

# **PANDUAN KEPERAWATAN DEWASA**

**PROFESI NERS TA 2014/2015**



**Disusun Oleh:  
TIM KEPERAWATAN DEWASA**

**PENDIDIKAN PROFESI NERS  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIAH  
YOGYAKARTA  
2014**

# HALAMAN PENGESAHAN

PANDUAN PROFESI NERS

KEPERAWATAN DEWASA



**BUKU PANDUAN PROFESI NERS KEPERAWATAN DEWASA INI DIGUNAKAN SEBAGAI  
PANDUAN DALAM PELAKSANAAN PRAKTIK PADA PROGRAM PROFESI NERS PROGRAM STUDI  
ILMU KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'ASIYIAH YOGYAKARTA**

**YOGYAKARTA, SEPTEMBER 2014**

**DISETUJUI OLEH**

**DISUSUN OLEH**

**ERY KHUSNAL, MNS**

**Wantonoro, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB**

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum warohmatullahi wabarakatuh*

Alhamdulillahirobbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan buku panduan profesi ners Keperawatan Dewasa. Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan panduan mahasiswa dalam belajar aktif dan mandiri tentang praktek profesi ners stase Keperawatan Dewasa.

Penyusunan buku ini dapat diselesaikan dengan baik atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Warsiti, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat selaku Ketua STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
2. Ery Khusnal, MNS selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Aisyiyah Yogyakarta
3. Rekan - rekan pembimbing stase Keperawatan Dewasa, atas kerjasama yang baik
4. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, untuk itu diperlukan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk perbaikan penyusunan yang akan datang.

*Wassalamu'alaikum warohmatullahi wabarakatuh*

Penyusun

Wantonoro, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B

## DAFTAR ISI

---

HALAMAN JUDUL .....	
DAFTAR ISI.....	
PENDAHULUAN .....	
INFORMASI UMUM MATA AJAR .....	
A. Deskripsi Mata Ajar .....	
B. jumlah SKS dan Lamanya Program .....	
C. Persyaratan Mata Ajar .....	
D. Kegiatan Pembelajaran Secara Umum .....	
TUJUAN INSTRUKSIONAL .....	
A. Tujuan Instruksional Umum .....	
B. Tujuan Instruksional Khusus .....	
KOMPETENSI.....	
MATERI YANG HARUS DIKUASAI .....	
ALUR PRAKTIK .....	
JADWAL KEGIATAN PRAKTIK .....	
BUKU ACUAN .....	
LAMPIRAN .....	

## PENDAHULUAN

- A. VISI** : Menjadi Program Studi Ners terbaik tingkat sekolah tinggi di Indonesia tahun 2016
- B. MISI** :
1. Menyelenggarakan pendidikan ners profesional yang berkualitas, berkesinambungan dan terpadu guna memenuhi kebutuhan dan tuntutan tenaga ners pada tingkat nasional, regional dan global.
  2. Merupakan pusat pelatihan, penelitian, pelayanan, pembaharuan, pengembangan dan rujukan keperawatan.
  3. Merealisasikan pendidikan ners yang Qur'ani dan menghasilkan lulusan ners yang profesional dan berakhlak mulia serta menjadi mubaligh dan mubalighot.
  4. Menjalin kerjasama secara berkelanjutan dengan lembaga pendidikan, penelitian, pemerintah, dunia usaha dan masyarakat.
  5. Mengembangkan organisasi program pendidikan ners yang sesuai dengan tuntutan zaman serta meningkatkan manajemen yang transparan dan berkualitas secara berkelanjutan.
- C. KEUNGGULAN** : Menjadi Program Studi Ners dengan keunggulan *Islamic Nursing*
-

## PENDAHULUAN

---

Keperawatan Dewasa "*Medical Surgical Nursing*" merupakan bentuk asuhan keperawatan pada klien dewasa yang mengalami gangguan fisiologis secara actual maupun resiko/potensial karena adanya penyakit, trauma maupun kecacatan. Asuhan keperawatan meliputi perlakuan terhadap individu untuk memperoleh kenyamanan; membantu individu dalam meningkatkan dan mempertahankan kondisi sehatnya; melakukan prevensi, deteksi dan mengatasi kondisi berkaitan dengan penyakit; mengupayakan pemulihan sampai klien dapat mencapai kapasitas produktif tertingginya; serta membantu klien menghadapi kematian secara bermartabat.

Klien yang ditangani adalah orang dewasa "*adult*". Kategori dewasa berimplikasi pada perawatan yang dijalani sesuai tahapannya. Tugas-tugas perkembangan ini dapat berdampak pada perubahan peran dan respon psikososial selama klien mengalami masalah kesehatan, dan hal ini perlu menjadi pertimbangan Ners dalam melakukan kajian dan intervensi keperawatan. Pendekatan keperawatan harus memperhitungkan "level kedewasaan" klien yang ditangani, dengan demikian pelibatan dan pemberdayaan klien dalam proses asuhan merupakan hal penting sesuai dengan kondisinya dan ini berkenaan dengan "*Self-Caring Capacities*".

Penyakit, trauma atau kecacatan sebagai masalah kesehatan yang dihadapi klien dapat bersumber atau terjadi pada seluruh system tubuh meliputi system-sistem *persyarafan; endokrin; pernafasan; kardiovaskuler; pencernaan; perkemihan; muskuloskeletal; integumen; kekebalan tubuh; pendengaran; penglihatan*; serta permasalahan-permasalahan yang dapat secara umum menyertai seluruh gangguan system yaitu issue-issue yang berkaitan dengan keganasan dan kondisi terminal.

Sementara itu sebagai Ners muslim didalam berelasi dengan klien, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dewasa dan juga keluarganya pada berbagai tatanan layanan kesehatan yang ada, hendaknya menjadikan kaidah-kaidah agama sebagai rujukan pertama dan utama. Sehingga keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan tidak hanya dilihat dari parameter objektif ilmu kesehatan secara umum, namun juga berhasil dari perspektif agama. Hal ini juga

kiranya selaras dengan prinsip asuhan keperawatan yang harus dilakukan secara komprehensif (Bio-Psiko-Sosial-Spiritual)

Beberapa firman Allah dan hadits di bawah ini kiranya dapat dijadikan sebagai bagian rujukan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dewasa “*Medical Surgical Nursing*”.

#### Al-Qur’an Surat Asy Syu'araa Ayat 78-82

وَالَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ ﴿٧٨﴾ وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ ﴿٧٩﴾  
وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴿٨٠﴾ وَالَّذِي يُمِيتُنِي ثُمَّ يُحْيِينِ ﴿٨١﴾

Artinya:

(Yaitu Tuhan) yang telah menciptakan Aku, Maka Dialah yang menunjuki Aku. Dan Tuhanku, yang Dia memberi Makan dan minum kepadaKu. Dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkan Aku. Dan yang akan mematikan Aku, kemudian akan menghidupkan aku (kembali)”.

