

E-MODUL PRAKTIKUM

PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA



TIM PENYUSUN

Risna Damayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Kurnia Harli, BSN., MSN.

Boby Nurmagandy, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J

Irfan wabula, S.Kep., Ns., M.Kep.

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT





FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

No. Dokumen : 09-Modul-Kep-2024

MODUL
PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUAHAN DASAR MANUSIA

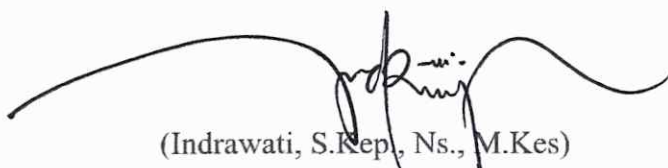
Disusun : Tim Penyusun


(Kurnia Harli, BSN., MSN)

Diajukan : Koordinator Mata Kuliah


(Boby Nurmagandi, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. J)

Dikendalikan : Koordinator Program Studi


(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

Disahkan : Wakil Dekan 1 Bidang Akademik



(Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

a. Visi;

Pada tahun 2040 menjadi institusi pendidikan kesehatan yang unggul dalam mengembangkan dan memanfaatkan ilmu teknologi kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan lokal, nasional dan global.

b. Misi;

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas, berdedikasi tinggi dan berakhlak mulia dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan pembangunan
- 2) Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan penelitian dan pengembangan inovasi di bidang kesehatan
- 3) Memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan dalam mewujudkan kesejahteraan dan peradaban yang tinggi
- 4) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu Kesehatan.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

Visi Misi Program Studi memiliki Pencirian yakni **Profesional, Peka Budaya, dan Tanggap Darurat** yang terwujud didalam Visi Misi, yakni;

a. Visi;

Terwujudnya program studi keperawatan yang menghasilkan tenaga keperawatan profesional tanggap darurat dan peka budaya pada tahun 2030 dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

b. Misi;

- 1) Melaksanakan Pendidikan keperawatan profesional yang tanggap darurat dan peka budaya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian yang relevan dengan tantangan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian masyarakat dengan memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan tata kelola good governance pada program studi.
- 5) Menjalin kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu keperawatan

KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Warohmatullahi Wabarokatu,

Alhamdulillahirobbil'alamin, Puji serta syukur kami panjatkan ke hadirat ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga E-Modul Praktikum ini dapat tersusun dan kami terbitkan sebagai tuntunan mahasiswa dalam pelaksanaan kegiatan pembelajaran praktikum mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan modul ini, kami ucapkan terima kasih. Semoga e- modul praktikum ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan sebagai wujud upaya dalam mengembangkan sistem pembelajaran Pendidikan tinggi keperawatan. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan e- modul praktikum ini masih terdapat beberapa kekurangan, diharapkan kritik, masukan dan saran dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan e- modul praktikum ini.

Majene, September 2024

Penulis

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
A. Deskripsi mata kuliah	1
B. Prasyarat	1
C. Capaian Pembelajaran	1
D. Petunjuk Penggunaan Modul	1
E. Tujuan Akhir	2
BAB II KEGIATAN BELAJAR	3
Praktikum 1 Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dan Latihan	3
Kompetensi Latihan Rentang Gerak	3
Kompetensi 2 Dukungan Mobilitas Fisik	9
Praktikum 2 Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi	12
Kompetensi 1 Latihan Batuk Efektif	12
Kompetensi 2 Fisioterapi Dada	16
Kompetensi 3 Pemberian Oksigen Dengan Nasal Kanul	22
Kompetensi 4 Pemberian Oksigen Dengan Masker Wajah	25
Kompetensi 5 Pemberian Oksigen Dengan Masker <i>Rebreathing</i> Dan <i>Non-Rebreathing</i>	29
Kompetensi 1 Pemantauan Intake Dan Output Cairan	33
Kompetensi 2 Pemberian Cairan Intravena	36
Kompetensi Dukungan Tidur	36
Praktikum 5 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	38
Kompetensi Pemasangan Selang Nasogastrik	38
Praktikum 6 Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi	43
Kompetensi 1 Masase Abdomen	43

Kompetensi 2 Pemasangan Kateter Urine Laki-laki	46
Kompetensi 3 Pemasangan Kateter Urine Perempuan	51
Praktikum 7 Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman	55
Kompetensi 1 Terapi Relaksasi Otot Progresif	55
Kompetensi 2 Terapi Relaksasi Nafas Dalam	60
Kompetensi 3 Teknik Imajinasi Terbimbing	64
Praktikum 8 Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Dan Perawatan Diri	67
Kompetensi 2 Dukungan Perawat Diri Mandi	67
Kompetensi 2 Dukungan Perawatan Diri Berpakaian	74
Kompetensi 3 Perawatan Rambut	76
Kompetensi 4 Perawatan Kuku	81
Kompetensi 5 Perawatan Mulut	84
BAB III EVALUASI	89
A. Nilai proses	89
B. Nilai Evaluasi	89
C. Nilai Akhir Praktikum	89
DAFTAR PUSTAKA	90

BAB I

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah ini membahas tentang berbagai konsep, prinsip dan keterampilan klinis keperawatan untuk membantu memenuhi berbagai kebutuhan manusia yang mencakup kebutuhan aktivitas dan latihan; Kebutuhan oksigenasi; kebutuhan istirahat dan tidur; kebutuhan nutrisi; kebutuhan eliminasi; kebutuhan rasa nyaman; kebutuhan kebersihan dan perawatan diri. Pengalaman pembelajaran meliputi pembelajaran di kelas dan laboratorium.

B. Prasyarat:

Mata kuliah prasyarat: -

C. Capaian Pembelajaran

Bila diberi kasus klien dengan gangguan kebutuhan dasar, mahasiswa mampu menguasai prinsip, konsep, teknik dan prosedur pelaksanaan/ praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang mencakup:

1. Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan;
2. Pemenuhan kebutuhan oksigenasi;
3. Pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan elektrolit;
4. Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur;
5. Pemenuhan kebutuhan nutrisi;
6. Pemenuhan kebutuhan eliminasi;
7. Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dan aman;
8. Pemenuhan kebutuhan kebersihan dan perawatan diri.

D. Petunjuk Penggunaan Modul

1. Peserta didik

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam modul ini antara lain:

- a) Bacalah dengan teliti setiap materi yang disampaikan dalam setiap

kegiatan pembelajaran.

- b) Pelajari dengan seksama modul praktikum dan demonstrasikan dengan bermain peran bersama teman anda di laboratorium keperawatan .
- c) Kerjakan test formatif sebagai evaluasi proses untuk setiap materi yang dibahas.
- d) Apabila mengalami kesulitan maka diskusikan dengan teman dan konsultasikan dengan dosen.

2. Peran pendidik

Melakukan evaluasi akhir pada masing -masing prasat sesuai dengan yang diampu.

E. Tujuan Akhir

Setelah menyelesaikan praktek laboratorium ini mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan terkait dengan masalah keperawatan gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

BAB II
KEGIATAN BELAJAR
Praktikum 1 Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan latihan

Kompetensi 1 Latihan Rentang Gerak

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang latihan rentang gerak dan mendemonstrasikan latihan rentang gerak dengan baik dan benar

A. Uraian Materi

1. Defenisi

Memberikan latihan berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi dan meningkatkan sirkulasi.

2. Tujuan

- a. Meningkatkan ketahanan otot.
- b. Menjaga fungsi fisiologis normal.
- c. Mencegah komplikasi akibat kontraktur imobiltas.
- d. Meningkatkan partisipasi pasien dalam aktivitas sehari - hari.
- e. Meningkatkan aktivitas fisik.
- f. Meningkatkan fleksibilitas sendi.

3. Panduan Umum

- a. Latihan rentang gerak pasif hanya dilakukan pada pasien yang tidak dapat melakukannya sendiri.
- b. Latihan rentang gerak pasif dilakukan dengan tahanan ringan.
- c. Jangan pernah melakukan latihan rentang gerak melebihi kemampuan pasien yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pasien.
- d. Gerakkan bagian-bagian tubuh secara mulus, perlahan dan ritmis

e. Denyut nadi dan laju pernapasan harus meningkat selama latihan yang harus kembali ke tingkat normal dalam 3 menit, bila tidak berarti latihan tersebut terlalu berat untuk pasien.

f. Jika terjadi kram otot selama pergerakan, hentikan gerakan sementara, dan tekan bagian otot tersebut secara

4. Indikasi

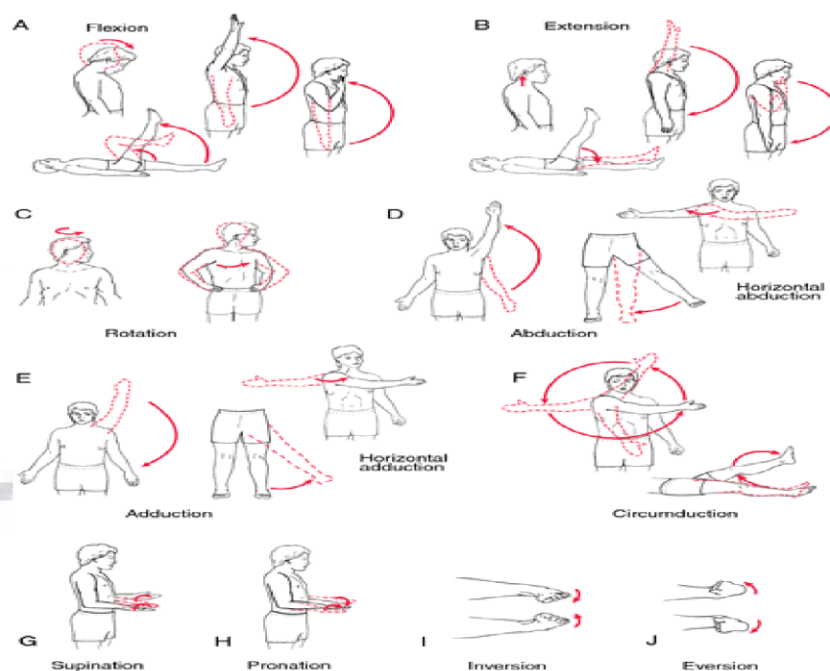
- a. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran.
- b. Kelemahan otot.
- c. Fase rehabilitasi fisik.
- d. Klien dengan tirah baring lama.

