

BUKU PANDUAN PRAKTIKUM KETRAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

(Sebagai Pedoman Pembelajaran Praktik Laboratorium)



Penyusun:

Antok Nurwidi Antara, S.Kep. Ns., M.Kep.

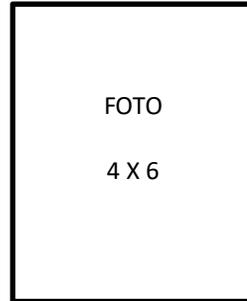
Muryani, S.Kep. Ns. M.Kes.

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM SARJANA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIRA HUSADA YOGYAKARTA**

2025

**BUKU PANDUAN
PRAKTIKUM KETRAMPILAN DASAR
KEPERAWATAN**

IDENTITAS MAHASISWA



NAMA MAHASISWA :

NIM :

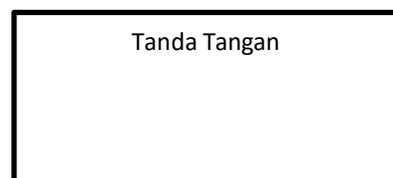
ANGKATAN :

TINGKAT :

SEMESTER :

HP :

ALAMAT :



KATA PENGANTAR

Alkhamdulillahirobbil'alamiin, segala puji bagi Allah SWT, atas terselesaikannya Buku Panduan Praktikum Ketrampilan Dasar Keperawatan ini. Penyusun juga mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung demi terselesainya buku ajar ini.

Buku ini disusun karena penyusun melihat ke depan perawat dituntut memiliki kemandirian dalam berbagai macam aspek baik : kognitif, afektif maupun psikomotor. Kemandirian dalam ketiga hal inilah yang nantinya dapat memberikan peningkatan kualitas perawatan yang diberikan pada klien.

Panduan ini disadur dari buku ajar atau panduan praktikum sebelumnya tahun 2018, sebagai pedoman dalam pelaksanaan Praktikum di Laboratorium STIKES Wira Husada Yogyakarta sehingga diharapkan dapat menjadi arahan bagi mahasiswa maupun pembimbing sejak awal hingga akhir praktikum.

Ucapan terima kasih kami haturkan kepada seluruh tim dosen keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta serta semua yang telah memberikan kontribusinya sampai tersusunnya buku ini. Kritik dan saran yang membangun masih kami perlukan demi perbaikan di masa yang akan datang.

Semoga bermanfaat .

Yogyakarta, Mei 2025

Penyusun

TATA TERTIB PRAKTIKUM

1. Praktikan wajib memberi tahu dosen 1 hari sebelum pelaksanaan praktikum
2. Praktikan harus hadir 10 menit sebelum praktikum dimulai.
3. Bagi mahasiswa yang terlambat lebih dari 10 menit tidak diijinkan mengikuti praktikum.
4. Praktikan wajib mengenakan pakaian seragam dan memakai jas lab sebelum
5. Praktikan wajib menjaga kebersihan laboratorium.
6. Setelah selesai praktikum, praktikan wajib membersihkan, merapikan, dan menyerahkan peralatan laboratorium kepada laboran.
7. Praktikan yang merusakkan, memecahkan, dan menghilangkan alat harus mengganti dengan alat dan merek yang sama.
8. Praktikan wajib mematuhi tata tertib lainnya yang diberlakukan pada setiap praktikum.
9. Bagi yang melanggar tata tertib yang telah ditentukan dikenakan sanksi tidak diijinkan mengikuti acara praktikum tersebut dan selanjutnya.

VISI DAN MISI PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S1) DAN NERS

A. Visi

Menjadi Program Studi Keperawatan (S1) dan Ners dengan menghasilkan lulusan yang profesional, mandiri pada tahun 2035.

B. Misi

1. Melaksanakan kegiatan tridharma perguruan tinggi secara komprehensif dan relevan dengan tantangan perkembangan pelayanan kesehatan dan keperawatan
2. Menyelenggarakan tata kelola program studi yang mendukung pencapaian visi program studi maupun visi institusi
3. Menyelenggarakan kerjasama untuk penguatan tridharma perguruan tinggi yang mendukung kualitas lulusan
4. Menyiapkan peserta didik agar menjadi lulusan yang profesional, mempunyai bekal kemandirian serta memiliki sikap I3C (integrity, Communicative, Confidence, Competence)

C. Tujuan

1. Menghasilkan ners yang profesional dan mempunyai bekal kemandirian
2. Terwujudnya pendidikan tinggi keperawatan melalui kegiatan tridharma (pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat) yang berbasis integrasi keilmuan
3. Terciptanya manajemen pengelolaan kelembagaan yang sehat, mandiri dan akuntabel serta terwujudnya iklim kampus yang kondusif
4. Terwujudnya kerjasama dengan lembaga lokal, nasional yang menunjang peningkatan mutu organisasi dan daya saing lulusan

D. Strategi

1. Peningkatan kuantitas SDM dosen berkelanjutan serta terprogram yang mendukung keunggulan /VMTS prodi
2. Peningkatan kualitas SDM dosen berkelanjutan serta terprogram yang mendukung keunggulan /VMTS prodi
3. Penguatan kurikulum institusi berbasis evidence yang sesuai kebutuhan pasar
4. Pembinaan intelektualitas dan karakter mahasiswa
5. Penguatan kapasitas sarpras yang menunjang tridharma
6. Penguatan evidence sebagai luaran keunggulan prodi serta pengabdian kepada masyarakat
7. Penguatan strategi pembelajaran SCL dan OBE
8. Membangun jejaring dan optimalisasi MoU dalam upaya pengembangan tridharma PT
9. Melakukan promosi keunggulan prodi dalam berbagai media yang ada
10. Pengembangan program-program tridharma unggulan prodi
11. Melakukan peningkatan kuantitas dan kualitas sarana penunjang tridharma
12. Mengembangkan sistem manajemen berbasis mutu
13. Mengembangkan program diversifikasi keunggulan program studi

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	v

KETERAMPILAN :

1. Mengukur Vital Sign	1
2. Cuci tangan Bersih	13
3. Pemeriksaan Fisik.....	18
4. Pemberian Obat Topikal.....	20
5. Pemberian Obat Irigasi Mata	22
6. Pemberian Obat Jalur Khusus	25
7. Perawatan Luka	42

MENGUKUR VITAL SIGN (TANDA VITAL)

Deskripsi

Status fisiologis yang merefleksikan indikator fungsi tubuh untuk mempertahankan mekanisme homeostatis dalam rentang yang normal. Adanya perubahan dari pola yang normal pada seseorang mengindikasikan adanya perubahan dalam status kesehatan. Tanda vital terdiri dari : tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.

1. Tekanan darah

Tekanan darah pada sistem arteri bervariasi sesuai dengan siklus jantung, yaitu memuncak pada waktu sistole dan menurun pada waktu diastole. Beda antara tekanan sistole dan diastole disebut tekanan nadi.

Pada waktu ventrikel berkontraksi, darah akan dipompakan ke seluruh tubuh. Keadaan ini disebut keadaan sistole, dan tekanan aliran darah pada saat itu disebut tekanan darah sistole.

Pada saat ventrikel sedang rileks, darah dari atrium masuk ke ventrikel, tekanan aliran darah pada waktu ventrikel sedang relaks disebut tekanan darah diastole.

Tingginya tekanan darah dipengaruhi oleh beberapa faktor : seperti aktifitas fisik, keadaan emosi, rasa sakit, suhu lingkungan, kopi, tembakau.

2. Denyut Nadi

Sensasi yang tampak sebagai gelombang darah yang dipompa ke dalam arteri oleh kontraksi ventrikel kiri.

Pengaturan nadi

Ventrikel kiri dari jantung berkontraksi untuk mengalirkan darah ke aorta, dinding arteri dalam sistem darah mengembang sebagai kompensasi peningkatan tekanan. Ekspansi dari aorta mengirim gelombang melalui dinding arteri, pada palpasi dapat dirasakan adanya denyut nadi. Nadi diatur oleh sistem syaraf otonom.

Tempat untuk merasakan denyutan nadi adalah

- temporal

- karotid
- brakial
- radial
- femoral
- popliteal
- tibia posterior
- dorsalis pedis

3. Suhu Badan

Adalah panas tubuh yang diukur dalam derajat. Derajat dari suhu menggambarkan perbedaan antara panas yang dihasilkan dan panas yang hilang. Pusat pengaturan suhu tubuh diatur oleh hipotalamus. Pusat ini menerima pesan dari lokasi reseptor panas ke tubuh yang lain untuk menghasilkan atau mempertahankan / kehilangan panas tubuh. Kondisi normal dari panas tubuh berada antara 35,9 – 37,4 C.