#### Al-Qur’an Surah Al Anbiyaa’ [21]:83-84

﴿وَأَيُّوبَ إِذْ نَادَى رَبَّهُ أَنِّي مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ  
الرَّاحِمِينَ﴾ ﴿٨٣﴾  
فَأَسْتَجِبْنَا لَهُ وَفَكَشَفْنَا مَا بِهِ مِنْ ضُرِّهِ وَعَآتَيْنَاهُ أَهْلَهُ وَمِثْلَهُمْ مَعَهُمْ  
رَحْمَةً مِّنْ عِنْدِنَا وَذِكْرَىٰ لِلْعَابِدِينَ﴾ ﴿٨٤﴾

Artinya

Dan (ingatlah kisah) Ayub, ketika ia menyeru Tuhannya: “(Ya Tuhanku), Sesungguhnya aku telah ditimpa penyakit dan Engkau adalah Tuhan yang Maha Penyayang di antara semua Penyayang”. Maka Kami pun memperkenankan seruannya itu, lalu Kami lenyapkan penyakit yang ada padanya dan Kami kembalikan keluarganya kepadanya, dan Kami lipat gandakan bilangan mereka, sebagai suatu rahmat dari sisi Kami dan untuk menjadi peringatan bagi semua yang menyembah Allah.

## Al-Qur'an Surah Ibrahim [14]:7

وَإِذْ تَأْتِيَن رَّبُّكُمْ لِيَن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلِيَن كَفَرْتُمْ إِنَّ

عَذَابِي لَشَدِيدٌ ﴿٧﴾

Artinya:

Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memaklumkan; “Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), Maka Sesungguhnya azab-Ku sangat pedih”.

### Hadist

“Tidak ada yang yang menimpa seorang muslim kepenatan, sakit yang berkesinambungan (kronis), kebimbangan, kesedihan, penderitaan, kesusahan, sampai pun duri yang ia tertusuk karenanya, kecuali dengan itu Allah menghapus dosanya. (Hadist diriwayatkan oleh Al-Bukhari).

“Tidaklah seorang muslim tertimpa derita dari penyakit atau perkara lain kecuali Allah hapuskan dengannya (dari sakit tersebut) kejelekan-kejelekannya (dosa-dosanya) sebagaimana pohon menggugurkan daunnya.” (Diriwayatkan oleh Imam Muslim).

“Jika kamu menjenguk orang sakit, mintalah kepadanya agar berdoa kepada Allah untukmu, karena doa orang yang sakit seperti doa para malaikat.” (HR. Asy-Suyuti)

Rasulullah bersabda. “Dua nikmat yang sering tidak diperhatikan oleh kebanyakan manusia yaitu kesehatan dan waktu luang.” (HR. Bukhari yang diriwayatkan oleh Ibnu Abbas).

## **LINGKUP PRAKTEK**

---

### **Lingkungan Praktik**

- ❑ Lingkungan Keperawatan Dewasa merupakan lingkungan keperawatan yang kompleks, memperhatikan etik, kultur dan bersifat dinamis.
- ❑ Pelayanan klien keperawatan dewasa dilakukan dengan standar praktik terbaik dan menggunakan sumber-sumber internal maupun eksternal secara efisien.
- ❑ Lingkungan Keperawatan Dewasa merupakan dasar untuk pengajaran, kemahiran dan konsolidasi keperawatan, pengetahuan, skill dan critical thinking.
- ❑ Perawat praktisi keperawatan dewasa merupakan perawat dengan kapasitas yang beragam dalam lingkungan yang mempromosikan pelayanan kesehatan yang aman, efisien dan efektif.
- ❑ Keperawatan Dewasa terdapat dalam berbagai tingkat pelayanan baik primer, sekunder, tersier serta pelayanan perawatan akut, kronik dan jangka panjang. Meliputi pasien rawat inap, rawat jalan, pembedahan, klinik medis dewasa, klinik kesehatan primer, klinik komunitas, dll.
- ❑ Keperawatan Dewasa yang holistic diberikan melalui praktik kolaborasi semua anggota tim interprofesional dan bantuan komunitas untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosi, sosial, religi dan cultural bagi klien dan keluarganya.

### **Individu**

- ❑ Klien keperawatan dewasa adalah orang dewasa dengan berbagai latar belakang keluarga, komunitas, ras, gender, bahasa, pendidikan, budaya, sosial ekonomi, agama yang berbeda.
- ❑ Klien keperawatan dewasa adalah mereka yang mengalami berbagai masalah yang kompleks dan memerlukan berbagai perawatan baik sementara maupun perawatan total.
- ❑ Klien keperawatan dewasa dan keluarganya merupakan partisipan aktif dan konsumen pelayanan keperawatan/kesehatan.

### **Keluarga**

- ❑ Keluarga didefinisikan sebagai orang terdekat klien dan dapat berpartisipasi dalam perawatan

### **Perawat**

- ❑ Perawat merupakan pemimpin dan anggota dalam tim interprofesional pelayanan kesehatan yang memfasilitasi mulai dari pengkajian, perawatan, terapi, edukasi, perencanaan pulang dan tindak lanjut.
- ❑ Perawat mempunyai tanggung jawab primer untuk memprioritaskan, mengorganisasi dan mengkoordinasi perawatan klien dalam jumlah yang banyak dan dengan berbagai isu yang kompleks dan multi-sistemik.

- ❑ Perawat memberikan perawatan secara evidence serta mempertahankan kompetensi professional melalui edukasi, penelitian dan pengembangan skill.
- ❑ Perawat wajib menghormati hak klien pada persepsinya terhadap masalah kesehatan dan keputusannya akan perawatan, tetapi juga memberikan pengertian tentang dampak keputusannya.
- ❑ Perawat memfasilitasi kemampuan klien dan keluarga untuk menghadapi stressor yang berhubungan dengan penyakit dan lingkungan dan mendorong akses terhadap sumber-sumber yang ada dan sesuai.
- ❑ Perawat memberikan advokasi untuk lingkungan perawatan yang aman, beretika, berkualitas untuk menjaga hasil yang terbaik.
- ❑ Perawat memiliki akuntabilitas professional untuk memandu dan membagi pengalaman dengan mahasiswa perawat dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain.
- ❑ Perawat secara berkelanjutan mengadaptasi teknologi yang dapat meningkatkan system pelayanan kesehatan

### **Kesehatan**

- ❑ Kesehatan merupakan konsep personal yang dilihat dalam konteks personal klien secara kultural, agama dan sistem etik.
- ❑ Keberadaan kesehatan berkelanjutan mulai dari adanya penyakit akut, kronis, ketidakmampuan, proses penuaan sampai akhir kehidupan.

## **INFORMASI UMUM MATA AJAR**

---

### **Deskripsi Mata Ajar**

Mata ajar Keperawatan Dewasa tahap profesi merupakan sintesa dari konsep dan prinsip Keperawatan Dewasa melalui penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dewasa yang sedang atau cenderung mengalami perubahan fisiologis ataupun struktur. Asuhan yang diberikan didasari pada pendekatan proses keperawatan yang komprehensif dan berlandaskan pada aspek etik dan legal keperawatan.