5. Kontra Indikasi

- a. Trombus/emboli dan peradangan pada pembuluh darah.
- b. Kelainan sendi atau tulang.
- c. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).
- d. Trauma baru dengan kemungkinan ada fraktur yang tersembunyi atau luka dalam.
- e. Nyeri berat.
- f. Sendi kaku atau tidak dapat bergerak.

B. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.



Gambar ROM (sumber google)

D. Prosedur dan lembar chek list

Diagnosis Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan Mobilitas Fisik - Gangguan Kulit Integritas/Jaringan - Resiko Disfungsi Neurovaskuler Perifer - Perlambatan Pemulihan Pasca Bedah - Gangguan Rasa Nyaman 		
Luaran Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas Fisik Meningkat - Integritas Kulit/Jaringan Meningkat - Neurovaskuler Perifer Meningkat - Pemulihan Pasca Bedah Meningkat - Rasa Nyaman Meningkat 		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Lakukan kebersihan 6 langkah		

4. Jaga privasi dengan memasang tirai atau menutup pintu kamar pasien		
5. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman		
6. Berdiri disisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih		
7. Lakukan latihan gerak dengan: <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan gerakan perlahan dan lembut b. Menyokong dengan memegang area proksimal dan distal distensi c. Mengulangi gerakan 5-10 kali setiap sendi d. Menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan 		
8. Latihan pada leher: <ul style="list-style-type: none"> a. Fleksi-ekstensi: tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali ke posisi tegak b. Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiri c. Rotasi lateral: palingkan wajah ke kiri dan kanan 		
9. Latihan pada bahu: <ul style="list-style-type: none"> a. elevasi-depresi: angkat dan turunkan bahu b. fleksi-ekstensi: angkat lengan dari samping tubuh ke atas. c. abduksi-adduksi: angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semua d. sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bahu 		
10. Latihan pada siku: <ul style="list-style-type: none"> a. Fleksi-ekstensi: gerakkan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula b. Supinasi-pronasi: putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah 		

<p>11. Latihan pada pergelangan tangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan lalu tekuk ke atas b. Fleksi radial-fleksi ulnar: tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking c. Sirkumduksi: putar tangan pada poros pergelangan tangan 		
<p>12. Latihan pada jari tangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fleksi-ekstensi: kepalkan jari dan luruskan seperti semula b. Abduksi-adduksi: renggangkan jari dan rapatkan kembali 		
<p>13. Latihan pada pelviks dan lutut</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fleksi-ekstensi: angkat kaki lurus lalu tekuk ke lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula b. Abduksi-adduksi: gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga 		

<p>melawati sumbu tubuh meyilang ke kaki lainnya</p> <p>c. Rotasi internal-rotasi kesternal: putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh</p>		
<p>14. Latihan pada pergelangan kaki:</p> <p>a. Dorso fleksi-plantar fleksi: dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula lalu dorong ke atas</p> <p>b. Eversi-inversi: putar telapak kaki ke luar lalu ke dalam</p> <p>c. Sirkumduksi: putar telapak kaki pada poros</p>		
<p>15. Latihan pada jari-jari kaki:</p> <p>a. Fleksi-ekstensi: dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah</p> <p>b. Abduksi-adduksi: renggangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan semula</p>		
<p>16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</p>		
<p>17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien</p>		

E. Tes Formatif

1. Tujuan dari latihan rentang gerak, kecuali:
 - a. Meningkatkan ketahanan otot
 - b. Menjaga fungsi fisiologis normal
 - c. Mencegah komplikasi akibat kontraktur
 - d. Meningkatkan kebersihan diri
2. Kontra indikasi latihan rentang gerak yaitu:
 - a. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
 - b. Kelainan sendi atau tulang
 - c. Kelemahan otot
 - d. Fase rehabilitasi fisik

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

Kompetensi 2 Dukungan Mobilisasi Fisik

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang dukungan mobilisasi fisik dan mendemonstrasikan dukungan mobilisasi fisik dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memfasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas pergerakan.

2. Tujuan

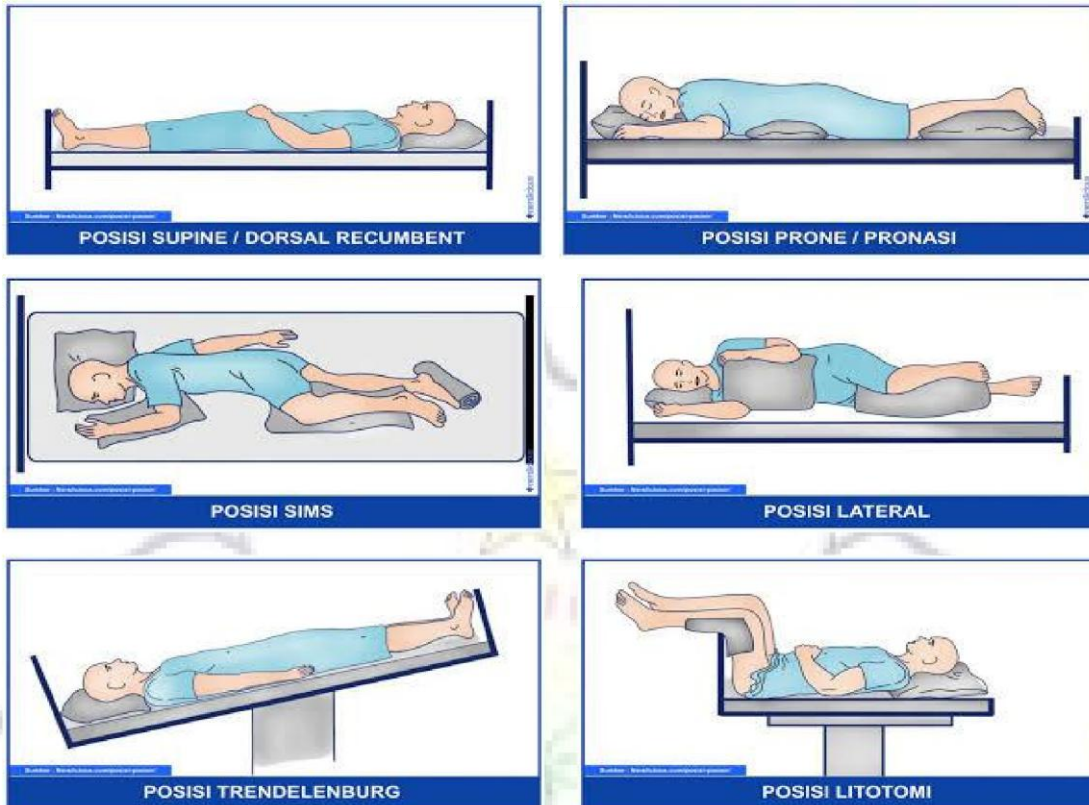
- a. Mempertahankan fungsi tubuh .
- b. Memperlancar peredaran darah .
- c. Membantu pernapasan menjadi lebih baik.
- d. Mempertahankan tonus otot .

3. Kontra Indikasi

- a. Miokard akut
- b. Distritmia jantung
- c. Syok sepsis
- d. Pasien dengan fraktur
- e. Trombus emboli pada pembuluh darah

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing - masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berpe - ran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.



Jenis-jenis Posisi (sumber gambar: nerslicious.com)

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosis Keperawatan:

- Gangguan Mobiltas Fisik
- Intoleransi Aktivitas
- Risiko luka tekan

Luaran Keperawatan:

- Mobiltas Fisik Meningkat
- Toleransi Aktivitas Meningkat
- Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih, jika perlu b. Bantal 		
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
5. Pasang sarung tangan, jika perlu		

6. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik		
7. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi		
8. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi		
9. Berikan posisi miring kanan selama maksimal 2 jam dan berikan sokongan bantal pada punggung		
10. Berikan posisi miring kiri selama maksimal 2 jam dan berikan sokongan bantal pada punggung		
11. Berikan posisi telentang selama maksimal 2 jam		
12. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi		
13. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk melakukan mobilisasi		
14. Lepaskan sarung tangan, jika menggunakan		
15. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
16. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respons pasien		
Total		

E. Tes Formatif

1. Tujuan mobilisasi fisik adalah:
 - a. Mempertahankan nutrisi
 - b. Memperlancar peredaran darah
 - c. Memperlancar eliminasi
 - d. Meningkatkan nyeri
2. Kontra indikasi mobilisasi fisik, kecuali:
 - a. Miokard akut
 - b. Syok sepsis
 - c. Pasien dengan fraktur
 - d. Distritmia jantung
 - e. Sesak nafas

F. Lembar kerja

.....

.....

.....

Praktikum 2 Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi

Kompetensi 1 Latihan Batuk Efektif

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang latihan batuk efektif dan mendemonstrasikan latihan batuk efektif dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

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

2. Tujuan

- Membebaskan jalan napas dari akumulasi sekret.
- Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostik
- Mengurangi sesak napas akibat akumulasi sekret.

3. Indikasi

Pada klien yang tidak mampu mengeluarkan sputum secara optimal

4. Kontra Indikasi

- Klien yang mengalami tekanan intra kranial (TIK) gangguan fungsi otak.
- Gangguan kardiovaskuler: Hipertensi Berat aneurisma, gagal jantung, infark miocard.
- Emphysema karena dapat menyebabkan ruptur dinding alveolar.
- Hemoptoe/batuk bercampur darah.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.


D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif - Gangguan Pertukaran Gas - Perlambatan Pemulihan Pascabedah - Disrefleksia Otonom 		
Luaran Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Bersihan Jalan Nafas Meningkatkan - Pertukaran Gas Meningkatkan - Pemulihan Pasca Bedah Meningkatkan - Disrefleksia Otonom Meningkatkan 		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih, jika perlu b. Tisu c. Bengkok dengan cairan desinfektan d. Suplai oksigen, jika perlu e. Pengalas atau underpad 		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Pasang sarung tangan bersih, jika perlu		
6. Identifikasi kemampuan batuk		
7. Atur posisi semi fowler dan fowler		
8. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik.		
9. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan selama 3 kali		

10. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3		
11. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran, jika perlu		
12. Rapihan pasien dan alat-alat yang digunakan		
13. Lepaskan sarung tangan		
14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
15. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		

E. Tes Formatif

1. Tujuan latihan batuk efektif yaitu:
 - a. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi secret
 - b. Memperlancar peredaran darah
 - c. Meningkatkan nafsu makan

- 
2. Kontra indikasi dari latihan batuk efektif, kecuali:
 - a. Gangguan fungsi otak
 - b. Batuk berdahak
 - c. Batuk bercampur dahak
 - d. Hipertensi berat

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

.....