Pusat pengaturan suhu tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- irama sirkadian
- usia
- jenis kelamin
- stress
- temperatur lingkungan

4. Pernafasan

Pernafasan melibatkan beberapa fisiologis tubuh yaitu :

- a. Ventilasi pulmonar : pergerakan udara ke dalam dan keluar paru baik inspiarsi maupun ekspirasi
- b. Respirasi eksternal adalah perpindahan oksigen dan karbondioksida antara alveoli dalam paru dan sirkulasi darah
- c. Respirasi internal adalah perpindahan oksigen dan karbondioksida antara sirkulasi darah dan jaringan sel.

**PENILAIAN KETERAMPILAN : PEMERIKSAAN TANDA VITAL
(TEKANAN DARAH)**

Nama Mahasiswa :

No. Mahasiswa :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1.	<p style="text-align: center;">Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Spignomanometer 			
2.	<p style="text-align: center;">Tahap Preinteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat-alat 			
3.	<p style="text-align: center;">Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi 2. Memperkenalkan nama perawat 3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga 4. Menjelaskan tentang kerahasiaan 			
4.	<p style="text-align: center;">Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan 2. Menanyakan keluhan utama saat ini 3. Memulai kegiatan sesuai dengan prosedur 4. Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana 5. Pelaksanaan <p>PENILAIAN TEKANAN DARAH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi tahu posisi pasien 			

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	<ul style="list-style-type: none"> - Menyingsingkan lengan baju keatas - Memasang manset + 1 inci (2,5 cm) dipalpasi - Mengatur tensimeter agar siap dipakai (untuk tensimeter air raksa), yaitu menghubungkan pipa tensimeter dengan pipa manset, menutup sekrup balon manset, membuka kunci reservoir - Meraba brachialis, memompa sampai 20-30 mmHg - Meletakkan diafragma stetoskop diatas tempat denyut nadi tanpa menekan - Mengendorkan pipa 2-3 mmHg per denyut - Mencatat bunyi korotkoff I dan V atau bunyi detak pertama (sistole) dan terakhir (diastole) - Melonggarkan pompa segera sesudah bunyi terakhir hilang - Jika pengukuran perlu diulang, tunggu 30 detik dan lengan ditinggikan diatas jantung untuk mengalirkan darah dari lengan - Melepas manset - Mengembalikan posisi pasien nyaman mungkin. 			
5.	<p style="text-align: center;">Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan 2. Menyimpul hasil prosedur yang dilakukan 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam pamitan 			
6.	<p style="text-align: center;">Dokumentasi</p> <p>Catat seluruh hasil tindakan dalam catatan keperawatan.</p>			

KETERANGAN

- 0 = Tidak dilakukan sama sekali
1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna
2 = Dilakukan dengan sempurna

Nilai Batas Lulus = 75 %

$$NILAI = \frac{\text{jumlah nilai yang didapat}}{\text{jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Yogyakarta,.....
Evaluatur

.....

**PENILAIAN KETERAMPILAN : PEMERIKSAAN TANDA VITAL
(PERNAFASAN)**

Nama Mahasiswa :

No. Mahasiswa :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	Persiapan Alat 1. Stopwatch			
A.	Tahap Preinteraksi 1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat-alat			
B.	Tahap Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi 2. Menanyakan keluhan utama saat ini 3. Memulai kegiatan sesuai dengan prosedur 4. Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana 5. Pelaksanaan Penilaian Pernafasan - menjelaskan prosedur kepada pasien bila hanya khusus menilai pernafasan - membuka baju pasien bila perlu untuk mengobservasi gerakan dada. (tirai harus ditutup terlebih dahulu) - meletakkan tangan datar pada dada dan mengobservasi kedalam dan kesimetrisan gerakan - menentukan irama pernafasan - menentukan pernafasan selama 60 detik. Bila pernafasan teratur cukup 30 detik dan dikalikan 2 - mendengarkan bunyi pernafasan, kemungkinan ada bunyi			

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	Abnormal - mencuci tangan			
D.	Tahap Terminasi 1. Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan 2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dirasakan 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam pamitan			
E.	Dokumentasi Catat seluruh hasil tindakan dalam catatan keperawatan			

KETERANGAN :

- 0 = Tidak dilakukan sama sekali
1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna
2 = Dilakukan dengan sempurna

Yogyakarta,.....

Evaluatur

.....

Nilai Batas Lulus = 75 %

$$NILAI = \frac{\text{jumlah nilai yang didapat}}{\text{jumlah aspek yang dinila}} \times 100\%$$

PENILAIAN KETERAMPILAN : PEMERIKSAAN TANDA VITAL (NADI)

Nama Mahasiswa :

No. Mahasiswa :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	Persiapan Alat 1. Stopwatch/ jam tangan			
A.	Tahap Preinteraksi 1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat-alat			
B.	Tahap Orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi 2. Memperkenalkan nama perawat 3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga 4. Menjelaskan tentang kerahasiaan			
C.	Tahap Kerja 1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan 2. Menanyakan keluhan utama saat ini 3. Memulai kegiatan sesuai dengan prosedur 4. Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana Pelaksanaan a. Menilai denyut nadi brakial 1. Mengatur posisi pasien yang nyaman dan rilaks 2. Menekan kulit dekat dengan arteri radialis dengan tiga jari, dan meraba denyut nadi 3. Menekan arteri radialis dengan kuat dengan jari-jari selama kurang lebih 60 detik, jika tidak teraba denyutan jari-jari			

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	<p>digeser kekanan dan kekiri sampai ketemu</p> <p>4. Denyutan pertama akan teraba kuat, menekan sampai denyutan hilang, melepas tekanan sampai denyutan terasa kuat lagi.</p> <p>5. Mencuci tangan</p> <p>b. Menilai nadi radial</p> <p>1. Mengatur posisi yang nyaman dan rileks</p> <p>2. Meraba mencari daerah pulse brakial (antara bisep dan trisep)</p> <p>3. Menekan arteri radialis dengan kuat dengan jari-jari selama kurang lebih 10 detik, jika tidak teraba denyutan jari-jari digeser kekanan dan kekiri sampai ketemu</p> <p>4. Denyutan pertama akan teraba kuat, menekan sampai denyutan hilang, melepas tekanan sampai denyutan terasa kuat lagi.</p> <p>5. Mencuci tangan</p>			
D.	<p>Tahap Terminasi</p> <p>1. Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan</p> <p>2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dirasakan</p> <p>3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p> <p>4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien</p> <p>5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam pamitan</p>			
E.	<p>Dokumentasi</p> <p>Catat seluruh hasil tindakan dalam catatan keperawatan.</p>			

KETERANGAN :

- 0 = Tidak dilakukan sama sekali
 1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna
 2 = Dilakukan dengan sempurna

Yogyakarta,.....

Evaluators

.....

Nilai Batas Lulus = 75 %*jumlah nilai yang didapat*

$$NILAI = \frac{\text{jumlah nilai yang didapat}}{\text{jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$$
jumlah aspek yang dinilai

PENILAIAN KETERAMPILAN : PEMERIKSAAN TANDA VITAL (SUHU)

Nama Mahasiswa :

No. Mahasiswa :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	<p align="center">Persiapan Alat</p> <p>Termometer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tissue 2. Air bersih 3. Air sabun 			
A.	<p align="center">Tahap Preinteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat-alat 			
B.	<p align="center">Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam, panggil klien dengan panggilan yang disenangi 2. Memperkenalkan nama perawat 3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga 4. Menjelaskan tentang kerahasiaan 			
C.	<p align="center">Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan 2. Menanyakan keluhan utama saat ini 3. Memulai kegiatan sesuai dengan prosedur 4. Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana 5. Pelaksanaan 			
D.	<p align="center">Tahap Terminasi</p>			

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan 2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dirasakan 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam pamitan <p>Penilaian Suhu</p> <p>a. pengukuran di ketiak</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberi tahu pasien - mengamati angka yang ditunjuk air raksa dengan benar - menurunkan air raksa bila perlu - mengatur posisi pasien - meletakkan termometer diketiak dengan posisi tepat - menunggu sekitar 5 menit - mengambil termometer mengelap dengan gerak berputar dari bagian bersih - merapikan kembali baju dan posisi pasien - membaca hasil pengukuran segera - mencuci termometer dengan larutan sabun, membilas dengan air bersih - keringkan termometer - mengembalikan air raksa dan mengembalikan ke tempat semula - mencuci tangan <p>b. pengukuran di oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberitahu pasien - mencuci tangan - mengamati angka yang ditunjuk air raksa - menurunkan bila perlu - memberi tahu pasien agar membuka mulut dan 			