### **Jumlah SKS dan lamanya program**

Mata ajar ini mempunyai bobot **8 SKS** dan lama pembelajaran adalah 72 hari, termasuk proses evaluasi

### **Persyaratan Mata Ajar**

Sebelum mengikuti stase Keperawatan Dewasa ini, mahasiswa diharapkan telah memiliki ketrampilan keperawatan dasar yang diperoleh selama mengikuti program Keperawatan dasar Profesi (KDP).

## **Kegiatan Pembelajaran Secara Umum**

Semua kegiatan pada mata ajar ini dilakukan di klinik (Rumah Sakit). Kegiatan penunjang seperti presentasi kasus atau jurnal dapat dilakukan di ruang diskusi, kelas (kampus), atau tempat lain sesuai kesepakatan antara pembimbing dengan mahasiswa.

## **TUJUAN INSTRUKSIONAL**

---

### **Tujuan Instruksional Umum**

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan didasari pada ilmu dan teknologi keperawatan serta etika dan aspek legal keperawatan pada pasien dewasa yang mengalami gangguan kebutuhan dasar manusia ataupun gangguan kesehatan pada area keperawatan medical bedah.

### **Tujuan Instruksional Khusus**

Mahasiswa mampu:

1. Melakukan Pengkajian
  - a. Mengkaji secara *holistic* data-data yang didapat melalui wawancara pada pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik catatan medis dan catatan keperawatan yang digunakan dilahan praktik.
  - b. Mengidentifikasi dan membedakan data normal dan data patologis.
  - c. Mengelompokkan data patologis sesuai dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia atau sesuai dengan gangguan sistem tubuh.
2. Menentukan tujuan keperawatan
  - a. Menentukan tujuan
  - b. Menentukan criteria pencapaian tujuan
3. Merumuskan diagnosa keperawatan
  - a. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan analisis data yang didapat berdasarkan data obyektif dan subyektif yang tepat
  - b. Merumuskan diagnosa aktual maupun resiko
  - c. Menentukan prioritas diagnosa keperawatan
4. Merencanakan tindakan keperawatan
  - a. Menetapkan tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi masalah
  - b. Menetapkan tindakan keperawatan yang mencakup tindakan observasi keperawatan (*Observation*), Terapi keperawatan (*Nursing intervention*), Pendidikan kesehatan (*Education*) dan Kolaborasi (*Collaboration*).
  - c. Memberikan rasionalisasi dari setiap tindakan yang direncanakan
5. Implementasi tindakan keperawatan
  - a. Melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sesuai dengan standar prosedur
  - b. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan

6. Evaluasi
  - a. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (melakukan tindak lanjut keperawatan dengan metode evaluasi SOAP)
  - b. Memodifikasi diagnosa keperawatan berdasarkan hasil evaluasi
7. Membuat rencana pendidikan kesehatan, termasuk rencana pemulangan pasien (*discharge planning*).
8. Mendiskusikan dengan pembimbing klinik aspek etika dan legal yang terkait dengan asuhan keperawatan medical bedah yang diberikan

## **KOMPETENSI**

Kompetensi klinik yang diharapkan dicapai oleh mahasiswa setelah mengikuti mata ajar Keperawatan Dewasa profesi adalah: memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami berbagai macam gangguan sistem tubuh yang umum terjadi berdasarkan keilmuan yang terkait dengan Keperawatan Dewasa.

Kompetensi yang diharapkan dicapai ini terdiri dari 6 elemen kompetensi dan kriteria penampilan kerja dari tiap elemen.

1. Melakukan pengkajian keperawatan termasuk pemeriksaan fisik dan data penunjang secara holistik  
Kriteria penampilan kerja:
  - a. Data pengkajian didokumentasikan secara sistematis dan komprehensif pada format dokumentasi yang ditetapkan
  - b. Teknik pemeriksaan fisik didokumentasikan secara akurat
  - c. Teknik komunikasi terapeutik terus menerus dipertahankan selama melakukan pengkajian
2. Menganalisis dan menetapkan diagnosis keperawatan dengan tepat  
Kriteria penampilan kerja:
  - a. Menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus-kasus yang umum terjadi pada pasien dewasa
  - b. Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan rumusan PE/PES
  - c. Diagnosa keperawatan yang ditegaskan menggambarkan penggunaan konsep patofisiologi, biokimia, farmakologi, diet dan konsep-konsep keperawatan
  - d. Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai prioritas
  - e. Diagnosa keperawatan yang akurat terdokumentasikan
3. Menetapkan tujuan perawatan dan rencana tindakan keperawatan  
Kriteria penampilan kerja:
  - a. Tujuan yang realistis ditetapkan dalam rencana keperawatan
  - b. Kriteria tujuan ditetapkan secara rasional
  - c. Intervensi keperawatan didokumentasikan
  - d. Intervensi keperawatan ditetapkan sesuai dengan standar intervensi

- e. Menetapkan intervensi keperawatan yang meliputi: monitoring (Observation), terapi keperawatan (Nursing), pendidikan kesehatan (Education) dan kolaborasi (Collaboration).
  - f. Intervensi keperawatan yang direncanakan merefleksikan pemahaman terhadap prinsip-prinsip patofisiologi, farmakologi, ilmu diet dan konsep keperawatan.
4. Melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan
- Kriteria penampilan kerja:
- a. Senantiasa memperlihatkan praktik keperawatan yang aman bagi klien
  - b. Senantiasa mempertahankan teknik aseptik yang diperlukan
  - c. Mendemonstrasikan secara tepat tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien berdasarkan:
    - Gangguan system tubuh
    - Pemenuhan kebutuhan dasar manusia
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan
- Kriteria penampilan kerja:
- a. Melakukan evaluasi setiap hari
  - b. Menggunakan sistematika SOAP dalam melakukan evaluasi
  - c. Semua evaluasi terdokumentasikan pada format yang telah ditetapkan
  - d. Semua evaluasi terdokumentasikan pada format yang telah ditetapkan
6. Senantiasa memperlihatkan praktik keperawatan yang profesional berdasarkan etik dan legal keperawatan.
- Kriteria penampilan kerja:
- a. Menyampaikan ide dan pendapat sesuai dengan referensi
  - b. Menunjukkan kesiapan diri sebelum praktik klinik
  - c. Mengenali kekuatan dan kelemahan diri
  - d. Melaksanakan tanggungjawab yang diberikan
  - e. Senantiasa mempertahankan ketepatan waktu
  - f. Menggunakan seragam sesuai dengan ketentuan
  - g. Senantiasa berperilaku baik dalam memberikan asuhan keperawatan
  - h. Senantiasa berperilaku baik dalam berhubungan dengan teman, pembimbing dan tenaga kesehatan
  - i. Senantiasa mempertimbangkan aspek legal dalam memberikan asuhan keperawatan
  - j. Senantiasa menggunakan ilmu pengetahuan sebagai dasar dalam melakukan tindakan keperawatan
  - k. Menunjukkan efektivitas dan efisiensi dalam menggunakan sumber-sumber yang tersedia