Kompetensi 2 Fisioterapi Dada

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memobilisasi jalan napas melalui perkusi, getaran dan drainase postural.

2. Tujuan

- a. Membantu pernapasan.
- b. Membantu mengembangkan dan meningkatkan ekspansi paru.
- c. Menurunkan resistensi jalan napas.
- d. Mengatasi adanya obstruksi jalan napas.
- e. Meningkatkan pertukaran gas.
- f. Menurunkan kerja pernapasan.
- g. Merangsang batuk

3. Indikasi

- a. Penyakit neuromuskular/ Cystic Fibrosis seperti Gillan-Barre Syndrome.
- b. Penyakit paru seperti bronhitis, asma, pneumonia/chronic obstructive pulmonary disesase (COPD).
- c. Atelektasis akut.
- d. Tirah baring lama.
- e. Batuk tidak efektif.
- f. Bunyi suara napas ronchi.

4. Kontra Indikasi

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang Fisioterapi dada dan mendemonstrasikan Fisioterapi dada dengan baik dan benar.

- a. Cedera kepala/leher.
- b. Fraktur pada tulang costa.
- c. Terdapat luka pada dinding dada.
- d. Abses pada paru.

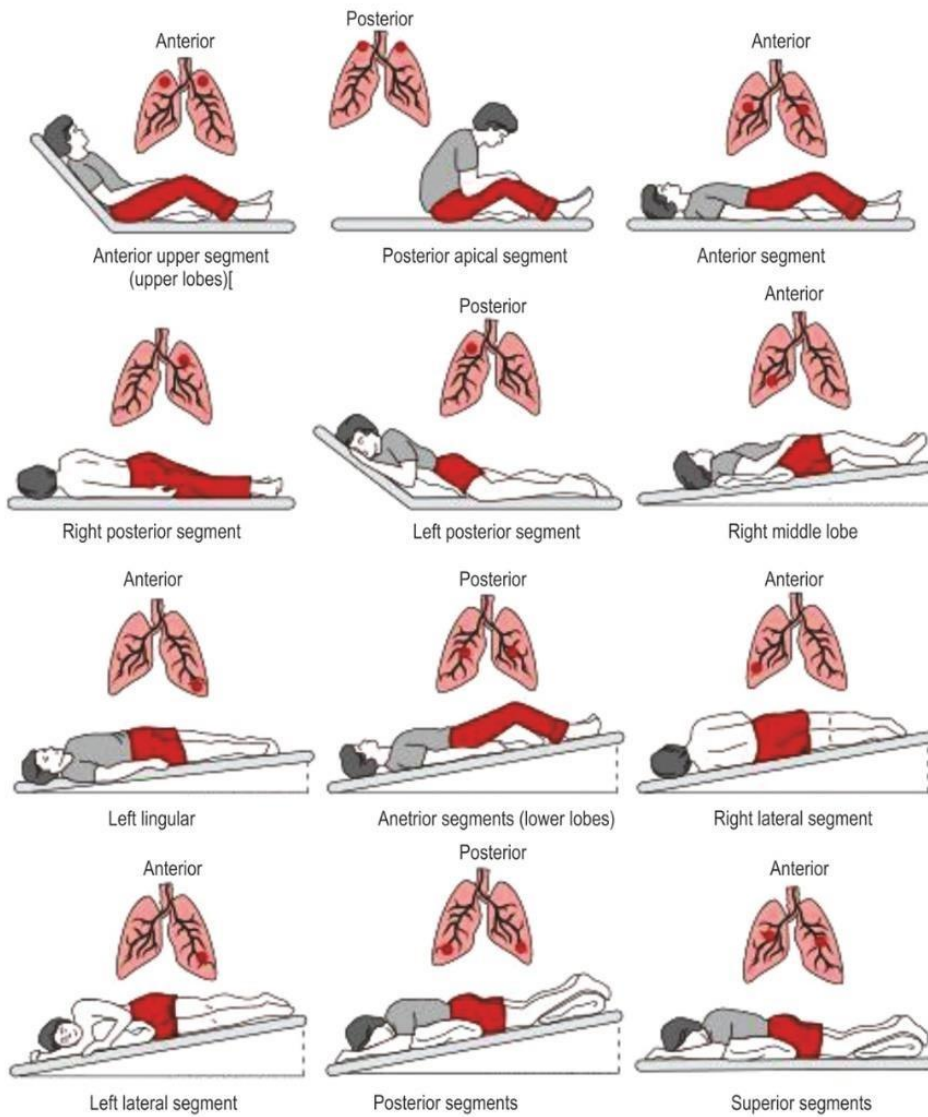
- e. Terpasang WSD.
- f. Edema Paru.
- g. Perdarahan paru/ hemoptysis.
- h. Emboli pada pulmonari
- i. Tuberkulosis.
- j. Cedera medulla spinalis.
- k. Trombocytopenia
- l. Pernah mengalami serangan jantung.
- m. Luka bakar, luka terbuka dan beberapa jenis pembedahan pada daerah dada.

5. Perhatian Khusus

- a. Lakukan fisioterapi dada satu jam sebelum makan atau 1-3 jam setelah makan .
- b. Berikan bronkodilator/inhaler dosis terukur jika di instruksikan atau berikan nebulisasi 15 menit sebelum prosedur .
- c. Tiap 1 posisi 3-10 menit, beberapa posisi 40-60 menit.
- d. Amati pasien selama terapi dilakukan terkait toleransi, seperti pola pernapasan, sianosis dan lain-lain.
- e. Berikan obat anti nyeri jika diinstruksikan, 15 sampai 20 menit sebelum prosedur dilakukan .
- f. Hentikan prosedur bila muncul takikardia, tekanan darah turun, palpitasi, sesak napas atau nyeri dada yang mengindikasikan hipoksemia.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melaksanakan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan catatan pada SOP yang digunakan.



Gambar Posisi Fisioterapi dada (Sumber google)

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif - Gangguan Pertukaran Gas - Gangguan Ventilasi Spontan 		
Luaran Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Bersihan Jalan Nafas Meningkatkan - Pertukaran Gas Meningkatkan - Ventilasi spontan meningkat 		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal alhir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Bengkok berisi cairan desinfektan c. Tisu d. Suplai oksigen, jika perlu e. Set <i>Suction</i>, jika perlu 		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. pakai sarung tangan bersih		
6. Periksa status pernapasan (meliputi frekuensi napas, kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan)		
7. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum		
8. Gunakan bantal untuk mengatur posisi		
9. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit		
10. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, daerah insisi, tulang rusuk yang patah		

11. Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut		
12. Lakukan penghisapan sputum, jika perlu		
13. Anjurkan batuk segera setelah prosedur sesuai		
14. Rapihan pasien dan alat-alat yang digunakan		
15. Lepaskan sarung tangan		
16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan, karakteristik sputum dan respons pasien		

E. Tes Formatif

1. Tujuan fisioterapi dada, kecuali:

- a. Membantu pernapasan
- b. Membantu mengembangkan dan meningkatkan ekspansi paru
- c. Meningkatkan resistensi jalan napas

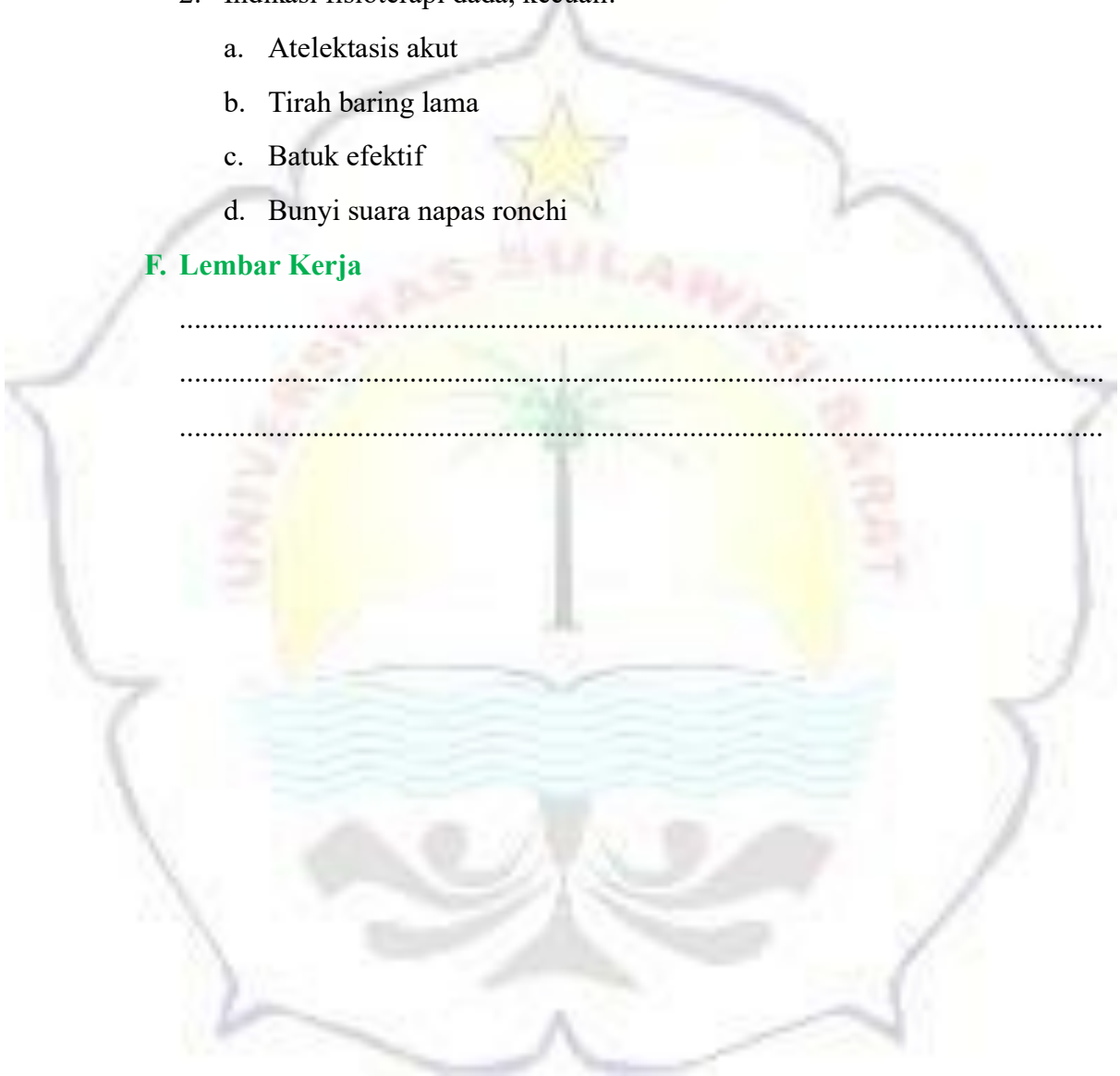
- d. Meningkatkan pertukaran gas
- 2. Indikasi fisioterapi dada, kecuali:
 - a. Atelektasis akut
 - b. Tirah baring lama
 - c. Batuk efektif
 - d. Bunyi suara napas ronchi

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....