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	<p>mengangkat lidah sedikit</p> <ul style="list-style-type: none"> - memasukkan termometer pelan-pelan di bawah lidah sampai pentolan masuk - memberitahu pasien agar menutup mulut dan jangan menggigit - menunggu sekitar 5 menit - mengambil termometer sambil memberitahu pasien untuk membuka mulut - mengelap termometer - membaca hasil pengukuran - mencuci termometer dengan larutan sabun, membilas dengan air bersih, mengeringkan - menurunkan air raksa dan mengembalikan ke tempat semula - mencuci tangan <p>c. pengukuran direktum</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberitahu pasien - mencuci tangan - mengamati angka yang ditunjuk air raksa - menurunkan bila perlu - mengatur posisi pasien - melumasi ujung pentolan dengan vaselin sesuai dengan kebutuhan - membuka bagian rektal pasien - meraba spinkter dengan pentolan - memasukkan ujung pentolan hati-hati ke rektum - memasang termometer selama 5 menit - mengambil termometer dari anus - mengelap termometer secara perlahan - membersihkan rektum dengan kertas tissue 			

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	<ul style="list-style-type: none"> - menolong pasien ke posisi yang nyaman - membaca hasil pengukuran - mencuci termometer dengan larutan sabun, membilas dengan air bersih, mengeringkan - menurunkan air raksa dan mengembalikan ke tempat semula - mencuci tangan 			
E.	<p style="text-align: center;">Dokumentasi</p> <p>Catat seluruh hasil tindakan dalam catatan keperawatan.</p>			

KETERANGAN :

- 0 = Tidak dilakukan sama sekali
- 1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna
- 2 = Dilakukan dengan sempurna

Yogyakarta,.....

Evaluator

.....

Nilai Batas Lulus = 75 %

$$NILAI = \frac{\text{jumlah nilai yang didapat}}{\text{jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

MENCUCI TANGAN BERSIH

1. Pengertian : suatu tindakan membersihkan kotoran dengan sabun atau antiseptik dan dibilas dengan air mengalir.
2. Tujuan : membunuh kuman penyakit yang ada di tangan
3. Prosedur :
 - 1) Persiapan Alat :
 - Sabun antiseptik
 - Bak cuci dan air mengalir
 - Handuk atau pengering
 - 2) Persiapan diri :
 - a. Lepas semua kasesoris yang ada pada tangan.
 - b. Gulung lengan baju sampai siku
 - 3) Pelaksanaan :
 - a. Mengalir air, hindari percikan pada tangan .
 - b. Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankannya lebih rendah dari siku .
 - c. Menaruh sedikit sabun atau antiseptik (2 sampai 4 cc), untuk sabun batang pegang dan gosok sampai berbusa ,.
 - d. Menggosok kedua tangan, telapak tangan dengan cepat selama 10 sampai dengan 15 detik.
 - e. Menggosok punggung tangan secara bergantian
 - f. Menggosok sela-sela jari secara melingkar .
 - g. Menggosok buku-buku jari secara bergantian
 - h. Menggosok ibu jari secara bergantian
 - i. Menggosok ujung-ujung jari secara bergantian
 - j. Membilas lengan dan tangan dengan air bersih yang mengalir.
 - k. Menutup kran dengan siku
 - l. Mengeringkan tangan dengan handuk atau pengering

**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR MENCUCI
TANGAN BERSIH**

Nama : _____

Nim : _____

NO	PROSEDUR	0	1	2
1.	Tahap Pra Interaksi			
2.	Menyiapkan alat: Sabun atau Cairan disinfektan, Air Mengalir. Handuk, Tissue			
	Fase kerja			
3.	Melepaskan Perhiasan (jam tangan, Cincin, gelang)			
4.	Basahi Tangan dibawah air mengalir			
5.	Beri sabun pada telapak tangan secukupnya			
6.	Bersihkan telapak tangan dengan (4x)			
7.	Bersihkan punggung tangan secara bergantian (4x)*			
8.	Bersihkan Sela2 jari (4x)*			
9.	Bersihkan jari dengan gerakan memutar sebanyak (4x)			
10	Bersihkan Ibu jari dari pangkal sampai ujung secara bergantian (4x)			
11	Bersihkan ujung kuku dengan gerakan memutar sebanyak 4 kali dan secara bergantian			
12	Bilas tangan yang sudah dibersihkan dibawah air mengalir			
13	Keringkan tangan dengan menggunakan handuk atau tissue			
	Total			

0: tidak dilakukan
1: dilakukan tapi tidak sempurna
2: dilakukan dengan sempurna

*Critical point

Penilaian: jumlah yang benar x skor

26

Nilai Batas Lulus = 75 dan critical point dilakukan

PEMERIKSAAN FISIK

A. Pengertian

Pemeriksaan fisik adalah tindakan untuk pemeriksaan tubuh secara keseluruhan atau hanya sebaagian tubuh tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematif dan komprehensif untuk memastikan /membuktikan hasil anamnese, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat .

B. Tehnik pemeriksaan fisik

1. Inspeksi : pemeriksaan dengan menggunakan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman.
 2. Palpasi : tehnik pemeriksaan dengan menggunakan indera peraba seperti jari-jari, untuk mendeterminasi ciri-ciri jaringan atau organ seperti : temperatur, keelastisitasan, bentuk, ukuran, kelembapan dan penonjolan.
3. Auskultasi : pemeriksan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh.
 4. Perkusi : pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh lainnya (kanan/kiri) dengan menghasilkan suara, yang bertujuan untuk mengidentifikasi batas/lokasi, dan konsisten jaringan.

C. Tujuan Pemeriksaan Fisik :

1. Untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien.
2. Untuk menambah, mengkonfirmasi atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.
3. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan .
4. Untuk mengevaluasi hasil fisiologi dari asuhan.

D. Indikasi

- a Mutlak dilakukan pada setiap klien, terutama pada klien yang baru masuk ke tempat pelayanan kesehatan untuk dirawat.
- b Sewaktu-waktu sesuai kebutuhan klien.

PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE

Nama mahasiswa :

NIM :

NO	KOMPONEN	K	B K
I	<p>A. Tahap Pra</p> <p>Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan klien 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat : <ol style="list-style-type: none"> a. Stetoskop b. Spignomanometer c. Penlight d. Thermometer e. Toungspatel f. Reflek Hummer g. Penggaris □ meteran h. Sarung tangan <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan salam" panggil pasien dengan panggilan yang disukai 2. memperkenalkan nama perawat 3. jelaskan prosedur dan tujuan #ang akan dilakukan pada pasien 4. jaga privasi klien <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mempersilahkan klien untuk berbaring terlentang 2. menggunakan sarung tangan & jika perlu prinsip bersih 3. meminta klien untuk memberikan respon terhadap pemeriksaan terhadap prasa sakit" dll* 		
II	<p>HEAD TO TOE</p> <p>A. Kepala dan rambut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : bentuk, ukuran, distribusi dan warna rambut 		

	<p>3. Palpasi : tebal dan banyaknya rambut, hematoma .</p> <p>B. Mata :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : simetris, konjungtiva, pupil, sklera. 2. Palpasi : tekanan bola mata, ada atau tidaknyanyeri tekan pada bola mata. <p>C. Telinga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. inspeksi : ukuran, bentuk, serumen. 2. Palpasi : kartilago telinga, ada tidaknya nyeritekan pada telinga. <p>D. Hidung dan sinus :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeeksi : bentuk tulang, kesimetrisan lubanghidung, ada tidaknya pernafasan cuping hidung . 2. Palpasi : ada atau tidaknya nyeri tekan padasinus etmoidalis, frontalis dan maksilaris <p>E. Mulut dan faring :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : Amati ada tidaknya kelainan padabibir. 2. Palpasi : palatum, langit-langit dan lidah . <p>F. Leher :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : bandingkan antara leher kanan dankiri 2. Palpasi : ada tidaknya pembengkakan. <p>G. Dada/thoraks :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paru-paru : <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi :kesimetrisan paru kanan dan kiri ,bentuk dan postur. b. Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, massa ,pembesaran. c. Perkusi : batas paru d. Auskultasi : suara jantung 	K	B K
--	---	---	-----

	<p>H. Jantung :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : batas jantung dan ada tidaknya abnormalan denyutan jantung. b. Perkusi : ukuran dan bentuk jantung c. Auskultasi : suara jantung <p>2. Abdomen :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : bentuk dan gerakan abdomen . b. Auskultasi : bising usus c. Palpasi : bentuk, ukuran dan konsistensi organ. d. Perkusi : ada tidaknya cairan, massa serta nyeritekan pada abdomen. <p>i. Genetalia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pria : <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : distribusi rambut pubis, kulit dan ukuran b. Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, benjolan serta cairan. 2. Wanita : <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : distribusi rambut pubis, kulit dan ukuran b. Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, benjolan serta cairan. <p>j. Pemeriksaan batang tubuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ekstremitas atas : <p style="margin-left: 40px;">inspeksi : warna kulit, ada tidaknya benjolan, atau pembengkakan. Adatidaknya fraktur tertutup atau terbuka, ada tidaknya luka .</p> <ol style="list-style-type: none"> a. palpasi : sendi-sendi, otot-otot , temperatur 2. ekstremitas bawah: <ol style="list-style-type: none"> a. inspeksi : amati adanya dislokasi atau pembengkakan, b. palpasi : struktur, konsisten dan ukuran tulang. 	K	BK
--	--	---	----

III	Tahap terminasi : 1. Evaluasi respon klien 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Pemberian pesan . 4. Kontrak selanjutnya (waktu, tempat, topik/kegiatan)	K	BK
IV	Sikap : 1. Teliti 2. Empati 3. Memperhatikan keamanan		

Nilai = Jml Kompeten/ total x 100

Yogyakarta,

Evaluator

Lulus apabila nilai minimal 75% dan
critical point dilakukan

(.....)