## MATERI YANG HARUS DIKUASAI

---

### A. NEUROLOGIS

1. Mengenali penampakan klinis pada klien dengan:
  - a. Penyakit Neuromuskuler (Parkinson, ALS, MS, dll)
  - b. Perubahan tingkat kesadaran
  - c. *Cerebrovascular incident* (Transient Ischemic Attack/cerebrovascular Accident)
  - d. Kejang/Status Epileptikus
  - e. *Space-Occupying Lesion* (Ex: Tumor) dan
  - f. *Head Injury/Cedera Kepala*
2. Merawat klien yang menjalani prosedur neurologis
  - a. Lumbar Puncture
  - b. Prosedur Diagnostik (MRI, CT, Angiogram, EEG)
3. Melakukan pemeriksaan neurologis untuk mengetahui perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem neurologis
4. Menginterpretasi data yang berhubungan dengan system neurologis menggunakan vital sign, hasil pemeriksaan neurologis, hasil lab dan hasil prosedur diagnostik
5. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor status neurologis dan mempertahankan perfusi serebral seperti:
  - a. Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
  - b. Pemberian dan monitoring agen farmakologis
  - c. mengimplementasikan strategi nonfarmakologis
  - d. Memberikan lingkungan yang aman bagi klien (*fall prevention, seizure precaution, behavioral management*)
  - e. Memenuhi kebutuhan psikologis klien dan keluarga
6. Mengevaluasi intervensi pada klien yang membutuhkan perawatan dengan gangguan neurologis, mengadaptasi rencana tindakan, melakukan komunikasi dan mendokumentasikan tindakan.
7. Mengenali dan mengelola potensial komplikasi yang mungkin terjadi post prosedur (emboli, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock, infeksi, sakit kepala, kejang, nyeri)
8. Sebagai partner dalam proses edukasi individual terhadap klien yang membutuhkan perawatan dengan gangguan neurologis (kesiapan klien untuk belajar, sumber yang ada, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan, adaptasi dengan gambaran tubuh yang baru).

### B. KARDIOVASKULER

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Gagal jantung
  - b. Thromboembolisme
  - c. Sindrom Koroner Akut

- d. Gangguan denyut jantung
  - e. Infeksi dan proses inflamasi (ex: endokarditis, perikarditis, sepsis sistemik)
  - f. Hipertensi/hipotensi
  - g. Shock
  - h. Henti jantung
  - i. Penyakit vaskuler perifer
2. Merawat klien dengan atau mengalami:
    - a. Alat akses vena
    - b. Pembedahan vaskuler (femoral popliteal bypass, stenting)
    - c. *Pacemaker*
    - d. Angiogram/angioplasty
    - e. Test toleransi exercise
  3. Mengkaji system kardiovaskuler menggunakan vital sign, pengkajian jantung dan vaskuler perifer serta status fungsional.
  4. Menginterpretasi data yang berhubungan dengan sistem kardiovaskuler menggunakan vital sign, hasil laboratorium dan prosedur diagnostic/imaging.
  5. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola status kardiovaskuler seperti:
    - a. Melakukan vital sign, pengkajian kardiovaskuler dan irama jantung
    - b. Mengelola cairan dan keseimbangan cairan
    - c. Memberikan dan memonitor agen farmakologis
    - d. Mengimplementasikan strategi non farmakologis
    - e. Memberikan lingkungan klien yang aman (ex: resiko jatuh, hipotensi)
    - f. Memenuhi kebutuhan psikososial klien dan keluarga
  6. Mengevaluasi intervensi pada klien yang membutuhkan perawatan kardiovaskuler, mengadaptasi rencana keperawatan serta mengkomunikasikan dan mendokumentasikan rencana keperawatan.
  7. Mengenali dan mengelola komplikasi actual maupun potensial post prosedur (ex: embolisme, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock, infeksi)
  8. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan kardiovaskuler (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan).

### **C. RESPIRATORI**

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Obstruksi jalan nafas parsial atau komplit (ex: Lidah, benda asing, mukus kental)
  - b. Penyakit paru restriktif (ex: pneumonia)
  - c. Penyakit paru obstruktif (ex: COPD, emphysema, asma, Bronkhitis)
  - d. Penyakit paru interstitial (ex: Cystic Fibrosis)
  - e. Emboli paru
  - f. Efusi pleura

- g. Empyema
  - h. Obstructive Sleep Apnea
  - i. Kanker paru
  - j. Pneumothorax
  - k. Atelektasis
2. Merawat klien yang menjalani prosedur berikut:
    - a. Pembedahan (ex: Lobectomy, Tracheostomy, pneumonectomy, thorocotomy)
    - b. Selang dada (ex: insersi, pelepasan)
    - c. Pleurocentesis
    - d. Pleurodesis
    - e. Bronchoscopy
    - f. Test fungsi paru
  3. Mengkaji system pernafasan menggunakan:
    - a. Vital sign meliputi oksimetri
    - b. Pengkajian pernafasan (ex: inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi, tingkat kesadaran)
    - c. Status fungsional (ex:toleransi latihan, fatigue)
  4. Melakukan interpretasi data yang berhubungan dengan system pernafasan menggunakan vital sign, AGD, hasil laboratorium dan prosedur diagnostik/gambaran radiologis.
  5. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola status respirasi seperti:
    - a. Mempertahankan jalan nafas adekuat meliputi alat ventilasi tekanan positif non invasif
    - b. Mengoptimalkan pertukaran gas (ex: perubahan posisi, mobilisasi, manajemen nyeri, oksigen, spirometri incentive)
    - c. Memberikan dan memonitor agen farmakologis
    - d. Mengelola keseimbangan cairan dan asam basa
    - e. Melaksanakan strategi non farmakologis
    - f. Memberikan lingkungan perawatan yang aman
    - g. Memenuhi kebutuhan psikososial klien dan keluarga
  6. Melakukan evaluasi intervensi pada klien dengan kebutuhan perawatan pernafasan (ex: mengenali adanya perubahan, mengadaptasi rencana, mendokumentasi/mengkomunikasikan rencana).
  7. Mengenali dan mengelola komplikasi aktual maupun potensial post prosedur (ex: embolisme, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock, infeksi)
  8. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan respirasi (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan).