Kompetensi 3 Pemberian Oksigen dengan Nasal Kanul

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemberian oksigen dengan nasal kanul dan mendemonstrasikan pemberian oksigen dengan nasal kanul dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memberikan tambahan oksigen dengan selang nasal untuk mencegah dan/atau mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

2. Tujuan

- a. Meringankan sesak napas
- b. Memberikan oksigen kadar rendah pada pasien .
- c. Memberikan pasokan oksigen selama aktivitas seperti makan, minum, dll tanpa terputus .

3. Indikasi

Terapi oksigen pada klien yang dapat bernapas secara spontan namun membutuhkan oksigen konsentrasi rendah hingga sedang.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing - masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan .



Tahana Oksigen



Nasal Kanul



D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:

- Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif
- Gangguan Pertukaran Gas
- Penurunan Curah Jantung
- Perfusi Perifer Tidak Efektif
- Risiko Penurunan Curah Jantung
- Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif
- Risiko Syok
- Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
- Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan
- Intoleransi Aktivitas
- Risiko Intoleransi Aktivitas

Luaran Keperawatan:

- Bersihan Jalan Nafas Meningkat
- Pertukaran Gas Meningkat
- Curah Jantung Meningkat
- Perfusi Perifer Meningkat
- Perfusi Miokard Meningkat
- Tingkat Syok Menurun
- Perfusi Perifer Meningkat
- Perfusi Serebral Meningkat
- Sirkulasi Spontan Meningkat
- Toleransi Aktivitas Meningkat

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		

2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :		
a. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)		
b. Selang nasal kanul		
c. <i>Flowmeter</i> oksigen		
d. <i>Humidifier</i>		
e. <i>Cairan</i> steril		
f. <i>Stetoskop</i>		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Tuangkan cairan steril ke <i>humidifier</i> sesuai batas		
6. Pasang <i>flowmeter</i> dan <i>humidifier</i> ke sumber oksigen		
7. Sambungkan selang nasal kanul		
8. Atur aliran oksigen 2-4 L/menit, sesuai kebutuhan		
9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul		
10. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung		
11. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya		
12. Monitor cuping, septum dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam		
13. Monitor Kecepatan oksigen dan status pernafasan (Frekuensi napas, Upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi		
14. Pasang tanda “oksigen sedang digunakan” di dinding dibelakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, jika perlu		
15. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan		
16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien:		
a. Metode pemberian oksigen		
b. Kecepatan oksigen		
c. Respons pasien		
d. Efek samping/merugikan yang terjadi		

Kompetensi 4 Pemberian Oksigen dengan Masker Wajah

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemberian oksigen dengan masker wajah dan mendemonstrasikan pemberian oksigen dengan masker wajah dengan baik.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memberikan tambahan oksigen dengan masker wajah atau sungkup sederhana (*simple mask*) untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

2. Tujuan

- Meringankan sesak napas .
- Memberikan oksigen kadar tinggi .

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing -masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.



Tabung



Simple Mask



D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:

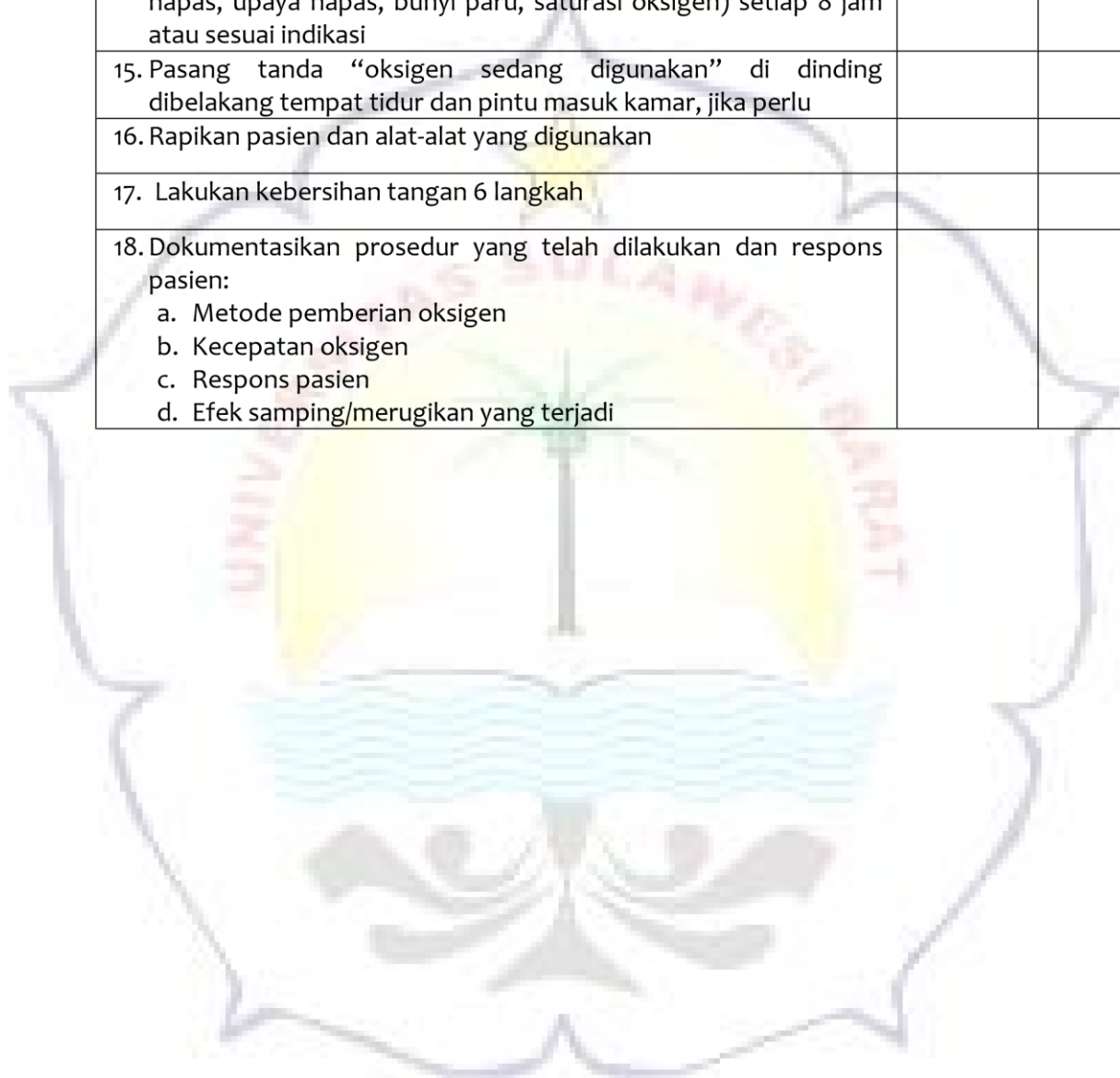
- Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif
- Gangguan Pertukaran Gas
- Penurunan Curah Jantung
- Perfusi Perifer Tidak Efektif
- Risiko Penurunan Curah Jantung
- Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif
- Risiko Syok
- Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
- Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan
- Intoleransi Aktivitas

Luaran Keperawatan:

- Bersihan Jalan Nafas Meningkatkan
- Pertukaran Gas Meningkatkan
- Curah Jantung Meningkatkan
- Perfusi Perifer Meningkatkan
- Perfusi Miokard Meningkatkan
- Tingkat Syok Menurun
- Perfusi Perifer Meningkatkan
- Perfusi Serebral Meningkatkan
- Sirkulasi Spontan Meningkatkan
- Toleransi Aktivitas Meningkatkan

PROSEDUR	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral) b. Selang masker wajah (<i>simple mask</i>) c. <i>Flowmeter</i> oksigen d. <i>Humidifier</i> e. Cairan steril f. Stetoskop		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Tuangkan cairan steril ke <i>humidifier</i> sesuai batas		
6. Pasang <i>flowmeter</i> dan <i>humidifier</i> ke sumber oksigen		
7. Sambungkan selang masker wajah ke <i>humidifier</i>		
8. Atur aliran oksigen 5-10 L/menit sesuai kebutuhan		
9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang sungkup sederhana		

10. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut		
11. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala		
12. Bersihkan kulit area mulut dan hidung serta masker setiap 2-3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu		
13. Monitor cuping, septum dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam		
14. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi		
15. Pasang tanda “oksigen sedang digunakan” di dinding dibelakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, jika perlu		
16. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan		
17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien: <ul style="list-style-type: none"> a. Metode pemberian oksigen b. Kecepatan oksigen c. Respons pasien d. Efek samping/merugikan yang terjadi 		



Kompetensi 5 Pemberian Oksigen dengan Masker *Rebreathing* dan *Non-Rebreathing*

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemberian oksigen dengan masker *rebreathing* dan *non-rebreathing* dan mendemonstrasikan pemberian oksigen dengan masker *rebreathing* dan *non-rebreathing* dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memberikan tambahan oksigen dengan masker *rebreathing* atau *non-rebreathing* untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

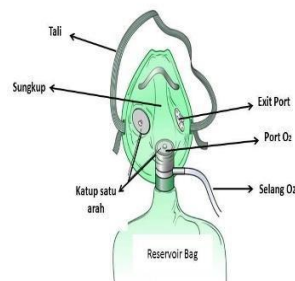
2. Tujuan

- Meringankan sesak napas
- Memberikan oksigen kadar tinggi

C. Tugas

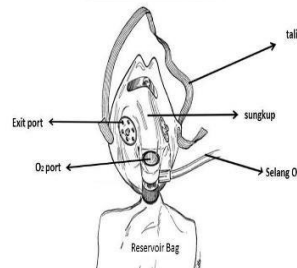
Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

Non Rebreathing Mask



Nw_opt0619

Rebreathing Mask



Nw_opt0619

Sumber gambar Google

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa keperawatan:

- Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif
- Gangguan Pertukaran Gas
- Penurunan Curah Jantung
- Perfusi Perifer Tidak Efektif
- Risiko Penurunan Curah Jantung
- Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif
- Risiko Syok
- Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
- Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan
- Intoleransi Aktivitas
- Risiko Intoleransi Aktivitas

Luaran Keperawatan:

- Bersihan Jalan Nafas Meningkat
- Pertukaran Gas Meningkat
- Curah Jantung Meningkat
- Perfusi Perifer Meningkat
- Perfusi Miokard Meningkat
- Tingkat Syok Menurun
- Perfusi Perifer Meningkat
- Perfusi Serebral Meningkat
- Sirkulasi Spontan Meningkat
- Toleransi Aktivitas Meningkat

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral) b. Selang masker <i>rebreathing</i> dan <i>non-rebreathing</i>		

9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang		
10. Pastikan oksigen mengisi kantung reservoir hingga mengembang		
11. Pasang masker menutupi hidung dan mulut		
12. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala		
13. Bersihkan kulit area mulut dan hidung serta masker setiap 2-3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu		
14. Monitor cuping, septum dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam		
15. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi		
16. Pasang tanda “oksigen sedang digunakan” di dinding dibelakang tempat tidur dan pintu masuk kamar, jika perlu		
17. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan		
18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
19. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien: <ul style="list-style-type: none"> a. Metode pemberian oksigen b. Kecepatan oksigen c. Respons pasien d. Efek samping/merugikan yang terjadi 		
<ul style="list-style-type: none"> c. <i>Flowmeter</i> oksigen d. <i>Humidifier</i> e. Cairan steril f. Stetoskop 		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Tuangkan cairan steril ke <i>humidifier</i> sesuai batas		
6. Pasang <i>flowmeter</i> dan <i>humidifier</i> ke sumber oksigen		
7. <i>Sambungkan</i> selang masker <i>rebreathing</i> atau <i>non-rebreathing</i> ke <i>humidifier</i>		
8. Atur aliran oksigen 8-12 L/menit (untuk masker <i>rebreathing</i>) atau 10-15 L/menit (untuk masker <i>non-rebreathing</i>)		

Kompetensi 1 Pemantauan Intake dan Output Cairan

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemantauan intake dan output cairan dan mendemonstrasikan pemantauan intake dan output cairan dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

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

2. Tujuan

- a. Mengetahui jumlah intake cairan.
- b. Mengetahui jumlah output cairan.
- c. Mengetahui balance cairan.
- d. Menentukan kebutuhan cairan .

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:

- Penurunan Curah Jantung
- Risiko penurunan curah jantung
- Risiko perfusi perifer tidak efektif
- Gangguan Sirkulasi Spontan
- Hipervolemia
- Hipovolemia
- Diare
- Nausea
- Risiko perfusi renal tidak efektif
- Risiko Perfusi gastrointestinal tidak efektif
- Risiko Hipovolemia
- Risiko Ketidakseimbangan elektrolit
- Risiko Syok

Luaran Keperawatan:

- Curah jantung meningkat
- Perfusi miokard meningkat
- Perfusi perifer meningkat
- Sirkulasi spontan meningkat
- Eliminasi fekal membaik
- Tingkat mual menurun
- Tingkat syok menurun
- Perfusi renal meningkat
- Perfusi gastrointestinal meningkat
- Keseimbangan Elektrolit Meningkat
- Keseimbangan Cairan meningkat

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Gelas ukur c. Format pemantauan <i>intake</i> dan <i>output</i> 		
4. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah		
5. Pasang sarung tangan bersih		
6. Ukur volume output cairan meliputi (urine, defekasi, muntah, NGT, dan drain)		
7. Ukur volume input cairan (meliputi minum, dan cairan intravena)		
8. Hitung balans cairan		
9. Lepaskan sarung tangan		
10. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah		
11. Hitung <i>insensible water loss</i> (IWL), <i>jika perlu</i>		
12. Hitung balans cairan sesuai periode waktu yang dibutuhkan (missal per jam, per 8 jam, per 12 jam, per 24 jam), <i>jika perlu</i>		
13. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>		
14. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan		

Kompetensi 2 Pemberian Cairan Intravena

A. Tujuan Materi Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemberian cairan intravena dan mendemonstrasikan pemberian cairan intravena dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Mempersiapkan dan memberikan cairan melalui jalur intravena.

2. Tujuan

- a. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit.
- b. Memperbaiki keseimbangan asam basa.
- c. Memperbaiki volume komponen-komponen darah.
- d. Memberikan jalan masuk untuk obat-obatan ke dalam tubuh.
- e. Memberikan nutrisi pada saat sistem pencernaan di istirahatkan.

3. Kontra Indikasi

- a. Inflamasi (bengkak, nyeri, demam) dan infeksi di lokasi pemasangan infus.
- b. Daerah lengan bawah pada klien dengan gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri -vena (A -V shunt) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.



Alat dan Bahan Pemasangan Infus

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:


- Hipovolemia
- Diare
- Risiko perfusi perifer tidak efektif
- Risiko syok
- Risiko ketidakseimbangan elektrolit
- Penurunan curah jantung
- Risiko penurunan curah jantung

Luaran Keperawatan:

- Keseimbangan cairan meningkat
- Eliminasi fekal membaik
- Tingkat syok menurun
- Keseimbangan elektrolit meningkat
- Perfusi perifer meningkat
- Curah jantung meningkat

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Torniket c. Kateter intravena sesuai ukuran (bayi/anak No 24, Dewasa no 20 atau 22, Geriatri no 22 atau 24) d. Alcohol swab e. Balutan transparan atau kasa f. Plester g. Set infus atau injection plug 		

<ul style="list-style-type: none"> h. Cairan infus, jika perlu i. Pengalas j. Bengkok 		
4. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah		
5. Siapkan cairan infus (jika akan diberikan terapi cairan) <ul style="list-style-type: none"> a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah bilik (chamber) infus dengan cairan infus c. Alirkan cairan sehingga seeluruh selang infus terisi cairan d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus 		
6. Atur posisi senyaman mungkin <ul style="list-style-type: none"> a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah bilik (chamber) infus dengan cairan infus c. Alirkan cairan sehingga seeluruh selang infus terisi cairan d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus 		

 <p>7. Atur posisi senyaman mungkin</p> <ol style="list-style-type: none"> Vena pada ekstremitas non-dominan, kecuali kontraindikasi (seperti terdapat luka, fistula, untuk dialysis, Riwayat mastektomi) Vena yang lurus, cukup besar, dapat dipalpasi, dan jauh dari persendian 	
8. Letakkan pengalas dibawah lengan pasien	
9. Pasang sarung tangan bersih	
<p>10. Dilatasi vena dengan memasang torniket 15 – 20 cm diatas vena yang akan diinsersi, dan/atau beberapa metode ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> Posisikan vena insersi lebih rendah dari jantung Kepalkan telapak tangan Ketuk-ketuk dengan lembut menggunakan ujung jari Masase dari arah distal ke proksimal dibawah vena yang akan diinsersi Kompres hangat pada area insersi 	
11. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan alcohol swab	

16. Lepaskan torniket		
17. Tekan ujung kateter yang berada didalam vena dan lepaskan stilet dari kateter		
18. Sambungkan kateter intravena dengan set infus atau injection plug		
19. Pasangkan balutan transparan pada area insersi		
20. Berikan label pada dressing dan tuliskan tanggal dan waktu pemasangan		
21. Rapikan pasien dan peralatan yang telah digunakan		
22. Lepaskan sarung tangan		
23. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah		
24. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien		
12. Regangkan kulit dibawah vena yang akan diinsersi dengan menggunakan tangan yang non-dominan		
13. Insersikan kateter pada vena dengan sudut 10-30° dengan tangan dominan		
14. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang kateter dan tarik sedikit stilet		
15. Dorong kateter hingga mencapai pangkalnya		



E. Tes Formatif

1. Tujuan pemberian cairan intravena, kecuali:
 - a. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
 - b. Memperbaiki keseimbangan asam basa
 - c. Memperbaiki komponen-komponen darah
 - d. Semua benar

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

Praktikum 4 Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Kompetensi Dukungan Tidur

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang dukungan tidur dan mendemonstrasikan dukungan tidur dengan baik dan benar.

B. Defenisi

Memfasilitasi agar siklus tidur dan terjaga pasien teratur.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Kesiapan peningkatan tidur- Keletihan		
Luaran Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Pola tidur membaik- Tingkat keletihan menurun		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Identifikasi pola aktivitas dan tidur		
4. Identifikasi faktor pengganggu tidur		
5. Siapkan lingkungan yang mendukung tidur: <ul style="list-style-type: none">a. Atur pencahayaan ruanganb. Minimalkan kebisinganc. Atur suhu ruangan sejukd. Bersihkan dan rapikan tempat tidure. Batasi waktu berkunjung menjelang jadwal tidur		

6. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
7. Tetapkan bersama pasien jadwal tidur rutin		
8. Anjurkan melakukan olahraga/aktivitas fisik rutin dipagi hari		
9. Batasi waktu tidur siang, jika <i>perlu</i>		
10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
11. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien		



Praktikum 5 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Kompetensi Pemasangan Selang Nasogastrik

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemasangan selang nasogastrik dan mendemonstrasikan pemasangan selang nasogastrik dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Mempersiapkan dan memasang selang yang dimasukkan melalui lubang hidung, melewati tenggorokan sampai kedalam lambung.

2. Tujuan

- Dekompresi lambung (mengeluarkan cairan dan gas).
- Menentukan jumlah tekanan dan aktivitas motorik saluran pencernaan (tujuan diagnostik).
- Mencuci lambung (mengirigasi lambung pada kasus perdarahan aktif atau keracunan).
- Mendapatkan bahan (bahan lambung) untuk pemeriksaan laboratorium.
- Memasukkan makanan cair/obat-obatam cair.

3. Indikasi

- Klien yang tidak dapat makan/menelan secara langsung atau klien tidak sadar.
- Klien yang terus menerus tidak mau makan sehingga membahayakan kesehatan.
- Klien yang muntah terus menerus
- Klien yang tidak dapat mempertahankan nutrisi oral adekuat.
- Perdarahan gastrointestinal
- Obstruksi saluran cerna

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing -masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.



Alat dan Bahan Pemasangan Nasogastrik Tube



4. Kontra Indikasi

- a. Fraktur tulang wajah dan dasar tengkorak.
- b. Klien dengan operasi esofagus dan lambung.