PEMBERIAN OBAT TOPIKAL

1. PENGERTIAN

Pemberian obat secara topikal adalah memberikan obat secara lokal pada kulit (dioleskan)

2. TUJUAN

Untuk memperoleh reaksi lokal dari obat tersebut.

Obat topikal diharapkan memberikan daya kerja langsung pada tempat tertentu, meskipun efek sistemik mungkin juga terjadi. Daya kerja tergantung pada tipe jaringan dan sifat dasar obat. Obat yang diberikan pada kulit dan membran mukosa secara prinsip memiliki efek lokal. Pengobatan topikal diberikan pada kulit dengan mengolesi atau menyebarkan di atas area kulit, pada kasa yang lembab, meredam bagian tubuh dalam cairan. Efek samping dapat terjadi apabila kulit pasien tipis. Jika konsentrasi obat tinggi atau terjadi kontak obat dengan kulit yang lama.

3. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN

Keuntungan

- a. Obat topikal pada kulit memiliki efek lokal
- b. Pemberian obat dengan cara ini tidak menimbulkan nyeri
- c. Efek samping yang terjadi minimal

Kerugian:

- a. Pemberian obat yang luas sekali dapat menyebabkan kesulitan dalam pemberiannya
- b. Pasien dengan abrasi kulit berisiko mengalami absorpsi obat yang cepat dan dapat mengalami efek sistemik

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMBERIAN OBAT TOPICAL

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	Komponen Penilaian	K NilaiBK	
		K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI		
1	Memeriksa catatan keperawatan dan catatan medik klien		
2	Menyiapkan alat : handscoon bersih, rewanol/perhidrol/NaCl, salep, bengkok		
3	Mencuci tangan		
	TAHAP ORIENTASI		
4	Memberikan salam, panggil klien/keluarga dengan namanya		
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien/keluarga		
6	Kontrak waktu		
7	Berikan kesempatan klien/keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dilakukan		
	TAHAP KERJA		
8	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien		
9	Memulai tindakan dengan cara yang baik		
10	Pastikan ketepatan obat meliputi : benar pasien (RM, umur, jenis, diagnosa), benar obat (jenis, cara pemberian, dosis), benar waktu *)		
11	Gunakan handscoon, periksa keadaan luka		
12	Bila luka basah, berikan rewanol/perhidrol/NaCl sesuai keadaan luka. Bila luka kering, pastikan kembali luka dalam keadaan kering dan bersih, kemudian berikan salep sesuai dosis		
13	Lepas hanscoon dan pastikan obat sudah diberikan dengan tepat		
	TAHAP TERMINASI		
14	Evaluasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (subyektif dan obyektif)		
15	Simpulkan hasil kegiatan		
16	Berikan <i>reinforcement</i> positif pada keluarga		
17	Melakukan kontrak waktu selanjutnya		
18	Akhiri kegiatan		
19	Merapikan alat		
20	Cuci tangan		
21	Dokumentasi		
TOTAL NILAI			

*) *Critical Point*

Nilai = Jumlah Kompeten/ 21 x 100

Lulus apabila nilai minimal 75% dan

critical point dilakukan

Yogyakarta,

Evaluator

.....

PEMBERIAN OBAT IRIGASI MATA

Pengertian :

Membilas mata dengan cairan tertentu untuk menghilangkan inflamasi lokal konjungtiva, memberikan larutan aseptik atau membilas keluar eksudat dari mata.

Tujuan :

1. Menghilangkan inflamasi local konjungtiva
2. Memberikan larutan aseptik atau membilas keluar eksudat dari mata.

Prosedur:

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)
2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - a. Sarung tangan bersih
 - b. S spuit 10 cc atau penetes mata
 - c. Bola kapas atau kasa
 - d. Cairan NaCl atau cairan irigasi sesuai kebutuhan
 - e. Pengalas tahan air
 - f. Bengkok
3. Mencuci tangan
4. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya
5. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
6. Kontrak waktu
7. Berikan kesempatan bertanya
8. Menanyakan keluhan
9. Mulai tindakan dengan cara yang baik
10. Pastikan ketepatan obat
11. Posisikan klien berbaring dengan kepala miring ke arah mata yang akan diirigasi
12. Tempatkan pengalas di bawah wajah
13. Pakai sarung tangan bersih
14. Bersihkan garis kelopak dan bola mata secara perlahan dengan bola kapas dari bagian dalam ke luar kantung
15. Isi spuit irigasi atau penetes mata
16. Pegang spuit irigasi atau penetes mata sekitar 2,5 cm di atas kantung dalam
17. Minta pasien melihat ke arah atas
18. Irigasi secara perlahan dengan mengarahkan cairan ke dalam kantung konjungtiva bawah ke arah kantung luar
19. Lanjutkan irigasi sampai mata telah bersih
20. Keringkan kelopak mata dan area wajah dengan bola kapas
21. Evaluasi kondisi pasien
22. Simpulkan kegiatan
23. Berikan reinforcement positif
24. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
25. Akhiri kegiatan
26. Rapihkan pasien dan alat-alat yang digunakan dan lepas sarung tangan
27. Cuci tangan atau lakukan kebersihan tangan
28. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Pemakaian Obat Tetes Mata

1. Cuci tangan pakai sabun
2. Pastikan obat mata yang dipakai sudah tepat
3. Pastikan tanggal kadaluarsa obat
4. Buka perlahan botol tanpa menyentuh ujung atau lubang penetes
5. Posisi kepala menghadap ke atas
6. Tarik kelopak mata ke bawah dengan telunjuk untuk memudahkan obat mata masuk ke mata
7. Dekatkan ujung obat ke cekungan mata, tanpa menyentuh mata
8. Teteskan obat mata tersebut dengan menekan sedikit botol
9. Pejamkan mata perlahan selama 1-2 menit
10. Bersihkan cairan dengan kain bersih atau tisu
11. Beri jangka waktu pemakaian

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PEMBERIAN OBAT IRIGASI MATA

Nama Mahasiswa:

NIM :

No	Komponen Penilaian	Nilai	
		K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI		
1	Memeriksa catatan keperawatan dan catatan medik klien/identifikasi klien		
2	Menyiapkan alat : a. Sarung tangan bersih b. Spuit 10 cc atau penetes mata c. Bola kapas atau kasa d. Cairan NaCl atau cairan irigasi sesuai kebutuhan e. Pengalas tahan air f. Bengkok		
3	Mencuci tangan		
	TAHAP ORIENTASI		
4	Memberikan salam, panggil klien/keluarga dengan namanya		
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien/keluarga		
6	Kontrak waktu		
7	Berikan kesempatan klien/keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dilakukan		
	TAHAP KERJA		
8	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada Klien		
9	Memulai tindakan dengan cara yang baik		
10	Pastikan ketepatan obat meliputi : benar pasien (RM, umur, jenis, diagnosa), benar obat (jenis, cara pemberian, dosis), benar waktu *)		
11	Posisikan berbaring dengan kepala miring ke arah mata yang akan diirigasi		
12	Tempatkan pengalas di bawah wajah		
13	Pakai sarung tangan		
14	Bersihkan garis kelopak dan bola mata secara perlahan dengan bola kapas dari bagian dalam ke luar kantung		
15	Isi spuit irigasi atau penetes mata		
16	Pegang spuit irigasi atau penetes mata sekitar 2,5 cm di atas kantung dalam		
17	Minta pasien melihat ke arah atas		
18	Irigasi secara perlahan dengan mengarahkan cairan ke dalam kantung konjungtiva bawah ke arah kantung luar *		
19	Lanjutkan irigasi sampai mata telah bersih		
20	Keringkan kelopak mata dan area wajah dengan bola kapas		

TAHAP TERMINASI			
21	Evaluasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (subyektif dan obyektif)		
22	Simpulkan hasil kegiatan		
23	Berikan <i>reinforcement</i> positif pada keluarga		
24	Melakukan kontrak waktu selanjutnya		
25	Akhiri kegiatan		
26	Merapikan alat dan lepas sarung tangan		
27	Cuci tangan		
28	Dokumentasi		
TOTAL NILAI			

*) *Critical Point*

Nilai = Jumlah Kompeten/ 28 x 100

Yogyakarta,

Evaluator

Lulus apabila nilai minimal 75% dan *critical point* dilakukan

(.....)