#### **D. SISTEM GASTROINTESTINAL**

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Gangguan mekanik system gastrointestinal (ex: obstruksi usus, konstipasi/diare, hernia, disfagia)
  - b. Gangguan diet (ex: pancreatitis, gastritis, peritonitis, appendicitis, sindrom usus iritabel, anemia pernisirosa)
  - c. Penyakit liver (ex: sirosis, gagal hati)
  - d. Penyakit radang usus (ex: Penyakit Crohns, colitis ulseratif, diverticulitis)
  - e. Penyakit pada kandung empedu (ex: kolelitiasis, kolesistitis)
  - f. Kanker
  - g. Perdarahan gastrointestinal (ex: varises esophagus, ulserr peptic, perdarahan gastrointestinal atas dan bawah)
  - h. Tissue bariatrik
2. Merawat klien yang menjalani prosedur berikut:
  - a. Radiologi diagnostic
  - b. Intervensi bedah (ex: ostomi, reseksi)
  - c. Scopes (ex: gastroscop, sigmoidoscope, colonoscope, ERCP\_
  - d. Inseri selang makan enteral
  - e. Parasentesis
3. Mengkaji sistem gastrointestinal menggunakan vital sign, penurunan berat badan, pengkajian abdomen, pengkajian nutrisi dan status fungsional.
4. Melakukan interpretasi data yang berhubungan dengan sistem gastrointestinal menggunakan vital sign, hasil laboratorium dan prosedur diagnostik/gambaran radiologis.
5. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola kesehatan gastrointestinal seperti:
  - a. Mengoptimalkan fungsi gastrointestinal
  - b. Mengelola selang nasogastrik, pemberian makan secara enteral, drain dan ostomi
  - c. Melakukan pengkajian gastrointestinal (ex: rigiditas, distensi, tenderness).
  - d. Memberikan dan memonitor agen farmakologis
  - e. Melaksanakan strategi non farmakologis
  - f. Menyediakan dan memberikan dukungan nutrisi (ex: Total parenteral nutrition)
  - g. Mengelola keseimbangan cairan dan elektrolit
  - h. Memberikan lingkungan yang aman bagi klien
  - i. Memenuhi kebutuhan psikososial klien dan keluarga
6. Melakukan evaluasi intervensi pada klien dengan kebutuhan perawatan gastrointestinal (ex: mengenali adanya perubahan, mengadaptasi rencana, mendokumentasi/mengkomunikasikan rencana).
7. Mengenali dan mengelola komplikasi aktual maupun potensial post prosedur (ex: nausea/vomiting/diare, obstruksi, ileus paralitik, embolisme, alergi, perdarahan, luka, shock, perforasi, infeksi)

8. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan gastrointestinal (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan).

#### **E. SISTEM GENITOURINARI DAN REPRODUKSI**

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Gagal ginjal akut/kronis (ex: rhabdomyolisis)
  - b. Infeksi (ex: ISK, glomerulonefritis, pielonefritis, prostatitis, sistitis)
  - c. Inkontinensia, retensi urine dan obstruksi
  - d. Kanker (ex: Ginjal, prostat)
  - e. Prolaps
  - f. Urolitiasis
  - g. BPH
2. Merawat klien yang menjalani prosedur berikut:
  - a. Pemeriksaan radiologis (ex: IVP, Sistoscopy)
  - b. Diversi urinary (ex: neobladder, ileal conduit)
  - c. Continuous Bladder Irrigation (CBI)
  - d. Selang atau drain
  - e. Dialisis (ex: peritoneal, hemodialisis)
  - f. Kateterisasi urine (ex: suprapubik, uretral)
  - g. Nefrectomi
  - h. Prosedur pembedahan khusus laki-laki (ex: TURP, prostatektomi radikal, orkhidektomi)
  - i. Prosedur pembedahan khusus wanita (Mastektomi, lumpektomi, histerektomi, transvaginal taping, embolisasi arteri uterus, SC)
  - j. Rekonstruksi (ex: payudara, urologi)
3. Mengkaji sistem genitourinary dan atau sistem reproduksi menggunakan monitoring intake dan output, karakteristik aliran urine/vagina dan pola berkemih.
4. Melakukan interpretasi data yang berhubungan dengan sistem genotourinari dan reproduksi menggunakan vital sign, hasil laboratorium dan prosedur diagnostik/gambaran radiologis.
5. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola status genotourinari dan reproduksiseperti:
  - a. Mengoptimalkan fungsi genitourinary (ex: pelepasan kateter lebih awal, *bladder training*)
  - b. Mengkaji efek agen nefrotoksik atau pembersihan yang tertunda (ex: diuretic, vasopresor, antibiotic, agen radiografi)
  - c. Memberikan dan memonitor agen farmakologis
  - d. Mengelola keseimbangan cairan dan elektrolit
  - e. Melaksanakan strategi non farmakologis
  - f. Memberikan lingkungan perawatan yang aman

- g. Memenuhi kebutuhan psikososial klien dan keluarga
- 6. Melakukan evaluasi intervensi pada klien dengan kebutuhan perawatan genitourinary dan reproduksi (ex: mengenali adanya perubahan, mengadaptasi rencana, mendokumentasi/mengkomunikasikan rencana).
- 7. Mengenali dan mengelola komplikasi aktual maupun potensial post prosedur (ex: embolisme, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock, infeksi)
- 8. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan perawatan genitorinari dan reproduksi (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan, keamanan).

#### **F. SISTEM MUSKULOSKELETAL DAN INTEGUMEN**

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Osteoarthritis
  - b. Fraktur patologis/traumatic (ex: osteoporosis, kanker tulang)
  - c. Cedera otot, jaringan lunak dan atau ligament
  - d. Infeksi (ex: Selulitis, osteomielitis, abses)
  - e. Kanker kulit
  - f. Ulser (ex: tekanan, vena, arteri)
2. Merawat klien yang menjalani prosedur berikut:
  - a. Penggantian sendi
  - b. Fiksasi internal/eksternal (ex: gips, traksi, plating dan pinning, fusi)
  - c. Amputasi
  - d. Insisi dan drainase
  - e. Perawatan luka
  - f. Biopsi
3. Mengkaji system musculoskeletal/integumen menggunakan vital sign, pengkajian neurovaskuler, pengkajian vaskuler perifer, pengkajian kulit dan status fungsional.
4. Mengkaji faktor resiko mobilitas (ex: jatuh, rusaknya jaringan kulit)
5. Melakukan interpretasi data yang berhubungan dengan system musculoskeletal/integumen menggunakan vital sign, pengkajian vaskuler perifer, hasil laboratorium dan prosedur diagnostik/gambaran radiologis.
6. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola status respirasi seperti:
  - a. Mengoptimalkan status fungsional
  - b. Memberikan dan memonitor agen farmakologis
  - c. Mengelola keseimbangan cairan dan elektrolit
  - d. Melaksanakan strategi non farmakologis
  - e. Mengelola perubahan dalam pengkajian neurovaskuler
  - f. Mengelola alat-alat bantu (ex: kruk, walker, prosthesis)
  - g. Menjaga kesehatan kulit
  - h. Menjaga nutrisi optimal

- i. Memberikan lingkungan perawatan yang aman
  - j. Memenuhi kebutuhan psikososial klien dan keluarga
7. Melakukan evaluasi intervensi pada klien dengan kebutuhan perawatan muskuloskeletal/integumen (ex: mengenali adanya perubahan, mengadaptasi rencana, mendokumentasi/mengkomunikasikan rencana).
  8. Mengenali dan mengelola komplikasi actual maupun potensial post prosedur (ex: embolisme, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock, infeksi, sindrom kompartemen).
  9. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan muskuloskeletal/integumen (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan, gambaran tubuh).