D. Prosedur dan lembar chek list

Diagnosa Keperawatan:

- | | |
|--------------------------|---|
| - Defisit Nutrisi | - Gangguan Menelan |
| - Risiko Defisit Nutrisi | - Disfungsi Motalitas Gastrointestinal |
| - Risiko Aspirasi | - Risiko Disfungsi Motalitas Gastrointestinal |

Luaran Keperawatan:

- Status Nutrisi Membaik
- Status Menelan Membaik
- Tingkat Aspirasi Menurun
- Motalitas Gastrointestinal Membaik

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. Sarung tangan bersih b. Selang nasogastric sesuai ukuran c. Jeli d. Catheter tip atau spuit sesuai kebutuhan e. Stetoskop f. Plester g. Tisu h. Bengkok i. Pengalas j. Kertas Ph, jika perlu		
4. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah		

auskultasi bunyi udara pada lambung b. Aspirasi cairan lambung c. Cek keasaman cairan lambung dengan kertas pH		
16. Fiksasi selang nasogastrik pada hidung dengan plester		
17. Rapiakan pasien dan alat-alat yang telah digunakan		
18. Lepaskan sarung tangan		
19. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
20. Dokumentasikan ukuran NGT, Panjang NGT yang dimasukkan, lubang hidung yang digunakan, pengecekan posisi NGT yang dilakukan dan respons pasien selama prosedur		
5. Pasang sarung tangan bersih		
6. Posisikan semi-Fowler		
7. Letakan pengalas di dada pasien		
8. Tentukan Panjang selang nasogastrik dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus		
9. Tandai Panjang selang yang telah diukur		
10. Periksa kepatenan lubang hidung		
11. Lumasi ujung selang nasogastrik sekitar 10 cm dengan jeli		
12. Masukkan secara perlahan tapi tegas melalui lubang hidung sampai batas yang telah diukur		
13. Anjurkan menundukan kepala saat selang nasogastrik mencapai nasofaring		
14. Anjurkan menelan saat nasogastrik dimasukkan		
15. Periksa posisi ujung selang dengan cara : a. Memasukkan sekitar 10 mL udara ke dalam selang dan		

E. Tes Formatif

1. Tujuan pemasangan selang nasogatrik, yaitu:
 - a. Memasukkan makanan cair/obat-obatan cair
 - b. Dekompresi lambung
 - c. Mencuci lambung
 - d. Semua benar
2. Indikasi pemasangan selang nasogatrik, yaitu:
 - a. Klien yang muntah terus menerus
 - b. Klien yang dapat mempertahankan nutrisi oral adekuat
 - c. Klien yang mau makan
 - d. Klien yang dapat menelan makanan secara langsung

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

Praktikum 6 Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

Kompetensi 1 Masase Abdomen

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang masase abdomen dan mendemonstrasikan masase abdomen dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Melakukan Pemijatan pada abdomen untuk memperbaiki sirkulasi darah dan system pencernaan serta peningkatan kenyamanan.

2. Tujuan

- Untuk mengurangi kebutuhan obat pencahar dalam jangka waktu yang lama.
- Untuk membantu meredakan perut kembung (masuk angin) atau konstipasi.
- Untuk mengurangi terjadinya overloading usus dan masalah kesehatan akibat konstipasi.

3. Indikasi

- Pasien dengan sembelit akut ataupun kronis.
- Kram perut karena kembung.
- Pasien yang memiliki masalah dengan pengosongan perut.
- Pasien yang menggunakan laksatif secara teratur untuk merangsang pengeluaran feses.

4. Kontra Indikasi

- Seseorang yang memiliki riwayat obstruksi usus akibat pertumbuhan jaringan abnormal atau tumor malignan.
- Pasien yang memiliki penyakit radang usus seperti, penyakit *crohn* atau *colitis ulserativa*.
- Spactic colon, Irritable Bowel Syndrome (IBS)*.
- Cedera tulang belakang.

e. Post operasi pada daerah abdomen atau adanya jaringan parut pada area abdomen.

f. Ibu hamil.

g. Pasien yang memiliki riwayat hernia.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan eliminasi fekal - Konstipasi - Gangguan Rasa Nyaman - Risiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif 		
Luaran Keperawatan:		
<ul style="list-style-type: none"> - Emininasi Fekal Membaik - Perfusi Gastrointestinal Meningkatkan - Status Kenyamanan Meningkatkan 		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Minyak kelapa atau minyak zaitun b. Handuk 		
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
5. Posisikan pasien barbering di tempat tidur		
6. Periksa adanya luka, nyeri atau kondisi lainnya sebelum melakukan pemijatan		
7. Letakan handuk di dada dan di bawah area abdomen		
8. Tuangkan minyak ke telapak tangan dan oleskan ke area abdomen		
9. Pijat abdomen dengan Gerakan memutar searah jarum jam		

10. Pijat area abdomen dengan Gerakan membentuk garis dari bagian bawah dada menuju pubis, dari kiri ke kanan dengan jarak 3 cm		
11. Lakukan pemijatan selama 10-15 menit		
12. Rapikan pasien dan berikan posisi nyaman		
13. Lakukan kebersihan 6 langkah		
14. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		

E. Tes Formatif

- 1 Tujuan masase abdomen, yaitu:
 - a. Untuk mengurangi kebutuhan obat pencahar dalam jangka waktu yang lama.
 - b. Untuk membantu meredakan perut kembung (masuk angin) atau konstipasi.
 - c. Untuk mengurangi terjadinya overloading usus dan masalah kesehatan akibat konstipasi.
 - d. Semua benar
2. Indikasi masase abdomen, kecuali:
 - a. Pasien dengan sembelit akut ataupun kronis
 - b. Kram perut karena kembung
 - c. Pasien yang menggunakan laksatif secara teratur untuk merangsang pengeluaran feses
 - d. Pasien kondisi normal

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

Kompetensi 2 Pemasangan Kateter Urine laki-laki

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemasangan kateter urine laki-laki dan mendemonstrasikan pemasangan kateter urine laki-laki dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memasukkan selang kateter urine dalam kandung kemih melalui uretra pada pasien laki-laki.

2. Tujuan

- Menghilangkan distensi kandung kemih.
- Mengosongkan kandung kemih secara lengkap.

3. Indikasi

- Pasien dengan gangguan eliminasi urine.
- Pasien dengan pemantauan output.
- Pasien preoperasi dan Post operasi.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar chek list

Diagnosa Keperawatan:

- Gangguan Eliminasi Urine - Gangguan Rasa Nyaman

- Inkontinensia Urine - Nyeri Akut
- Retensi Urine - Risiko Infeksi

Luaran Keperawatan:

- Eliminasi Urine Membaik - Tingkat Infeksi Menurun
- Kontinensia Urine Membaik - Tingkat Nyeri Menurun
- Status Kenyamanan Meningkatkan

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan steril b. Kateter urine sesuai ukuran c. Urine bag dan penggantungnya d. Spuit yang berisi 20 mL aquades/NaCl atau sesuai anjuran pabrik e. Jeli lidokain 2% f. Cairan antiseptic g. Sarung tangan bersih h. Kom bersih i. Wadah sampel urine, jika perlu j. Kapas/kasa dan cairan antiseptik k. Pengalas l. Bengkok m. Sampiran 		
4. Jaga privasi dengan memasang sampiran		
5. Atur posisi telentang dengan kaki abduksi		
6. Letakan pengalas di bawah bokong		
7. Tutup area pinggang dengan selimut		
8. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
9. Pasang sarung tangan bersih		
10. Bersihkan area genitalia dengan kapas/kasa dan cairan antiseptic		
11. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih		

12. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di alas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik		
13. Pasang sarung tangan steril		
14. Sambungkan kateter dengan <i>urine bag</i>		
15. Pegang penis tegak lurus dengan tangan nondominan dan masukkan 10 mL jeli ke dalam meatus uretra dengan tangan dominan		

16. Tutup meatus uretra dengan jari telunjuk selama 1-2 menit		
17. Masukkan kateter ke dalam meatus uretra secara perlahan dengan tangan dominan sampai pangkal kateter sambil menganjurkan tarik napas dalam		
18. Lakukan fiksasi internal dengan memasukan aquades/NaCl untuk mengembangkan balon kateter		
19. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih		
20. Lepaskan sarung tangan steril		
21. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester di area abdomen bawah dengan penis mengarah ke dada		
22. Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari pasien		
23. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari urine bag, jika perlu		
24. Lepaskan sarung tangan bersih		
25. Rapikan pasien dan alat yang digunakan		
26. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
27. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan (warna urine, jumlah urine yang keluar, jumlah aquades/NaCl untuk mengembangkan balon, tanggal/waktu dipasang) dan respons pasien		



Kompetensi 3 Pemasangan Kateter Urine Perempuan

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang pemasangan kateter urine perempuan dan mendemonstrasikan pemasangan kateter urine perempuan dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memasukkan selang kateter urine dalam kandung kemih melalui uretra pada pasien perempuan.

2. Tujuan

- Menghilangkan distensi kandung kemih.
- Mengosongkan kandung kemih secara lengkap.