PEMBERIAN OBAT JALUR KHUSUS

1. REKTAL (SUPOSITORIA)

1) PENGERTIAN

Memberikan sejumlah obat ke dalam rectum dalam bentuk supositoria

Obat supositoria seperti peluru dan mudah cair. Yang terpenting dalam memberikannya adalah mencegah trauma anus saat memasukkan obat. Obat supositoria disimpan dalam lemari es sampai obat tersebut dapat diberikan. Efek obat supositoria meningkatkan defekasi dan mengurangi mual

2) TUJUAN

- a. Untuk memperoleh efek pengobatan secara local maupun sistemik
- b. Untuk melunakkan feses sehingga mudah dikeluarkan

3) HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN PERAWAT:

- a. Perawat menempatkan obat supositoria melewati spinkter anal interna dan melawan mukosa rectal
- b. Obat supositoria mungkin akan segera dikeluarkan oleh pasien sebelum obat larut dan diabsorpsi ke dalam mukosa
- c. Perawat perlu mengenali sensasi spinkter pasien saat perawat memasukkan obat supositoria
- d. Obat supositoria tidak didorong ke dalam masa fekal, untuk itu perlu membersihkannya dengan sedikit enema sebelum memasukkan obat supositori

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PEMBERIAN OBAT REKTAL SUPOSITORIA

Nama Mahasiswa:

NIM :

No	Komponen Penilaian	Nilai	
		K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI		
1	Memeriksa catatan keperawatan dan catatan medik klien		
2	Menyiapkan alat : Sarung tangan bersih/plastik, kassa steril, bengkok, obat anal		
3	Mencuci tangan		
	TAHAP ORIENTASI		
4	Memberikan salam, panggil klien/keluarga dengan namanya		
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien/keluarga		
6	Kontrak waktu		
7	Berikan kesempatan klien/keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dilakukan		
	TAHAP KERJA		
8	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada Klien		
9	Memulai tindakan dengan cara yang baik		
10	Pastikan ketepatan obat meliputi : benar pasien (RM, umur, jenis, diagnosa), benar obat (jenis, cara pemberian, dosis), benar waktu *)		
11	Gunakan handscoon/plastik		
12	Siapkan kassa steril, buka obat suppo, kemudian taruh di atas kassa steril. Berikan segera		
13	Posisikan pasien pada posisi miring dan lepas celana.		

No	Komponen Penilaian	Nilai	
		K	BK
	Masukkan obat suppo ± 5-10 cm menggunakan kassa steril, tekan menggunakan jari kelingking, tahan beberapa saat hingga anus menutup		
14	Pastikan obat masuk anus dengan meminta pasien untuk mengejan dan anus terlihat menutup		
15	Lepas handscoon		
16	Rapikan pakaian pasien, dan posisikan pada posisi semula		
	TAHAP TERMINASI		
17	Evaluasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (subyektif dan obyektif)		
18	Simpulkan hasil kegiatan		
19	Berikan <i>reinforcement</i> positif pada keluarga		
20	Melakukan kontrak waktu selanjutnya		
21	Akhiri kegiatan		
22	Merapikan alat		
23	Cuci tangan		
24	Dokumentasi		
TOTAL NILAI			

*) *Critical Point*

**) *Pre memory*

Nilai = Jumlah Kompeten/ 24 x 100

Yogyakarta,

Evaluator

Lulus apabila nilai minimal 75% dan *critical point* dilakukan

(.....)

Nilai Batas
Lulus = 75 %

2. PEMBERIAN OBAT SUBLINGUAL

Pengertian : Pemberian obat sublingual adalah pemberian obat yang cara pemberiannya di letak di bawah lidah.

Tujuan: Agar efek yang ditimbulkan bisa lebih cepat karena pembuluh darah di bawah lidah merupakan pusat dari sakit

Kelebihan dari cara pemberian obat dengan sublingual adalah efek obat akan terasa lebih cepat dan kerusakan obat pada saluran cerna dan metabolisme di dinding usus maupun hati bisa dihindari

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMBERIAN OBAT SUBLINGUAL

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	Komponen Penilaian	K NilaiBK	
		K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI		
1	Memeriksa catatan keperawatan dan catatan medik klien		
2	Menyiapkan alat : handscoon bersih, obat sublingual, tisu, bengkok dan alat lain yang diperlukan		
3	Mencuci tangan		
	TAHAP ORIENTASI		
4	Memberikan salam, panggil klien/keluarga dengan namanya		
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien/keluarga		
6	Kontrak waktu		
7	Berikan kesempatan klien/keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dilakukan		
	TAHAP KERJA		
8	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien		
9	Memulai tindakan dengan cara yang baik dan jaga privasi		
10	Pastikan ketepatan obat meliputi : benar pasien (RM, umur, jenis, diagnosa), benar obat (jenis, cara pemberian, dosis), benar waktu *)		
11	Gunakan handscoon		
12	Minta klien membuka mulut dan memberikan obat dibawah lidah klien lalu diminta menutup mulut lagi		
13	Pastikan obat sudah diberikan dengan tepat, lepas sarung tangan		
	TAHAP TERMINASI		
14	Evaluasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (data subyektif dan obyektif)		
15	Simpulkan hasil kegiatan		
16	Berikan <i>reinforcement</i> positif pada keluarga		
17	Melakukan kontrak waktu selanjutnya		
18	Akhiri kegiatan		
19	Merapikan alat		
20	Cuci tangan		
21	Dokumentasi		
TOTAL NILAI			

*) *Critical Point*

Nilai = Jumlah Kompeten/ 21 x 100

Lulus apabila nilai minimal 75% dan *critical point* dilakukan

Yogyakarta,
Evaluatur

.....

3. INTRA VAGINAL

Pengertian :

Pemberian obat per vaginal merupakan cara memberikan obat dengan memasukkan obat melalui vagina

Tujuan :

Untuk mendapatkan efek terapi obat dan mengobati saluran vagina atau serviks. Obat ini tersedia dalam bentuk krim dan supositoria yang digunakan untuk mengobati infeksi lokal.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMBERIAN OBAT INTRA VAGINAL

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	Komponen Penilaian	K NilaiBK	
		K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI		
1	Memeriksa catatan keperawatan dan catatan medik klien		
2	Menyiapkan alat : handscoon bersih, obat intravaginal, tisu, bengkok dan alat lain yang diperlukan		
3	Mencuci tangan		
	TAHAP ORIENTASI		
4	Memberikan salam, panggil klien/keluarga dengan namanya		
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien/keluarga		
6	Kontrak waktu		
7	Berikan kesempatan klien/keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dilakukan		
	TAHAP KERJA		
8	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien		
9	Memulai tindakan dengan cara yang baik dan jaga privasi		
10	Pastikan ketepatan obat meliputi : benar pasien (RM, umur, jenis, diagnosa), benar obat (jenis, cara pemberian, dosis), benar waktu *)		
11	Gunakan handscoon		
12	Minta klien membuka pakaian (bila klien bisa memasukkan obat sendiri, maka diajari cara memasukkannya)		
13	Masukkan obat ke vagina klien sesuai dengan cara pemakaian obat		
14	Pastikan obat sudah diberikan dengan tepat, lepas sarung tangan		
	TAHAP TERMINASI		
15	Evaluasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (data subyektif dan obyektif)		
16	Simpulkan hasil kegiatan		
17	Berikan <i>reinforcement</i> positif pada keluarga		
18	Melakukan kontrak waktu selanjutnya		
19	Akhiri kegiatan		
20	Merapikan alat		
21	Cuci tangan		
22	Dokumentasi		
TOTAL NILAI			

*) *Critical Point*

Nilai = Jumlah Kompeten/ 22 x 100 Lulus apabila nilai minimal 75% dan *critical point* dilakukan

Yogyakarta,
Evaluators

.....