#### **G. SISTEM IMUNOLOGI, HEMATOLOGI DAN ENDOKRINOLOGI**

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Diabetes (ex: hipo/hiperglikemia, ketoasidosis diabetikum)
  - b. Konsisi tiroid (ex: hipo/hipertiroid)
  - c. Kondisi kelenjar adrenal (ex: Penyakit Addison, cushing's syndrome, SIADH, diabetes insipidus).
  - d. Diskrasia darah (ex: multiple myeloma, hemophilia, anemia, krisis sel sikle, polisitemia, trombositopenia)
  - e. Immunosupresi
  - f. Gangguan autoimmunn (ex: arthritis rheumatoid, SLE, gout)
  - g. Kanker darah
2. Merawat klien yang menjalani prosedur imunologi/hematologi/endokrinologi:
  - a. Tiroidektomi
  - b. Kemoterapi/terapi radiasi
  - c. Aspirasi sumsum tulang
  - d. Tranfusi darah dan produk darah
3. Mengkaji sistem imunologi/hematologi/endokrinologi menggunakan vital sign, kadar gula darah, status fungsional, inspeksi kulit, penurunan BB dan status nutrisi.
4. Mencegah dan mengobati infeksi oportunistik
5. Melakukan interpretasi data yang berhubungan dengan sistem imunologi/hematologi/endokrinologi menggunakan vital sign, hasil laboratorium dan prosedur diagnostik/gambaran radiologis.
6. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola perubahan dalam status imonologi/hematologi/endokrinologi seperti:
  - a. Mengelola kadar glukosa darah
  - b. Memberikan darah dan produk darah
  - c. Memberikan dan memonitor agen farmakologis (ex: agen sitotoksik)
  - d. Melaksanakan strategi non farmakologis
  - e. Melakukan pencegahan (ex: isolasi proteksi)

- f. menjaga nutrisi optimal
  - g. Memenuhi kebutuhan psikososial klien dan keluarga
  - h. Memberikan lingkungan perawatan yang aman
7. Melakukan evaluasi intervensi pada klien dengan kebutuhan perawatan imunologi/hematologi/endokrinologi (ex: mengenali adanya perubahan, mengadaptasi rencana, mendokumentasi/mengkomunikasikan rencana).
  8. Mengenali dan mengelola komplikasi actual maupun potensial post prosedur (ex: embolisme, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock, infeksi)
  9. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan imunologi/hematologi/endokrinologi (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan, nutrisi, pengetahuan terhadap perubahan, regimen pengobatan, kelompok pendukung).

#### **H. PENCEGAHAN DAN KONTROL PENYAKIT MENULAR**

1. Mengenali manifestasi klinis pada klien dengan:
  - a. Organisme resisten antibiotic
  - b. Non-communicable disease
  - c. Communicable disease (ex: hepatitis, HIV/AIDS)
  - d. Infeksi pernafasan berat (SARS, TB, Influenza)
  - e. Sindrom respon inflamasi sistemik
  - f. Penyakit menular seksual (ex: klamidia, gonorea, syphilis)
2. Mengkaji faktor resiko klien yang berhubungan dengan penyakit menular, pencegahan dan control infeksi (ex: gaya hidup, hospitalisasi sebelumnya)
3. Melakukan interpretasi data dan manifestasi klinis klien yang berhubungan dengan penyakit infeksi menggunakan vital sign, AGD, hasil laboratorium dan prosedur diagnostik/gambaran radiologis.
4. Memberitahukan pencegahan dan control infeksi yang sesuai kepada perawat praktisi dan atau agen kesehatan masyarakat berhubungan dengan kondisi, identifikasi adanya kontak langsung dan kontaminasi lingkungan.
5. Memilih intervensi yang sesuai untuk memonitor dan mengelola status penyakit infeksi/pencegahan dan kontrol seperti:
  - a. Inisiasi dan mempertahankan pencegahan isolasi untuk perawat dan atau keluarga
  - b. Pengumpulan specimen
  - c. Memberikan dan memonitor agen farmakologis
  - d. Melaksanakan strategi non farmakologis
  - e. Memberikan lingkungan yang aman bagi klien
  - f. Mengelola implikasi psikososial dari penyakit menular
6. Melakukan evaluasi intervensi pada klien dengan kebutuhan perawatan penyakit infeksi/prevensi/kontrol (ex: mengenali adanya perubahan, mengadaptasi rencana, mendokumentasi/mengkomunikasikan rencana).

7. Mengenali dan mengelola komplikasi aktual maupun potensial post prosedur berhubungan dengan penyakit infeksi(ex: embolisme, alergi, perdarahan, komplikasi renal, shock)
8. Sebagai partner dalam proses edukasi individual yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan kardiovaskuler (ex: Kesiapan klien untuk belajar, sumber pendamping, mengevaluasi pemahaman klien, discharge planning, keamanan, nutrisi, perubahan terhadap perubahan gaya hidup, regimen obat, kelompok pendukung).

#### **I. NYERI**

1. Mengidentifikasi tipe nyeri (ex: neuropati, visceral, somatic, psikologik).
2. Mengkaji nyeri (ex: hambatan fungsional, pemeriksaan fisik, evaluasi psikososial, skala nyeri, vital sign, riwayat nyeri, manajemen nyeri, status kesehatan secara subyektif).
3. Mengidentifikasi isu yang berhubungan dengan substansi yang sedang berjalan
4. Melaksanakan intervensi keperawatan meliputi:
  - a. Mengimplementasikan regimen manajemen nyeri (ex: terjadwal, kalau perlu, PCA, blok saraf, epidural, intratechal)
  - b. Memberikan terapi tambahan dan terapi non farmakologis (ex: antidepresan tricyclic, antikonvulsan, sedative, relaksasi, nafas dalam, hypnosis, masase).
5. Memonitor dan mengelola efikasi dan efek samping pengobatan nyeri

### JENIS BIMBINGAN DAN EVALUASI/TAGIHAN

No	JENIS TAGIHAN (EVALUASI)	BOBOT	Jumlah (8 SKS, 12 MINGGU)	KETERANGAN
1	Laporan Pendahuluan	1 x 9 Minggu	9 kali	Individu
2	Laporan Kasus kelolaan	1 x 9 Minggu	9 kali	Individu
3	Laporan Resume (IBS/Poli dan HD)	3 x 3 Minggu	9 kali	Individu
4	Pre dan post conference	1 x 2 Minggu	2 kali	Individu
5	Melaksanakan Ronde Keperawatan	1 x 1 Stase	1 kali	Individu
6	DOPS	1 x 8 SKS	8 kali	Individu
7	Presentasi Kasus	1 x 1 Stase	1 kali	Individu
8	Presentasi Jurnal	½ x 8 SKS	4 kali	Kelompok
9	Ujian Tengah Stase	1 x 1 Stase	1 kali	Individu
10	Ujian Akhir Stase	1 x 1 Stase	1 kali	Individu
11	Sikap			
<b>JENIS BIMBINGAN</b>				
12	MTE	2 x 1 Stase	2 kali	Kelompok
13	BST	½ x 8 SKS	4 kali	Individu/Kelompok
14	Pre dan post conference	1 x 8 Minggu	8 kali	Individu
15	Tutorial kasus	½ x 12 Minggu	6 kali	Individu/Kelompok

### MATRIK RENCANA WAKTU KEGIATAN

No	Jenis Kegiatan	TEMPAT (BANGSAL)										Poli	IBS	HD
		JENIS TAGIHAN (EVALUASI) Minggu ke-												
1	Laporan Pendahuluan	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x			
2	Laporan Kasus utama	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x			
3	Laporan Resume											3x	3x	3x
4	Pre dan post conference											1x		1x
5	Ronde Keperawatan	1 x												
6	DOPS				1x									
7	Presentasi Kasus	1x												
8	Presentasi Jurnal		1x		1x		1x		1x					
9	Ujian Tengah Stase													
10	Ujian Akhir Stase													1x
<b>JENIS BIMBINGAN</b>														
11	MTE	1x												1x
12	BST			1x		1x						1x		1x
13	Pre dan post conference		1x	1x	1x		1x	1x		1x		1x		1x
14	Tutorial kasus			1x	1x						1x		1x	

## KETERANGAN

- **Laporan Kasus Utama**

Merupakan laporan kasus yang lengkap, terdiri dari laporan pendahuluan dan laporan kasus/asuhan keperawatan (pengkajian, tujuan, intervensi, implementasi dan evaluasi) yang dilakukan minimal selama tiga hari

**\*Laporan kasus utama harus berbeda kasusnya (9 Kasus Berbeda)**

- **Laporan Kasus Resume:**

Merupakan laporan yang terdiri dari Dx Medis, Data fokus, asuhan keperawatan pada kasus yang ditemui dan refleksi diri tentang kasus tersebut atau keterampilan keperawatan yang dilakukan selama melakukan asuhan keperawatan tersebut

- **Daftar keterampilan dalam Penilaian DOPS**

DOPS dilakukan secara individu sebanyak 8 x selama stase keperawatan Medikal Bedah.

Pilihan kompetensi yang menjadi target DOPS yaitu:

- Perawatan Luka (Dekubitus, Luka operasi, Luka DM, Luka akibat trauma, Luka bakar)
  - Perawatan kolostomi
  - Pemasangan NGT
  - Pemasangan kateter urine
  - Pemasangan infuse/Terapi Intravena
  - Pemberian terapi insulin
  - Pemeriksaan fisik (Jantung, paru, Abdomen)
  - Pemeriksaan Neurologis
  - Terapi oksigen
  - Fisioterapi dada
  - Nebulizer
  - Scrubbing, Gowning & Gloving (wajib 1 x di IBS)
  - Bimbingan agama (Sholat, Wudhu/tayamum, Doa)
-

## REFERENSI

---

1. Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2011). *Nursing diagnosis handbook; an evidence-based guide to planning care* (9<sup>th</sup> ed) Mosby Elsevier.
2. Carville. K., (2007). *Wonnd Care Manual*. (5<sup>th</sup> ed) Silver Chain Foundation. Australia
3. *Bullock, Barbara. (2000). Focus on Phatophysiology. Lippincott. Philadelphia.*
4. Gloria M. Bulechek et al., (2008) *Nursing Intervension Classification*. (5<sup>th</sup> ed) Mosby, St. Louis
5. Herdman, T.H., (2012). *NANDA 2012 - 2014 Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC
6. Ignativius. (2005). *Medical Surgical Nursing*, Mosby: USA
7. Lewis, Heitkemper & Dirksen. (2004). *Medical Surgical Nursing*, Mosby: USA
8. Lewis S., Dirksen S.R., Heitkemper M.M., Bucher L., & Camera I.M., (2011). *Mediccal surgical nursing;assessment and management of clinical problem*. (8<sup>th</sup> ed) Volume 2. Mosby Elsevier.
9. Maher A.B., Salmond S.W., & Pellino, T.A., (2002). *Orthopaedic Nursing*. (3<sup>rd</sup> ed) Philadelphia: W.B Saunders Company
10. Mc. Clonskey & Bulechek. (2002). *Nursing Intervention Classifications*, Mosby: USA
11. Price S.A., & Wilson L.M (2012). *Patofisiologi; Konsep klinis proses-proses penyakit*, (6<sup>th</sup> ed). Volume 2. EGC. Jakarta.
12. Smeltzer S.C., Bare, B.G., Hingle, J.L., & Cheever K.H.(2010). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. (11<sup>th</sup> ed) Volume 2. Lippincott, Williams & Wilkins
13. Sue Moorhead et al., (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, (4<sup>th</sup> ed), Mosby, St. Louis

# *Lampiran*

# FORM LAPORAN KASUS UTAMA

## A. LAPORAN PENDAHULUAN

Mind Map/Phatways

## B. PENGKAJIAN KASUS

### FORMAT PENGKAJIAN KLIEN DEWASA PROGRAM PENDIDIKAN PRFESI NERS STIKES 'AISYIYAH YOGYAKARTA

#### I. DATA DEMOGRAFI

##### a. Biodata

- Nama (initial) :
- Usia/Tanggal lahir :
- Jenis Kelamin :
- Alamat & No tlp :
- Suku/Bangsa :
- Status Perkawinan :
- Agama :
- Pekerjaan :
- Diagnosa Medik :
- No. Medical Record :
- Tanggal Masuk RS :

##### b. Penanggung jawab

- Nama (initial) :
- Usia :
- Jenis Kelamin :
- Pekerjaan :
- Hubungan dengan Klien :
- Alamat & No tlp :

#### II. KELUHAN UTAMA

(Keluhan klien/alasan utama klien membutuhkan perawatan/datang ke RS)

#### III. RIWAYAT KESEHATAN

##### a. Riwayat kesehatan sekarang

- Waktu timbulnya penyakit, kapan? Jam?
- Bagaimana awal munculnya?(tiba-tiba/akut,berangsur-angsur)
- Keadaan penyakit sekarang (membaik, semakin parah atau tetap) sama dengan sebelum datang ke RS:
- Usaha yang telah dilakukan untuk mengurangi keluhanannya
- Kondisi saat dikaji (P Q R S T)

##### b. Riwayat kesehatan lalu

- Penyakit pada masa anak-anak dan penyakit infeksi yang pernah dialami
- Riwayat Imunisasi
- Kecelakaan yang pernah dialami
- Prosedur operasi dan perawatan rumah sakit yang pernah dialami
- Alergi (makanan,obat-obatan, zat/substansi,textile, dll)

- Konsumsi obat rutin yang biasa dilakukan
- c. Riwayat kesehatan keluarga
- Identifikasi berbagai penyakit keturunan yang mungkin dialami anggota keluarga
  - Anggota keluarga yang terkena alergi, asma, TBC, hipertensi, penyakit jantung, stroke, anemia, hemopilia, arthritis, migrain, DM, kanker dan gangguan emosional
  - Buat Genogram

#### IV. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Identifikasi klien tentang kehidupan sosialnya
- Identifikasi hubungan klien dengan yang orang lain dan kepuasan diri sendiri
- Identifikasi hubungan klien dengan klien lain, petugas kesehatan yang ada di RS
- Kaji lingkungan rumah klien, hubungkan dengan kondisi RS
- Tanggapan klien tentang penyakitnya

#### V. RIWAYAT SPIRITUAL

- Kaji ketaatan klien beribadah dan menjalankan kepercayaannya
- Support system dalam keluarga
- Ritual yang biasa dijalankan

#### VI. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum klien
  - Tanda-tanda dari distress
  - Penampilan dihubungkan dengan usia
  - Ekspresi wajah, bicara, mood
  - Berpakaian dan kebersihan umum
  - Tinggi badan, BB, gaya berjalan
2. Tanda-tanda vital
  - Suhu
  - Nadi
  - Pernafasan
  - Tekanan darah
3. Sistem pernafasan
  - Hidung(kesimetrisan, pernafasan cuping hidung, adanya sekret/polip,passase udara)
  - Leher (Pembesaran kelenjar, tumor)
  - Dada**
    - Bentuk dada (normal,barrel,pigeon chest)
    - Perbandingan ukuran anterior-posterior dengan transversi
    - Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada retraksi)
    - Keadaan proxsesus xipoideus
    - Suara nafas (trakhea, bronchial, bronchovesikular)
    - Apakah ada suara nafas tambahan
4. Sistem kardiovaskuler
  - Conjunctiva (anemia/tidak), bibir (pucat, cyanosis)
  - Arteri carotis
  - Tekanan vena jugularis
  - Ukuran jantung
  - Ictus cordis/apex
  - Suara jantung (mitral,tricuspidalis,S1,S2,bising aorta,murmur,gallop) :
  - Capillary retiling time

5. Sistem pencernaan
  - a. Sklera (ikterus/tidak)
  - b. Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis)
  - c. Mulut (stomatitis, apakah ada palatoskizis, jumlah gigi, kemampuan menelan, gerakan lidah)
  - d. Gaster (kembung, gerakan peristaltik )
  - e. Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran)
  - f. Anus (kondisi, spinkter ani, koordinasi)
  
6. Indra
  1. Mata
    - Kelopak mata, bulu mata, alis, lipatan epikantus dengan ujung atas telinga
    - Visus
    - Lapang pandang
  2. Hidung
    - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan
    - Sekret yang menghalangi penciuman
  3. Telinga
    - Keadan daun telinga, operasi telinga
    - Kanal auditoris
    - Membrana tympani
    - Fungsi pendengaran
  
7. Sistem saraf
  1. Fungsi cerebral
    - Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa)
    - Kesadaran (eyes, motorik, verbal) dengan GCS
    - Bicara (ekspresive dan resiptive )
  2. Fungsi kranial (saraf kranial I s/d XII)
  3. Fungsi motorik (massa, tonus dari kekuatan otot)
  4. Fungsi sensorik (suhu, nyeri, getaran posisi dan diskriminasi )
  5. Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan)
  6. Refleks (ekstremitas atas, bawah dan superficial)
  7. Iritasi meningen (kaku kuduk, lasaque sign, kernig sign, brudzinski sign)
  
8. Sistem muskuloskeletal
  1. Kepala ( bentuk kepala )
  2. Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM )
  3. Pelvis (Thomas test, trendelenberg test, ortolani/barlow test, ROM)
  4. Lutut (Mc Murray Test, Ballotement, ROM)
    - a. Kaki (keutuhan ligamen, ROM)
    - b. Bahu
    - c. Tangan
  
- I. Sistem integumen
  1. Rambut (distribusi ditiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan)
  2. Kulit (perubahan warna, temperatur, kelembaban, bulu kulit, erupsi, tahi lalat, ruam, texture)
  3. Kuku (warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan)
  
- J. Sistem endokrin
  1. Kelenjar tiroid
  2. Percepatan pertumbuhan
  3. Gejala kreatinisme atau gigantisme
  4. Ekskresi urine berlebihan , polydipsi, poliphagi

5. Suhu tubuh yang tidak seimbang , keringat berlebihan, leher kaku
6. Riwayat bekas air seni dikelilingi semut

K. Sistem perkemihan

1. Edema palpebra
2. Moon face
3. Edema anasarka
4. Keadaan kandung kemih
5. Nocturia, dysuria, kencing batu
6. Penyakit hubungan seksual
7. Balance cairan

L. Sistem reproduksi

1. Wanita
  - Payudara (putting, areola mammae, besar, perbandingan kiri dan kanan)
  - Labia mayora dan minora
  - Keadaan hymen
  - Haid pertama
  - Siklus haid
2. Laki-laki
  - Keadaan gland penis (urethra)
  - Testis (sudah turun/belum)
  - Pertumbuhan rambut (kumis, janggut, ketiak)
  - Pertumbuhan jakun
  - Perubahan suara

M. Sistem imun

1. Alergi (cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia)
2. Immunisasi
3. Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca
4. Riwayat transfusi dan reaksinya

**VII. AKTIVITAS SEHARI-HARI**

A. Nutrisi

1. Selera makan
2. Menu makan dalam 24 jam
3. Frekuensi & volume makan dalam 24 jam
4. Makanan yang disukai dan makanan pantangan
5. Pembatasan pola makanan
6. Cara makan (bersama keluarga, alat makan yang digunakan)
7. Ritual sebelum makan

B. Cairan

1. Jenis minuman yang dikonsumsi dalam 24 jam
2. Frekuensi & volume minuman/cairan
3. Kebutuhan cairan dalam 24 jam

C. Eliminasi ( BAB & BAK )

1. Tempat pembuangan
2. Frekuensi ? Kapan ? Teratur ?
3. Konsistensi
4. Kesulitan dan cara menanganinya
5. Obat-obat untuk memperlancar BAB/BAK

- D. Istirahat Tidur
  - 1. Apakah cepat tertidur
  - 2. Jam tidur (siang/malam)
  - 3. Bila tidak dapat tidur apa yang dilakukan
  - 4. Apakah tidur secara rutin
  
- E. Olahraga
  - 1. Program olahraga tertentu
  - 2. Berapa lama melakukan dan jenisnya
  - 3. Perasaan setelah melakukan olahraga
- F. Rokok/alkohol dan obat-obatan
  - 1. Apakah merokok ? jenis ? berapa banyak ? kapan mulai merokok ?
  - 2. Apakah minum minuman keras ? berapa minum /hari/minggu ? jenis minuman ? apakah banyak minum ketika stress ? apakah minuman keras mengganggu prestasi kerja ?
  - 3. Kecanduan kopi, alkohol, tea atau minuman ringan ? berapa banyak /hari ?
  - 4. