenlaken secara terbalik dengan jahitan lebar di bagian kepala mulai garis kasur, masukkan bagian kaki ke bawah kasur

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	9. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari garis kasur bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur 10. Melipat bovenlaken bagian atas tepat diatas garis selimut 11. Memasukkan bantal kedalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian tertutup ke jurusan pintu 12. Menyelesaikan sisi yang lain seperti sisi yang tadi 13. Membentangkan gulungan perlak dan handuk pada bagian kepala 14. Meletakkan buli-buli panas diatas laken bagian kaki, diarahkan mulut buli-buli kearah pinggir tempat tidur 15. Memasang selimut tambahan hingga menutup seluruh permukaan tempat tidur 16. Mengangkat buli-buli panas sebelum pasien dibaringkan setelah kembali dari kamar bedah C. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Mencuci tangan 3. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MENGANTI ALAT TENUN DENGAN KLIEN DIATAS TEMPAT TIDUR

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur klien dengan klien di atas tempat tidur & pada tempat tidur kosong.
TUJUAN	1. Untuk memberikan lingkungan yang bersih, tenang & nyaman 2. Untuk menghilangkan hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alat tidur & selimut yang bebas dari kotoran/lipatan 3. Untuk meningkatkan gambaran diri & harga diri klien dengan menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi & nyaman. 4. Untuk mengontrol penyebab mikroorganisme
INDIKASI	1. Pasien intoleransi aktivitas berat 2. Pasien tidak sadar/koma 3. Pasien dengan program bedrest
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Sprei / Laken besar 2. Sprei sedang / Bovenlaken 3. Laken kecil / Stiklaken 4. Alas/perlak 5. Slimut 6. Sarung Bantal
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Mempersiapkan alat dengan meletakkan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun diatas meja bersih 2. Memasang alas kasur dan mengikat tali-talinya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudut 3. Meletakkan laken dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya ditengah-tengah tempat tidur 4. Memasukkan laken pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur kemudian dibuat sudut.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	5. Memasukkan laken pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan dibuat sudut. 6. Jika laken tidak sesuai ukurannya maka masukkanlah bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki 7. Masukkan laken bagian sisi ke bawah kasur (sisi tempat perawat berdiri) 8. Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga steak laken, dan masukkan sama-sama ke bawah kasur 9. Meletakkan bovenlaken secara terbalik dengan jahitan lebar di bagian kepala mulai garis kasur, masukkan bagian kaki ke bawah kasur 10. Meletakkan selimut kurang lebih 25 cm dari garis kasur bagian kepala dan masukkan bagian kaki ke bawah kasur 11. Melipat bovenlaken bagian atas tepat diatas garis selimut 12. Memasukkan bantal kedalam sarungnya dan meletakkan bantal dengan bagian tertutup ke jurusan pintu 13. Memasang overlaken D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Muttaqin, Arif. 2010. <i>Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik</i>. Salemba Medika. Jakarta 2. Uliyah, M., & Hidayat, A. A. 2011. <i>Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i>. Surabaya: Health Books Publishing.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

MEMBANTU PASIEN YANG TERMINAL DAN SEKARAT

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

PENGERTIAN	Kondisi Terminal Adalah suatu keadaan sakit dimana menurut akal sehat tidak ada harapan lagi untuk pasien sembuh. Keadaan sakit itu dapat disebabkan oleh suatu penyakit atau suatu kecelakaan.
TUJUAN	1. Untuk membantu klien yang sekarat untuk menghadapi proses sekarat. 2. Untuk menangani perasaan kehilangan dan kesedihan sendiri yang muncul ketika merawat klien yang sedang sekarat. 3. Untuk memberikan dukungan bagi klien dan keluarga klien selama proses sekarat. 4. Untuk menyelesaikan tindakan yang diperlukan untuk merawat klien yang telah meninggal
INDIKASI	1. Lansia 2. Pasien Trauma berat 3. Pasien Kritis
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Meminimalkan ketidaknyamanan klien sebanyak mungkin: 2. Memberikan kehangatan 3. Memberikan bantuan dalam memindahkan, dan mereposisi klien dengan sering 4. Memberikan bantuan dalam memandikan dan keberhasilan pribadi

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	5. Memberikan obat yang tepat sebelum rasa sakit menjadi parah 6. Mengenali gejala urgensi atau kondisi darurat dan segera meminta bantuan 7. Memberitahu perawat yang bertanggung jawab jika ada masa krisis dan melakukan tindakan darurat sampai bantuan tiba 8. Mendorong klien yang sekarat untuk melakukan sesuatu yang mereka bisa sehingga mereka tidak hanya menyerah – suatu keadaan untuk memperkuat diri mereka 9. Memberikan asuhan keperawatan bagi klien a. Membentuk hubungan dengan klien yang sekarat. Bersedia untuk terlibat, peduli, dan berkomitmen untuk merawat klien yang sekarat. b. Memberikan waktu untuk klien sehingga tidak hanya perawatan fisik saja yang diberikan. c. Mengenali pola kesedihan dan mendukung klien. d. Menyadari bahwa kehadiran Anda adalah untuk menghibur klien saat dia ketakutan dengan menggunkan sentuhan dan komunikasi yang tepat dan nonverbal. e. Hormati kebutuhan klien untuk privasi dan menarik diri jika ia ingin menyendiri. f. Berikan isyarat jika dia ingin bicara dan mengekspresikan perasaan, menangis, atau bahkan secara intelektual, memahami proses sekarat. g. Terima klien apa adanya tanpa memberikan penilaian apapun h. Memberikan tingkat perawatan yang mendorong klien untuk mempertahankan kepercayaan dalam tim perawatan kesehatan. i. Membantu pasien melalui pengalaman sekarat dengan cara apapun yang anda mampu untuk melakukannya 10. Mendukung keluarga klien yang sekarat: a. Memahami bahwa keluarga mungkin akan sangat bersedih sebelum benar-benar kematian itu terjadi. b. Memahami bahwa seluruh anggota keluarga akan memiliki reaksi yang berbeda dalam menerima kematian. c. Menunjukkan perhatian dan kepedulian akan sangat membantu mereka menghadapi kesedihan
--	---

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	11. Orientasikan diri Anda tentang proses sekarat, untuk: - Menjelajahi perasaan Anda sendiri tentang kematian dan sekarat dengan pemahaman bahwa Anda juga akan mengalami hal yang sama, hingga Anda tidak akan sanggup untuk memberikan semngat kepada klien atau keluarganya ketika kelak mereka akan mengalami proses sekarat. - Membagi perasaan Anda tentang proses kematian (sekarat) dengan perawat yang lain. D. Tahap Terminasi - Melakukan evaluasi tindakan - Berpamitan dengan klien - Mencuci tangan - Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	- Bidang Pengajaran - Administrasi Akademik - Penjaminan Mutu
REFERENSI	- Potter, Patricia A and Perry, Ane G. 2009. <i>Fundamental of Nursing Edisi VII</i>. Jakarta. Salemba Medika. - Perry. Peterson. Potter. 2009. <i>Buku Saku keterampilan dan Prosedur dasar Edisi 5</i>. Jakarta. EGC. - Suparmi, Yulia, dkk 2008. <i>Panduan Praktik Keperawatan</i>. Yogyakarta. Citra Aji Pramana.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENKES TENTANG GANGGUAN SEKSUAL

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Penkes adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka
TUJUAN	Terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, masyarakat.
INDIKASI	1. Pasien 2. Keluarga
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Flipchart/lembar balik/leaflet 2. Media atau alat bantu lain sesuai kebutuhan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Kaji karakteristik pasien : usia, tingkat pendidikan dan pengetahuan. 2. Kaji karakteristik keluarga : emosi, pengetahuan, perilaku kesehatan, kesiapan merawat pasien 3. PerencanaanPersiapkan ”Satuan Acara Penyuluhan” pendidikan kesehatan tentang gangguan seksual yang terdiri dari topik, sasaran, pemberi materi, tempat, waktu, tujuan (tujuan umum/khusus), metode, media uraian kegiatan pendidikan kesehatan (pembuka, isi, penutup), evaluasi, materi, daftar pustaka 4. Persiapkan alat (sesuai kebutuhan) 5. Cuci tangan 6. Implementasi a. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien/keluarga b. Melakukan apersepsi (bertanya kembali) tentang materi yang akan dijelaskan c. Menjelaskan materi dengan tehnik komunikasi terapeutik

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	d. Memberikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya e. Melakukan tehnik demonstrasi/redemonstrasi yang sesuai (jika perlu) f. Memberikan reinforcement (pujian) positif terhadap kemampuan keluarga terkait hal-hal positif yang telah dilakukan g. Mendiskusikan kembali (mengevaluasi) dengan keluarga/pasien terkait dengan materi yang telah dijelaskan h. Membereskan peralatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi respon dan materi yang telah dijelaskan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter, Patricia A and Perry, Ane G. 2009. <i>Fundamental of Nursing Edisi VII</i>. Jakarta. Salemba Medika. 2. Perry. Peterson. Potter. 2009. <i>Buku Saku keterampilan dan Prosedur dasar Edisi 5</i>. Jakarta. EGC. 3. Suparmi, Yulia, dkk 2008. <i>Panduan Praktik Keperawatan</i>. Yogyakarta. Citra Aji Pramana.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENKES TENTANG GANGGUAN BELAJAR

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Penkes adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka
TUJUAN	Terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, masyarakat.
INDIKASI	1. Pasien 2. Keluarga
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Flipchart/lembar balik/leaflet 2. Media atau alat bantu lain sesuai kebutuhan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Kaji karakteristik pasien : usia, tingkat pendidikan dan pengetahuan. 2. Kaji karakteristik keluarga : emosi, pengetahuan, perilaku kesehatan, kesiapan merawat pasien 3. Perencanaan/Persiapkan "Satuan Acara Penyuluhan" pendidikan kesehatan tentang gangguan belajar yang terdiri dari topik, sasaran, pemberi materi, tempat, waktu, tujuan (tujuan umum/khusus), metode, media uraian kegiatan pendidikan kesehatan (pembuka, isi, penutup), evaluasi, materi, daftar pustaka 4. Persiapkan alat (sesuai kebutuhan) 5. Cuci tangan 6. Implementasi a. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien/keluarga b. Melakukan apersepsi (bertanya kembali) tentang materi yang akan dijelaskan c. Menjelaskan materi dengan tehnik komunikasi terapeutik d. Memberikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	e. Melakukan tehnik demonstrasi/redemonstrasi yang sesuai (jika perlu) f. Memberikan reinforcement (pujian) positif terhadap kemampuan keluarga terkait hal-hal positif yang telah dilakukan g. Mendiskusikan kembali (mengevaluasi) dengan keluarga/pasien terkait dengan materi yang telah dijelaskan h. Membereskan peralatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi respon dan materi yang telah dijelaskan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter, Patricia A and Perry, Ane G. 2009. <i>Fundamental of Nursing Edisi VII</i>. Jakarta. Salemba Medika. 2. Perry. Peterson. Potter. 2009. <i>Buku Saku keterampilan dan Prosedur dasar Edisi 5</i>. Jakarta. EGC. 3. Suparmi, Yulia, dkk 2008. <i>Panduan Praktik Keperawatan</i>. Yogyakarta. Citra Aji Pramana.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENKES TENTANG DICINTAI DAN MENCINTAI

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Penkes adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka
TUJUAN	Terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, masyarakat.
INDIKASI	1. Pasien 2. Keluarga
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Flipchart/lembar balik/leaflet 2. Media atau alat bantu lain sesuai kebutuhan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Kaji karakteristik pasien : usia, tingkat pendidikan dan pengetahuan. 2. Kaji karakteristik keluarga : emosi, pengetahuan, perilaku kesehatan, kesiapan merawat pasien 3. Perencanaan/Persiapkan ”Satuan Acara Penyuluhan” pendidikan kesehatan tentang dicintai dan mencintai yang terdiri dari topik, sasaran, pemberi materi, tempat, waktu, tujuan (tujuan umum/khusus), metode, media uraian kegiatan pendidikan kesehatan (pembuka, isi, penutup), evaluasi, materi, daftar pustaka 4. Persiapkan alat (sesuai kebutuhan) 5. Cuci tangan 6. Implementasi a. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien/keluarga b. Melakukan apersepsi (bertanya kembali) tentang materi yang akan dijelaskan c. Menjelaskan materi dengan tehnik komunikasi terapeutik d. Memberikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	e. Melakukan tehnik demonstrasi/redemonstrasi yang sesuai (jika perlu) f. Memberikan reinforcement (pujian) positif terhadap kemampuan keluarga terkait hal-hal positif yang telah dilakukan g. Mendiskusikan kembali (mengevaluasi) dengan keluarga/pasien terkait dengan materi yang telah dijelaskan h. Membereskan peralatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi respon dan materi yang telah dijelaskan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter, Patricia A and Perry, Ane G. 2009. <i>Fundamental of Nursing Edisi VII</i>. Jakarta. Salemba Medika. 2. Perry. Peterson. Potter. 2009. <i>Buku Saku keterampilan dan Prosedur dasar Edisi 5</i>. Jakarta. EGC. 3. Suparmi, Yulia, dkk 2008. <i>Panduan Praktik Keperawatan</i>. Yogyakarta. Citra Aji Pramana.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENKES KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN HARGA DIRI