4. PEMBERIAN OBAT PARENTERAL

- a. Definisi Pemberian Obat Secara Parenteral adalah pemberian obat selain melalui saluran pencernaan (mulut atau oral, sublingual , rektum/supositoria) melainkan melalui penyuntikan obat melalui jaringan tubuh.
- b. Macam-macam tehnik pemberian obat parenteral :
 - 1) Injeksi Intra muskuler
 - 2) Injeksi Subcutan
 - 3) Injeksi Intracutan
 - 4) Injeksi Intravena .

**STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)
PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAMUSKULER (IM)**

Nama Mahasiswa :

NIM :

NO	ASPEK YANG DI NILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
1	Cek catatan perawatan dan catatan medis klien: program pemberian obat melalui intramuskuler				
2	Cuci tangan				
3	Siapkan alat dan obat sesuai prinsip ”lima benar” : Jarum steril, spuit steril, kapas alkohol 70%, obat-obat injeksi, bak instrumen				
4	Beri salam dan perkenalkan diri. Identifikasi klien dengan memanggil nama klien (sesuai pada kartu / perintah pengobatan)				
5	Sampaikan tujuan, prosedur dan lama tindakan				
6	Beri kesempatan klien bertanya				
7	Jaga privasi klien				
8	Tanyakan keluhan dan kaji adanya alergi				
9	Gunakan sarung tangan				
10	Pilih tempat penusukan				
11	Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan mudah untuk perawat melihat tempat penusukan				
12	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi IM				

NO	ASPEK YANG DI NILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
13	Buka tutup jarum				
14	Tarik kulit di tempat penusukan dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan ibu jari dan jari telunjuk tangan non dominan di atas tempat penusukan (hati- hati jangan sampai mengenai daerah yang telah dibersihkan) hingga berbentuk V • Tarik ibu jari dan jari telunjuk dengan arah berlawanan, memisahkan jari sepanjang 3 inci 				
15	Cepat masukkan jarum tepat dengan sudut 90 derajat dengan tangan yang non dominan *)				
16	Pindahkan ibu jari dan jari telunjuk jari non dominan dari kulit untuk mendukung barel spuit, jari sebaiknya ditempatkan pada barrel sehingga saat aspirasi anda dapat melihat barrel dengan jelas				
17	Tarik plunger dan observasi adanya darah pada spuit *)				
18	Jika terdapat darah, tarik jarum keluar dan berikan tekanan pada tempat tusukan dan apabila tidak ada darah masukan obat perlahan-lahan				
19	Cabut jarum dengan sudut yang sama saat disuntikkan				
20	Usap dan bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain (Jika kontraindikasi untuk obat, berikan penekanan yang lambat saja)				
21	Tempatkan jarum pada baki jangan ditutup				
22	Buka sarung tangan				
23	Observasi reaksi pasien				
24	Buat kontrak selanjutnya				
25	Akhiri kegiatan				
26	Cuci tangan				
27	Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis, dan cara pemberian				
TOTAL NILAI					

Keterangan:

*) Critical point

Yogyakarta,

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{27} \times 100\%$$

Evaluator

Lulus apabila :

Nilai kompeten minimal 75%

(.....)

INJEKSI SUBCUTANEUS (SC)

1. PENGERTIAN

Injeksi subcutaneus adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan subcutan di bawah kulit dengan menggunakan spuit.

2. TUJUAN

Memasukkan sejumlah toksin atau obat pada jaringan subcutan di bawah kulit untuk diabsorpsi.

3. TEMPAT INJEKSI

- a. Lengan atas bagian luar
- b. Paha anterior
- c. Daerah abdomen
- d. Area scapula pada punggung atas
- e. Daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas

4. PERALATAN

- a. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- b. Kapas alcohol
- c. Sarung tangan disposable (bersih)
- d. Obat yang sesuai
- e. Spuit
- f. Bak instrument
- g. Baki obat
- h. Plester
- i. Kasa steril (bila perlu)
- j. Bengkok

**STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)
PEMBERIAN OBAT MELALUI SUBCUTAN (SC)**

Nama Mahasiswa :

NIM :

NO	ASPEK YANG DI NILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
1	Cek rencana tindakan medik/keperawatan				
2	Cuci tangan				
3	Siapkan alat dan obat sesuai prinsip "Enam benar" : jarum steril, spuit steril, kapas alkohol 70%, obat-obat injeksi, bak instrumen				
4	Beri salam dan perkenalkan diri. Identifikasi klien dengan memanggil nama klien (sesuai pada kartu / perintah pengobatan)				
5	Sampaikan tujuan, prosedur dan lama tindakan				
6	Beri kesempatan klien bertanya				
7	Jaga privasi klien				
8	Gunakan sarung tangan				
9	Siapkan dosis obat				
10	Pilih tempat penusukan pada lengan atas atau abdomen. Jika kedua tempat tersebut tidak memungkinkan pilih tempat alternative lainnya. Rotasikan tempat penusukan				
11	Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman sesuai tempat yang dipilih				
12	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi SC				
13	Lakukan desinfektan dilokasi penusukan				
14	Tarik kulit dan jaringan lemak dengan ibu jari dan jari tangan non dominan *)				
15	Dengan tangan yang dominan, masukkan jarum injeksi dengan sudut 45-90 derajat *)				
16	Lepaskan tarikan dengan tangan non dominan				
17	Lakukan aspirasi				
18	Jika ada darah : <ul style="list-style-type: none"> • Tarik kembali jarum dari kulit • Tekan tempat penusukan selama 2 menit • Observasi adanya hematoma atau memar • Jika perlu berikan plester • Siapkan obat baru, mulai dengan langkah 1, pilih tempat yang baru 				
19	Masukkan obat perlahan-lahan				

NO	ASPEK YANG DI NILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
20	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan				
21	Bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain, tekan dengan lembut. Setelah injeksi heparin jangan ditekan				
22	Jika perlu berikan plester				
23	Tempatkan jarum pada baki				
24	Buka sarung tangan				
25	Kembalikan posisi klien				
26	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan				
27	Observasi reaksi pasien				
28	Simpulkan hasil kegiatan				
29	Buat kontrak selanjutnya				
30	Akhiri kegiatan				
31	Cuci tangan				
32	Dokumentasikan tindakan keperawatan				
TOTAL NILAI					

Keterangan:

*) Critical point

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{32} \times 100\%$$

Yogyakarta,

Evaluator

Lulus apabila :

Nilai kompeten minimal 75%

(.....)

INJEKSI INTRADERMAL/INTRACUTAN (IC)

1. PENGERTIAN

Injeksi intradermal adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan dermis di bawah epidermis kulit dengan menggunakan spuit

2. TUJUAN

- a. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan di bawah kulit untuk diabsorpsi
- b. Metode untuk test diagnostik terhadap alergi atau adanya penyaki-penyakit tertentu

3. TEMPAT INJEKSI

- a. Lengan bawah bagian dalam
- b. Dada bagian atas
- c. Punggung di bawah scapula

4. PERALATAN

- a. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- b. Kapas alkohol
- c. Sarung tangan disposable (bersih)
- d. Obat yang sesuai
- e. Spuit
- f. Pulpen/spidol
- g. Bak instrument
- h. Baki obat
- i. Bengkok

5. PROSEDUR PELAKSANAAN

- a. Cuci tangan
- b. Siapkan obat sesuai prinsip “5 benar”
- c. Identifikasi klien
- d. Beri tahu klien dan jelaskan prosedur yang akan diberikan
- e. Atur klien pada posisi yang nyaman
- f. Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekakuan, peradangan, atau rasa gatal
- g. Pakai sarung tangan

- h. Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter 5 cm. Tunggu sampai kering.
- i. Pegang kapas alkohol dengan jari-jari tengah pada tangan non dominan
- j. Buka tutup jarum
- k. Tempatkan ibu jari tangan nondominan sekitar 2,5 cm di bawah area penusukan kemudian tarik kulit.
- l. Dengan ujung jarum menghadap ke atas dan menggunakan tangan dominan, masukkan jarum tepat dibawah kulit dengan sudut 15 derajat.
- m. Masukkan obat perlahan-lahan, perhatikan adanya jendalan (jendalan harus terbentuk)
- n. Cabut jarum dengan sudut yang sama ketika jarum dimasukkan .
- o. Usap pelan-pelan area penyuntikan dengan kapas alkohol (jangan melakukan masase pada area penusukan)
- p. Buat lingkaran dengan diameter 2,5 cm disekitar jendalan dengan menggunakan pulpen. Instruksikan klien untuk tidak menggosok area tersebut.
- q. Observasi kulit untuk mengetahui adanya kemerahan / bengkak. Untuk tes alergi, observasi adanya 24 reaksi sistemik (misal : sulit bernafas, berkeringat dingin, pingsan, mual dan muntah)
- r. Kembalikan posisi klien.
- s. Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan.
- t. Buka sarung tangan
- u. Cuci tangan
- v. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan
- w. Kaji kembali klien dan tempat injeksi setelah 5 menit , 15 menit, dan selanjutnya secara periodik

STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

**PEMBERIAN OBAT MELALUI
INTRADERMAL/INTRACUTAN (IC)**

Nama Mahasiswa :

NIM :

NO	ASPEK YANG DI NILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
1	Cek catatan perawatan dan medis : program pemberian obat intradermal				
2	Cuci tangan				
3	Siapkan alat dan obat sesuai prinsip "Enam benar" : obat/vaksin yang akan disuntikan, spuit, sarung tangan, baki obat, kapas alkohol, bengkok, pengalas, ballpoint/spidol				
4	Beri salam dan perkenalkan diri. Identifikasi klien dengan memanggil nama klien (sesuai pada kartu / perintah pengobatan)				
5	Sampaikan tujuan, prosedur dan lama tindakan				
6	Beri kesempatan klien bertanya				
7	Tanyakan keluhan dan kaji adanya alergi				
8	Mulai tindakan dengan cara yang baik				
9	Jaga privasi klien				
10	Gunakan sarung tangan				
11	Posisikan klien dengan lengan bawah menghadap muka perawat				
12	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi intradermal				
13	Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekakuan, peradangan dan gatal				
14	Bersihkan area penusukan menggunakan kapas alkohol dengan arah melingkar dari dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm				
15	Tempatkan ibu jari dan telunjuk tangan non dominan sekitar 2,5cm di bawah tempat tusukan dan tarik kulit				
16	Pegang jarum dengan lubang menghadap ke atas dan masukkan jarum tepat di bawah kulit dengan sudut 10-15 derajat *)				
17	Jika jarum telah masuk dibawah kulit dan terlihat, masukkan lagi sekitar 0,5-1 cm, kemudian masukkan obat secara perlahan dan perhatikan adanya jendolan (jendolan harus terbentuk) *)				
18	Cabut jarum dengan sudut yang sama saat dimasukkan				
19	Jika terdapat darah, usap dengan lembut menggunakan				

NO	ASPEK YANG DI NILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	kapas alkohol lain				
20	Beri tanda/lingkaran dengan ballpoint / spidol pada sekitar tempat penusukan dengan diameter sekitar 2,5 cm (tidak mengenai jendolan)				
21	Instruksikan klien untuk tidak menggosok area tersebut				
22	Observasi kulit adanya kemerahan / bengkak. Jika test alergi, perhatikan adanya reaksi sistemik (dispnea, keringat dingin, pingsan, mual, muntah, sianosis, berkurangnya tekanan darah)				
23	Kaji kembali klien dan tempat injeksi setelah 5menit, 15 menit, dan selanjutnya secara periodik selama waktu dinas				
24	Kembalikan posisi klien				
25	Buang peralatan yang tidak terpakai sesuai dengan tempatnya				
26	Buka sarung tangan				
27	Evaluasi perasaan klien				
28	Simpulkan hasil kegiatan				
29	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				
30	Cuci tangan				
31	Catat obat yang diberikan, dosis, waktu pemberian dan cara pemberian				
TOTAL NILAI					

Keterangan:

*) Critical point

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{31} \times 100\%$$

Yogyakarta,
Evaluatur

Lulus apabila :

Nilai kompeten minimal 75%

(.....)

INJEKSI INTRAVENA (IV)

1. PENGERTIAN

Injeksi intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit

2. TUJUAN

- a. Untuk memperoleh reaksi obat yang lebih cepat dibandingkan dengan injeksi parenteral yang lain
- b. Untuk menghindari kerusakan jaringan
- c. Untuk memasukkan obat dalam volume yang lebih besar

3. TEMPAT INJEKSI

- a. Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika)
- b. Pada tungkai (vena saphenous)
- c. Pada leher (vena jugularis)
- d. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)

4. PERTIMBANGAN KHUSUS

- a. Geriatrik :
Usia lanjut biasanya mempunyai vena yang terlihat besar dan dilatasi. Gunakan blood pressure cuff untuk mencegah stress yang berlebihan pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan kolaps atau ruptur (gunakan tekanan yang lebih besar dibandingkan tekanan diastolik)
- b. Pediatrik
Identifikasi kebutuhan untuk restrain anak selama prosedur untuk mencegah injury bila anak menolak. Gunakan kateter kupu-kupu (*butterfly catheter*) dengan spuit untuk mencegah penyedotan darah yang berlebihan dari vena .

5. PERALATAN

- a. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- b. Kapas alkohol
- c. Sarung tangan disposable (sarung tangan bersih)
- d. Obat yang sesuai
- e. Spuit
- f. Bak instrument
- g. Baki obat
- h. Plester
- i. Perlak pengalas

- j. Tourniquet (pembendung vena)
- k. Kassa steril
- l. Betadin
- m. Bengkok

6. PROSEDUR

- a. Posisikan klien dengan lengan ekstensi dengan telapak tangan diatas meja atau bantal
- b. Pasang tourniquet sekitar 5 – 10 cm diatas daerah penusukan, cek adanya denyutan distal
- c. Letakkan pengalas
- d. Instruksikan pada klien untuk membuka dan mengepal beberapa kali
- e. Desinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol dengan gerakan sirkuler dengan arah dari dalam keluar atau dengan usapan satu arah
- f. Tempatkan ibu jari tangan pada vena daerah distal dari tempat penusukan (kurang lebih 2 cm), tekan sampai kulit diatas vena tersebut menegang
- g. Dorong klien untuk melakukan nafas dalam kemudian masukkan jarum dengan sudut 30°
- h. Bila sudah masuk kearah vena, tarik spuit dengan sangat hati-hati dan perhatikan adanya aliran darah yang keluar
- i. Lanjutkan memasukkan jarum dengan hati-hati jika aliran darah yang keluar lambat
- j. Lepaskan tourniquet dengan tangan lain yang bebas
- k. Lakukan aspirasi, kemudian tarik jarum dengan cepat ketika volume darah yang didinginkan tercapai
- l. Tempatkan kapas alkohol dan lakukan penekanan selama satu atau dua atau sampai darah berhenti (bila perlu diplester)
- m. Pindahkan darah dalam spuit ke dalam tabung specimen. Putar tabung perlahan jika terdapat zat tambahan (EDTA)
- n. Beri label pada tabung spesimen dengan benar
- o. Inspeksi daerah penusukan terhadap adanya perdarahan
- p. Bantu klien kembali ke posisi yang nyaman
- q. Kembalikan peralatan :
 - Buang spuit dan jarum yang telah digunakan ke dalam bengkok
 - Lepas sarung tangan
 - Bereskan pengalas
- r. Evaluasi hasil yang dicapai (subyektif dan obyektif)
- s. Beri reinforcement positif pada klien
- t. Kontrak pertemuan selanjutnya
- u. Mengakhiri pertemuan dengan baik
- v. Cuci tangan

7. DOKUMENTASI

Hal yang perlu didokumentasikan adalah:

- a. Waktu dilakukannya prosedur
- b. Jenis pemeriksaan yang dilakukan
- c. Tingkat kerjasama klien

Mencuci Tangan Bersih

4. Pengertian : suatu tindakan membersihkan kotoran dengan sabun atau antiseptik dan dibilas dengan air mengalir.
5. Tujuan : membunuh kuman penyakit yang ada di tangan
6. Prosedur :
 - 1) Persiapan Alat :
 - Sabun antiseptik
 - Bak cuci dan air mengalir
 - Handuk atau pengering
 - 2) Persiapan diri :
 - c. Lepas semua kasesoris yang ada pada tangan.
 - d. Gulung lengan baju sampai siku
 - 3) Pelaksanaan :
 - m. Mengalir air, hindari percikan pada tangan .
 - n. Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankannya lebih rendah dari siku .
 - o. Menaruh sedikit sabun atau antiseptik (2 sampai 4 cc), untuk sabun batang pegang dan gosok sampai berbusa ,.
 - p. Menggosok kedua tangan, telapak tangan dengan cepat selama 10 sampai dengan 15 detik.
 - q. Menggosok punggung tangan secara bergantian
 - r. Menggosok sela-sela jari secara melingkar .
 - s. Menggosok buku-buku jari secara bergantian
 - t. Menggosok ibu jari secara bergantian
 - u. Menggosok ujung-ujung jari secara bergantian
 - v. Membilas lengan dan tangan dengan air bersih yang mengalir.
 - w. Menutup kran dengan siku
 - x. Mengeringkan tangan dengan handuk atau pengering.

PERAWATAN LUKA

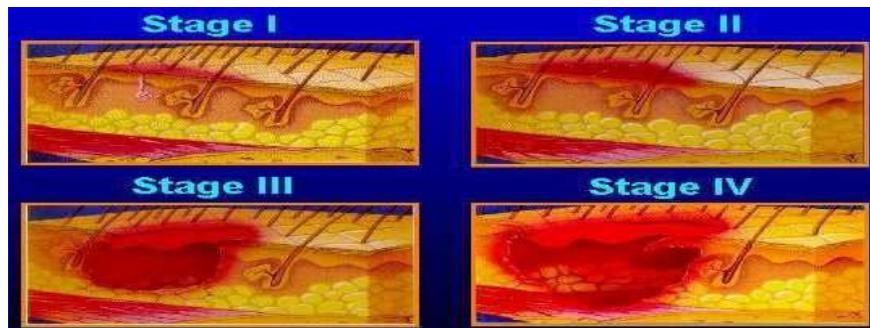
Tujuan

Mempertahankan aktifitas pasien sebagai seorang yang produktif sesegera dan seamanmungkin

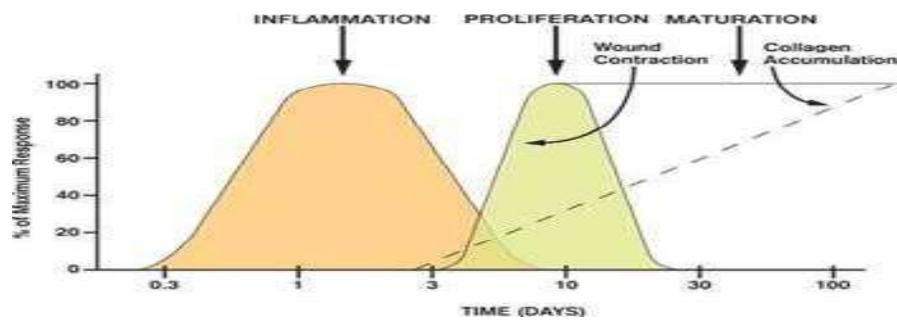
Luka dapat sembuh dengan cepat pada kondisi LEMBAB atau MOIST

Luka dapat sembuh karena melalui 3 tahapan proses penyembuhan luka :

1. inflamasi,
2. destruksi
3. proliferasi dan
4. maturasi



PROSES PENYEMBUHAN LUKA



TIPE LUKA

- ✓ LUKA AKUT
Sesuai dengan proses penyembuhan luka
- ✓ LUKA KRONIK
Mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan luka

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERAWATAN LUKA
POST OPERASI**

Nama :

Nim :

NO	PROSEDUR	0	1	2
1.	Membaca rekam medis			
2.	Mencuci tangan			
3.	Menyiapkan alat: bengkok, perlak, korentang, sarung tangan steril, kapas alkohol sekukupnya, kassa steril, hipavix, gunting verbans, lidi kapas, salep, bak instrument, pinset anatomis 2 buah, pinset curigis 1 buah, kom kecil, Nacl.			
	Fase orientasi			
4.	Salam dan perkenalan			
5.	Jelaskan tujuan da prosedur			
6.	Berikan kesempatan bertanya			
	Fase kerja			
7.	Berikan tempat yang nyaman			
8.	Bentangkan perlak dan taruh bengkok			
9.	Buka set peralatan			
10.	Ambil kasa steril dengan korentang secukupnya taruh diset steril, Tuangkan Nacl pada kom kecil			
11.	Buka pembungkus salep dan siapkan salep			
12.	Pakai sarung tangan steril			
13.	Ambil kapas alkohol dengan tangan non dominan dan ambil pinset dengan tangan dominan (1 TANGAN DI ON KAN)			
14.	Basahi balutan yang telah terpasang sebelumnya dengan kapas alkohol dan ambil balutan lama dengan pinset. Lalu buang dibengkok			
15.	Ambil 2 pinset anatomis dengan tangan dominan dan berikan pada tangan non dominan, celupkan kasa pada Nacl dan peras sampai sedikit kering			
16.	Bersihkan luka sampai bersih dengan memperhatikan kesterilan lalu keringkan jika keadaan luka basah			
17.	Kaji luka meliputi, panjang, lebar, dalam, serta keadaan luka			
18.	Berikan salep dengan menggunakan lidi kapas pada luka			

19.	Tutup luka dengan kasa kering			
20.	Lepas sarung tangan dan plester dengan hipavix			
21.	Bereskan alat dan rapikan pasien			

NO	PROSEDUR	0	1	2
	Terminasi			
22.	Tanyakan respon pasien dann Berikan informasi mengenai keadaan luka pasien			
23.	Lakukan kontrak selanjutnya			
24.	Akhiri tindakan kemudian bersihkan alat dan cuci tangan			
25.	Dokumentasi			
	Total			

0: tidak dilakukan

1: dilakukan tapi tidak sempurna

2: dilakukan dengan sempurna

Penilaian: jumlah yang benar x skor

50

Nilai batas lulus 75 %

Soal Latihan

1. Apa pengertian pemeriksaan penunjang? (Skor 1)
2. Tuliskan 4 tujuan pemeriksaan penunjang! (Skor 4)
3. Apasajakah 5 langkah asuhan keperawatan terkait rekreasi dan hiburan ? (Skor 5)
4. Tuliskan 4 jenis pemeriksaan penunjang dan berikan contohnya ? (skor 4)
5. Tuliskan 5 tanda-tanda vital yang perlu dilakukan pemeriksaan oleh perawat pada pasien ! (Skor 5)

Selamat Mengerjakan

Kunci Jawaban :

1. Apa pengertian pemeriksaan penunjang? (Skor 1)
Pengertian : Penggunaan berbagai metode dan teknologi untuk membantu dokter dalam mendiagnosis dan mengelola kondisi kesehatan pasien.
2. Tuliskan 4 tujuan pemeriksaan penunjang! (Skor 4)
Tujuan :
 - 1). Mengkonfirmasi diagnosis
 - 2). Mendiagnosis kondisi yang tidak jelas
 - 3). Memantau kondisi kesehatan
 - 4). Membantu dalam pengambilan keputusan
3. Apasajakah 5 langkah asuhan keperawatan terkait rekreasi dan hiburan ? (Skor 5)
 - 1) Pengkajian
 - 2) Penegakkan diagnosa keperawatan
 - 3) Perencanaan tindakan
 - 4) Implementasi
 - 5) Evaluasi
4. Tuliskan 4 jenis pemeriksaan penunjang dan berikan contohnya ? (skor 4)
Jenis pemeriksanaan penunjang:
 - 1). Pemeriksaan laboratorium, meliputi pemeriksaan : darah, urin, jaringan tubuh, sputum, feses dll, untuk menilai kondisi kesehatan pasien
 - 2). Pemeriksaan radiologi, meliputi pemeriksaan : sinar-X, CT Scan, MRI, Ultrasound, untuk menilai kondisi organ dan jaringan tubuh
 - 3). Pemeriksaan endoskopi meliputi : pemeriksaan saluran pencernaan, saluran nafas, dan saluran kemih untuk emnilai kondisi organ dan jaringan tubuh 4. Pemeriksaan elektrofisiologis meliputi : pemeriksaan aktifitas listrik jantung dan otak, untuk menilai kondisi organ dan jaringan tubuh
5. Tuliskan 5 tanda-tanda vital yang perlu dilakukan pemeriksaan oleh perawat pada pasien ! (Skor 5)
Ttv:
 - 1). Suhu
 - 2). Nadi
 - 3). Respirasi
 - 4). Tekanan darah
 - 5). Saturasi

Daftar Pustaka

- KMU, 2022, 11 Cara Pemakaian Obat tetes Mata, website ,
https://kmu.id/tata-cara-pemakaian-obat-tetes-mata-yang-tepat/#6_Tarik_kelopak_mata_ke_bawah_dengan_telunjuk_untuk_mempermudah_obat_tetes_mata_masuk_ke_mata, diakses tanggal 19 Mei 2023
- Muryani, dkk, 2018, Buku Ajar Praktikum Keperawatan Dasar, Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan, Wira Husada Yogyakarta, TA 2017/2018
- RSUD Puri Husada, 2020, Prinsip dan Teknik Pemberian Obat, Website :
<http://rsudpurihusada.inhilkab.go.id/prinsip-dan-teknik-pemberian-obat/>, diakses tanggal 19 Mei 2023
- Universitas Alma Ata, 2021, Irigasi Mata, website
<https://www.studocu.com/id/document/universitas-alma-ata-yogyakarta/profesi-ners/irigasi-mata-telinga-sistem-indera/34132860>, diakses tanggal 19 Mei 2023