3. Indikasi

- Pasien dengan gangguan eliminasi urine.
- Pasien dengan pemantauan output.
- Pasien preoperasi dan Post operasi.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan:

- Gangguan Eliminasi Urine - Gangguan Rasa Nyaman
- Inkontinensia Urine - Nyeri Akut

- Retensi Urine - Risiko Infeksi		
Luaran Keperawatan:		
- Eliminasi Urine Membaik - Tingkat Infeksi Menurun		
- Kontinensia Urine Membaik - Tingkat Nyeri Menurun		
- Status Kenyamanan Meningkatkan		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur		

<p>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan steril b. Kateter urine sesuai ukuran c. Urine bag dan penggantungnya d. Spuit yang berisi 20 mL aquades/NaCl atau sesuai anjuran pabrik e. Jeli lidokain 2% f. Cairan antiseptic g. Sarung tangan bersih h. Kom bersih i. Wadah sampel urine, jika perlu j. Kapas/kasa dan cairan antisepeptik k. Pengalas l. Bengkok m. Sampiran 		
4. Jaga privasi dengan memasang sampiran		
5. Atur posisi <i>dorsal recumbent</i> (kedua lutut dilipat diregangkan /dibuka)		
6. Letakan pengalas di bawah bokong		
7. Tutup area pinggang dengan selimut		
8. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
9. Pasang sarung tangan bersih		
10. Bersihkan area perineum dengan kapas/kasa dan cairan antiseptic		
11. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih		

menganjurkan tarik napas dalam		
18. Perhatikan adanya aliran urine dalam <i>selang urine</i>		
19. Lakukan fiksasi internal dengan memasukan aquades/NaCl untuk mengembungkan balon kateter		
20. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih		
21. Lepaskan sarung tangan steril		
22. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester di area abdomen bawah dengan penis mengarah ke dada		
23. Gantungkan <i>urine bag</i> dengan posisi lebih rendah dari pasien		
24. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari <i>urine bag, jika perlu</i>		
25. Lepaskan sarung tangan bersih		
26. Rapikan pasien dan alat yang digunakan		
27. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
28. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan (warna urine, jumlah urine yang keluar, jumlah aquades/NaCl untuk mengembungkan balon, tanggal/waktu dipasang) dan respons pasien		
12. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di alas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik		
13. Pasang sarung tangan steril		
14. Sambungkan kateter dengan <i>urine bag</i>		
15. Lumasi ujung kateter 2,5-5 cm dengan jeli		
16. Buka kedua labia minora dengan ibu jari dan telunjuk tangan nondominan		
17. Masukkan kateter 5-7,5 cm ke dalam meatus uretra secara perlahan dengan tangan dominan sampai pangkal kateter sambil		

Praktikum 7 Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Kompetensi 1 Terapi Relaksasi Otot Progresif

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang terapi relaksasi otot progresif dan mendemonstrasikan terapi relaksasi otot progresif dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Menggunakan tehnik penegangan dan peregangan otot untuk meredakan ketegangan otot, ansietas, nyeri serta meningkatkan kenyamanan, konsentrasi dan kebugaran.

2. Tujuan

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, dan laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f. Mengatasi insomnia.
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

<p>Diagnosa Keperawatan: - Ansietas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan rasa nyaman - Nyeri akut - Nyeri kronis 		
<p>Luaran Keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat ansietas menurun - Tingkat kenyamanan meningkat - Tingkat nyeri menurun 		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		

 <p>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sarung tangan bersih, jika diperlukan Kursi dengan sandaran, jika perlu Bantal Jam tangan pengukur waktu Spigmomanometer Thermometer 		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu		
6. Tempatkan pasien di tempat aman dan nyaman		
7. Anjurkan menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman		
8. anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi		
9. Latihan pada otot yang tegang: anjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik , masing-masing 8-16 kali		

dan suhu		
13. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan		
14. Lepaskan sarung tangan		
15. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
16. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		
10. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram.		
11. Anjurkan bernapas dalam dan perlahan		
12. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah		

E. Tes Formatif

1. Tujuan terapi relaksasi otot progresif , kecuali:
 - a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan pun ggung, tekanana darah tinggi, frekuensi jantung dan laju metabolik
 - b. Mengurangi distritmia jantung
 - c. Menurunkan gelombang alfa otak
 - d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi

F. Lembar Kerja

.....

.....

Kompetensi 2 Terapi Relaksasi Nafas Dalam

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang terapi relaksasi napas dalam dan mendemonstrasikan terapi relaksasi napas dalam dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Menggunakan teknik napas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot atau kecemasan.

2. Tujuan

- a. Mengurangi dan mengatasi nyeri ringan dan sedang
- b. Menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot.
- c. Mengurangi kecemasan.
- d. Meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosa Keperawatan: -

- Ansietas
- Gangguan rasa nyaman

- Nyeri akut
- Nyeri kronis

Luaran Keperawatan:

- Tingkat ansietas menurun
- Tingkat kenyamanan meningkat
- Tingkat nyeri menurun

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih, jika diperlukan b. Kursi dengan sandaran, jika perlu c. Bantal 		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu		
6. Tempatkan pasien di tempat aman dan nyaman		

 <p>7. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p>		
<p>8. Latih melakukan Teknik napas dalam:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan tutup mata untuk konsentrasi Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik 		
<p>9. Monitor respons pasien selama dilakukan prosedur</p>		
<p>10. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan</p>		

11. Lepaskan sarung tangan		
12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
13. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		

Kompetensi 3 Teknik Imajinasi Terbimbing

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum di harapkan mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan teori tentang Teknik imajinasi terbimbing

mendemonstrasikan teknik imajinasi terbimbing dengan baik dan benar.

B. Defenisi

Membentuk imajinasi dengan menggunakan semua indera melalui pemrosesan kognitif dengan mengubah objek, tempat wisata, peristiwa atau situasi untuk meningkatkan relaksasi, meningkatkan kenyamanan dan meredakan nyeri.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing -masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

Diagnosa Keperawatan:

- Nyeri Akut
- Nyeri Kronik
- Nyeri Melahirkan
- Gangguan Rasa Nyaman
- Ansietas
- Distress spiritual
- Gangguan pola tidur

Luaran Keperawatan:

- Tingkat nyeri menurun
- Status kenyamanan meningkat
- Tingkat ansietas menurun
- Status spiritual membaik
- Pola tidur membaik

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Sediakan ruangan yang aman dan nyaman		
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
5. Atur posisi pasien senyaman mungkin		
6. Identifikasi masalah yang dialami		
7. Anjurkan membayangkan suatu tempat yang sangat menyenangkan yang pernah dan ingin dikunjungi (seperti gunung dan pantai)		
8. Anjurkan membayangkan berada dalam kondisi yang sehat, Bersama dengan orang yang dikasihi/dicintai dalam suasana yang nyaman		
9. Periksa respon perubahan emosional		

10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
11. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		



Praktikum 8 Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan dan Perawatan Diri

Kompetensi 1 Dukungan Perawatan Diri Mandi

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang perawatan diri mandi dan mendemonstrasikan perawatan diri mandi dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan membersihkan tubuh dengan air.

2. Tujuan

- Menyingkirkan mikro -organisme produk sekresi, ekskresi tubuh, serta sel -sel kulit mati.
- Merangsang sirkulasi .
- Memberikan perasaan segar pada pasien .
- Memberikan rasa relaks dan nyaman .
- Meningkatkan harga diri .
- Mencegah atau menghilangkan bau tidak sedap .

3. Perhatian Khusus

- Minta bantuan bila dibutuhkan pada kasus -kasus pasien tidak berdaya/tidak sadar .
- Jika pasiennya adalah pasien obesitas atau tidak dapat bergerak di atas ranjang, perawat dapat berpindah dari satu sisi ke sisi yang lain untuk mendapatkan posisi tub uh yang baik .
- Periksa kondisi umum pasien sebelum memandikan. Bila kondisinya tidak stabil, jangan dimandikan .

4. Indikasi

- Pada pasien bedrest.
- Pada pasien yang tidak dapat dan tidak di izinkan mandi sendiri.
- Pada pasien yang baru yang dalam keadaan kotor.

5. Kontra Indikasi

- a. Pada pasien luka bakar.
- b. Pada pasien yang terpasang alat-alat kesehatan.

Diagnosa Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Defisit perawatan diri- Gangguan mobilitas fisik		
Luaran Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Perawatan diri meningkat- Mobilitas fisik meningkat		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.



Alat dan bahan Memandikan pasien

D. Prosedur dan lembar cek list

3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:		
a. Sarung tangan bersih		
b. Handuk mandi 2 buah		
c. Selimut mandi		
d. Sabun mandi		
e. Waskom 2 buah berisi air hangat (43-46°C).		
f. Pakaian bersih		
g. Linen tambahan, jika perlu		
h. Lotion		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Pasang sarung tangan bersih		
6. Jaga privasi pasien		
7. Buka pakaian pasien dan perhatikan adanya luka, selang infus atau alat-alat kesehatan lainnya.		
8. Bersihkan area kepala/wajah:		
a. Letakan handuk di dada		
b. Bersihkan mata dari akntus sebelah dalam keluar, lalu keringkan		
c. Bersihkan wajah dan telinga, lalu keringkan		
9. Bersihkan area lengan:		
a. Letakan handuk memanjang di bawah lengan		
b. Bersihkan lengan terjauh terlebih dahulu		
c. Bersihkan tangan sampai ketiak dengan asupan memanjang dan tegas dari distal ke proksimal, alu keringkan		



10. Letakan handuk di atas dada dan abdomen.

11. Bersihkan area dada:

- a. Lipat handuk area dada ke arah umbilicus
- b. Bersihkan dada dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan

12. Bersihkan area abdomen:

- a. Lipat handuk area abdomen ke arah dada
- b. Bersihkan abdomen dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan

13. Bersihkan area kaki:		
a. Tutup kaki dengan selimut mandi		
b. Bersihkan kaki terjauh terlebih dahulu		
c. Buka selimut pada kaki yang akan dibersihkan. Lalu pasang handuk memanjang dibawahnya		
d. Bersihkan kaki dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan		
14. Bersihkan area punggung:		
a. Tutup badan pasien dengan selimut mandi		
b. Atur posisi pasien miring		
c. Letakan handuk disepanjang punggung dan bokong		
d. Bersihkan punggung dengan usapan memanjang dan tegas dari area leher hingga bokong, lalu keringkan		
e. Lakukan pemijatan pada punggung dan berikan lotion, jika		

perlu f. Bersihkan area genitalia. Lalu di keringkan		
15. Fasilitasi mengenakan pakaian		
16. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan		
17. Lepaskan sarung tangan		
18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
19. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		

E. Tes Formatif

1. Tujuan perawatan diri mandi, yaitu :
 - a. Menyingkirkan mikro -organisme produk sekresi, ekskresi tubuh, serta sel kulit mati
 - b. Merangsang sirkulasi
 - c. Memberikan perasaan segar pasien
 - d. Semua benar
2. Indikasi perawatan diri mandi, kecuali:
 - a. Pada pasien bedrest
 - b. Pada pasien yang tidak dapat dan tidak diizinkan mandi sendiri
 - c. Pada pasien yang baru dalam keadaan kotor
 - d. Pasien yang mampu ke kamar mandi dan mandi sendiri

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

.....

Kompetensi 2 Dukungan Perawatan Diri Berpakaian

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang dukungan perawatan diri berpakaian dan mendemonstrasikan dukungan perawatan diri berpakaian dengan baik dan benar.

B. Defenisi

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar chek list

Diagnosis Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Defisit perawatan diri- Gangguan mobilitas fisik		
Luaran Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Perawatan diri meningkat- Mobilitas fisik meningkat		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none">a. Sarung tangan bersih, jika perlub. Kasa sterilc. Air bersih dalam tempatnyad. Bengkok		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Pasang sarung tangan bersih, jika perlu		
6. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau		
7. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan		
8. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu		

9. Fasilitasi berhias (seperti menyisir rambut, merapikan kumis dan jenggot)		
10. Jaga privasi pasien selama berpakaian		
11. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri		
12. Lepaskan sarung tangan		
13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
14. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		



Kompetensi 3 Perawatan Rambut

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang perawatan rambut dan mendemonstrasikan perawatan rambut dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Mengidentifikasi dan merawat kesehatan rambut dan kulit kepala serta mencegah terjadinya komplikasi .

2. Tujuan

- a. Membersihkan kulit kepala dan rambut.
- b. Menghilangkan bau dan memberikan rasa nyaman.

3. Perhatian Khusus

- a. Pertimbangkan sisi budaya, agama dan keinginan pasien.
- b. Hati-hati bila memposisikan pasien yang terpasang jalur vena sentral.

4. Indikasi

- a. Klien yang rambutnya kotor dan tidak memungkinkan ke kamar mandi
- b. Pada klien yang akan menjalani operasi besar.

5. Kontra Indikasi

- a. Cedera kepala dan leher.
- b. Cedera medulla spinalis.
- c. Operasi punggung dan leher.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list.

Diagnosis Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Defisit perawatan diri- Defisit pengetahuan		
Luaran Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Perawatan diri meningkat- Tingkat pengetahuan meningkat		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		

 <p>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sarung tangan bersih Kain penutup wajah Handuk Shampoo Air Teko/gayung Wadah penampungan air bekas Pengalas tahan air Perlak atau alat khusus cuci rambut Apron Sisir Nampan atau troli untuk peralatan Penegring rambut Skerem atau tirai 	
4. Lakukan kebersihan 6 langkah	
5. Pasang celemek	
6. Jaga privasi dengan memasang tirai	
7. Posisikan posisi nyaman.	
8. Atur ketinggian tempat tidur	
9. Angkat bantal pasien	
10. Pasang pengalas bawah kepala, leher dan bahu	
11. Pasang perlak gulung sebagai talang air bekas atau alat khusus cuci rambut di bawah kepala	
12. Tempatkan wadah penampung air bekas	

21. Lakukan pijatan kulit kepala dengan jari tangan		
22. Bilas rambut dengan air hingga bersih		
23. Angkat perlak gulung atau alat khusus cuci rambut dari bawah kepala		
24. Letakan kepala pasien di atas pengalas		
25. Buka tutup wajah pasien		
26. Keringkan rambut dengan pengering rambut		
27. Sisir rambut pasien		
28. Angkat pengalas dan handuk di dada pasien		
29. Pasang bantal pasien		
30. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan		
31. Lepaskan sarung tangan		
32. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
33. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		
13. Masukkan ujung perlak gulung atau alat khusus cuci rambut ke wadah air bekas		
14. Tutupi dada dengan handuk		
15. Instruksikan menutup mata		
16. Tutup wajah dengan kain penutup		
17. Lepas perhiasan rambut, jika ada		
18. Pasang sarung tangan bersih		
19. Basahi rambut dengan menggunakan gayung/teko		
20. Olesi rambut dengan shampoo hingga merata		

The logo of Universitas Sulawesi Barat is a large, stylized emblem. It features a yellow star at the top, a central sun with rays, and a palm tree. The text 'UNIVERSITAS SULAWESI BARAT' is written in a circular path around the central elements. Below the sun, there are blue wavy lines representing water, and at the bottom, there are two stylized human figures holding hands.

E. Tes Formatif

1. Kontra indikasi perawatan rambut, yaitu:
 - a. Cedera kepala
 - b. Cedera medulla spinalis
 - c. Operasi punggung dan leher

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

Kompetensi 4 Perawatan Kuku

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang perawatan kuku dan mendemonstrasikan perawatan kuku dengan baik dan benar.

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

2. Tujuan

- a. Menjaga agar kaki tetap kering dan bersih .
- b. Mengajarkan pasien cara yang benar dalam melakukan inspeksi semua permukaan kaki dan tangan untuk melihat apakah ada lesi, kekeringan atau tanda infeksi .
- c. Memotong kuku agar tetap pendek untuk mencegah terjadinya cedera .
- d. Mencegah akumulasi kotoran dan mikro-organisme di bawah kuku.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar cek list

Diagnosis Keperawatan:

- Defisit perawatan diri
- Deficit pengetahuan
- Risiko gangguan integritas kulit

Luaran Keperawatan:

- Perawatan diri meningkat
- Integritas kulit dan jaringan meningkat
- Tingkat pengetahuan meningkat

Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none">a. Sarung tangan bersihb. Gunting kukuc. Waskom berisi air hangatd. Handuke. Sabunf. pengalasan		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		

5. Pasang pengalas dibawah kaki		
6. Pasang sarung tangan bersih		
7. Letakan pengalas diatas tempat tidur.		
8. Tempatkan Waskom berisi air hangat diatas pengalas		
9. Rendam jari-jari pasien di Waskom berisi air hangat dan sabun		
10. Pototong kuku tangan dan kaki mengikuti bentuk normal jari (tidak terlalu dekat dengan dasar kulit).		
11. Cuci jari tangan dan kaki serta keringkan dengan serta keringkan dengan handuk		
12. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan		
13. Lepaskan sarung tangan		
14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
15. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		

Kompetensi 5 Perawatan Mulut

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori tentang perawatan Mulut dan mendemonstrasikan perawatan mulut dengan baik dan benar.

B. Uraian Materi

1. Defenisi

Mengidentifikasi dan me rawat kesehatan mulut serta mencegah terjadinya komplikasi.

2. Tujuan

- a. Menjaga kesehatan mulut, gigi, gusi dan bibir
- b. Membersihkan mulut dari sisa -sisa makanan, plak, dan bakteri
- c. Menghilangkan rasa tidak nyaman akibat bau dan rasa yang tidak sedap
- d. Meningkatkan kondisi kesehatan rasa nyaman serta merangsang nafsu makan
- e. Mencegah tertinggalnya sisa -sisa makanan, terjadinya karies, dan infeksi pada jaringan oral

3. Indikasi

- a. Pasien bedah oral (perawatan sterilitas mulut khusus) .
- b. Pada pasien yang terpasang nasogastric tube dan terpasang oksigen .
- c. Pada pasien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri.

4. Kontra Indikasi

- a. Perhatikan perawatan mulut pada pasien yang menderita penyakit diabetes dan beresiko stomatitis.
- b. Luka pada gusi jika terlalu kuat membersihkannya.

C. Tugas

Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 orang mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada SOP yang digunakan.

D. Prosedur dan lembar chek list

Diagnosis Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Defisit perawatan diri- Defisit pengetahuan		
Luaran Keperawatan: <ul style="list-style-type: none">- Perawatan diri meningkat- Tingkat pengetahuan meningkat		
Prosedur	Dilakukan	
	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur		

 <p>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sarung tangan bersih Handuk kecil Bengkok Sikat gigi dan pasta gigi Gelas untuk kumur Spatel lidah yang dibungkus kasa NaCl 0,9% Pelembab bibir tisu 		
4. Lakukan kebersihan 6 langkah		
5. Pasang pengalas dibawah kaki		
6. Atur pasien pada posisi nyaman		
7. Lakukan inspeksi pada seluruh rongga mulut dengan menggunakan spatel lidah		
8. Letakan handuk kecil dibagian dada atau selipkan di baju pasien		
9. Letakan bengkok dibawah dagu		
10. Anjurkan menggosok gigi, membilasnya dengan air bersih dan membuang air cuci mulut ke bengkok. Jika tidak mampu menggosok gigi secara mandiri,		

renggangkan gigi atas dan bawah dengan spatel lidah dengan lembut dan bersihkan mulut dan spatel lidah yang telah dibasahi air atau pencuci mulut		
11. Gosok lidah tetapi hindari refleks gag		
12. Periksa kondisi gigi, gusi dan lidah pasien		
13. Rapiakan pasien dan alat-alat yang telah digunakan		
14. Lepaskan sarung tangan		
15. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
16. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		

E. Tes Formatif

1. Tujuan dari perawatan mulut, yaitu:
 - a. Menjaga keseshatan mulut, gigi, gusi dan bibir
 - b. Membersihkan mulut dari sisa-sisa makanan, plak, dan bakteri

tidak sedap

d. Semua benar

2. Indikasi perawatan mulut, yaitu:

- a. Pasien bedah oral (perawatan sterilitas mulut khusus).
- b. Pada pasien yang terpasang nasogastric tube dan terpasang oksigen.
- c. Pada pasien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri.

F. Lembar Kerja

.....

.....

.....

.....

BAB III EVALUASI

A. Nilai Proses

1. Kedisiplinan
2. Keaktifan

B. Nilai Evaluasi

Mahasiswa yang telah memenuhi kewajibannya melaksanakan 19 ~~per~~ praktikum berhak mengikuti ujian evaluasi yang dilaksanakan pada akhir keseluruhan praktikum sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh program studi. Evaluasi akhir dilakukan dengan metode *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*.

C. Nilai Akhir Praktikum

No	Penilaian	Persentase (%)	Nilai
1	Nilai Proses	50	
2.	Nilai Evaluasi	50	
TOTAL			

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., & Erb, G. (2009). Buku ajar praktik keperawatan klinis Kozier Erb. EGC.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). Medical-surgical nursing: Saunders.
- Emly, M. C. (2008). Abdominal massage for constipation. In Therapeutic management of incontinence and pelvic pain (pp. 223-225). Springer, London.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2016). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
- Jacob, Ananamma, Rekha R, Jadhay Sonali Tarachnand (2014) Binarupa Aksara Publisher: Tangerang Selatan.
- Perry, A. G., Potter, P. A., & Ostendorf, W. (2013). Clinical nursing skills and techniques. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). Fundamentals of nursing. Mosby.
- PPNI (2021) Pedoman Standar Operasional Keperawatan Edisi 1. DPP PPNI: Jakarta.
- Rebeiro, Geraldine, Damian Wilson, Natasha Scully, Leanne Jack (2020) Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis Edisi Indonesia Ke-2. Elsevier: Jakarta.
- Rosdahl, Caroline Bunker, Mary T. Kowalski (2020). Buku Ajar Keperawatan Dasar Vol.2. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Rosdahl, Caroline Bunker, Mary T. Kowalski (2020). Buku Ajar Keperawatan Dasar Vol.5. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H., Townsend, M. C., & Gould, B. (2008). Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing 10th edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
-