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

2023

PENGERTIAN	Penkes adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka
TUJUAN	Terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, masyarakat.
INDIKASI	1. Pasien 2. Keluarga
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Flipchart/lembar balik/leaflet 2. Media atau alat bantu lain sesuai kebutuhan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Kaji karakteristik pasien : usia, tingkat pendidikan dan pengetahuan. 2. Kaji karakteristik keluarga : emosi, pengetahuan, perilaku kesehatan, kesiapan merawat pasien 3. PerencanaanPersiapkan ”Satuan Acara Penyuluhan” pendidikan kesehatan klien yang mengalami gangguan harga diri yang terdiri dari topik, sasaran, pemberi materi, tempat, waktu, tujuan (tujuan umum/khusus), metode, media uraian kegiatan pendidikan kesehatan (pembuka, isi, penutup), evaluasi, materi, daftar pustaka 4. Persiapkan alat (sesuai kebutuhan) 5. Cuci tangan 6. Implementasi a. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien/keluarga b. Melakukan apersepsi (bertanya kembali) tentang materi yang akan dijelaskan c. Menjelaskan materi dengan teknik komunikasi terapeutik

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	d. Memberikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya e. Melakukan tehnik demonstrasi/redemonstrasi yang sesuai (jika perlu) f. Memberikan reinforcement (pujian) positif terhadap kemampuan keluarga terkait hal-hal positif yang telah dilakukan g. Mendiskusikan kembali (mengevaluasi) dengan keluarga/pasien terkait dengan materi yang telah dijelaskan h. Membereskan peralatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi respon dan materi yang telah dijelaskan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter, Patricia A and Perry, Ane G. 2009. <i>Fundamental of Nursing Edisi VII</i>. Jakarta. Salemba Medika. 2. Perry. Peterson. Potter. 2009. <i>Buku Saku keterampilan dan Prosedur dasar Edisi 5</i>. Jakarta. EGC. 3. Suparmi, Yulia, dkk 2008. <i>Panduan Praktik Keperawatan</i>. Yogyakarta. Citra Aji Pramana.

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENKES TENTANG AKTUALISASI DIRI

DISIAPKAN	DISETUJUI	MENGETAHUI
 <u>Ns. Tri Sunaryo, M.Kep.</u> Dosen Keperawatan	 <u>Ns. Siti Lestari, MN</u> Ketua Program Studi	 <u>Addi Mardi Harnanto, MN</u> Ketua Jurusan keperawatan

DEPARTEMEN KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENTERIAN KESEHATAN SURAKARTA
2023

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

PENGERTIAN	Penkes adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka
TUJUAN	Terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, masyarakat.
INDIKASI	1. Pasien 2. Keluarga
KEBIJAKAN	1. ISO 9001 : 2015 2. Standar Akademik
PETUGAS	1. Dosen/ Instruktur 2. Perawat 3. Mahasiswa
PERALATAN	1. Flipchart/lembar balik/leaflet 2. Media atau alat bantu lain sesuai kebutuhan
PROSEDUR	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan cek program terapi 2. Cuci tangan B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien C. Tahap kerja 1. Kaji karakteristik pasien : usia, tingkat pendidikan dan pengetahuan. 2. Kaji karakteristik keluarga : emosi, pengetahuan, perilaku kesehatan, kesiapan merawat pasien 3. Perencanaan/Persiapkan "Satuan Acara Penyuluhan" pendidikan kesehatan tentang aktualisasi diri yang terdiri dari topik, sasaran, pemberi materi, tempat, waktu, tujuan (tujuan umum/khusus), metode, media uraian kegiatan pendidikan kesehatan (pembuka, isi, penutup), evaluasi, materi, daftar pustaka 4. Persiapkan alat (sesuai kebutuhan) 5. Cuci tangan 6. Implementasi a. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien/keluarga b. Melakukan apersepsi (bertanya kembali) tentang materi yang akan dijelaskan c. Menjelaskan materi dengan teknik komunikasi terapeutik d. Memberikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya

	INSTRUKSI KERJA PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR		
	Kode/No:	Tanggal berlaku :	Revisi :

	e. Melakukan tehnik demonstrasi/redemonstrasi yang sesuai (jika perlu) f. Memberikan reinforcement (pujian) positif terhadap kemampuan keluarga terkait hal-hal positif yang telah dilakukan g. Mendiskusikan kembali (mengevaluasi) dengan keluarga/pasien terkait dengan materi yang telah dijelaskan h. Membereskan peralatan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi respon dan materi yang telah dijelaskan 2. Berpamitan dengan klien 3. Mencuci tangan 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Pengajaran 2. Administrasi Akademik 3. Penjaminan Mutu
REFERENSI	1. Potter, Patricia A and Perry, Ane G. 2009. <i>Fundamental of Nursing Edisi VII</i>. Jakarta. Salemba Medika. 2. Perry. Peterson. Potter. 2009. <i>Buku Saku keterampilan dan Prosedur dasar Edisi 5</i>. Jakarta. EGC. 3. Suparmi, Yulia, dkk 2008. <i>Panduan Praktik Keperawatan</i>. Yogyakarta. Citra Aji Pramana.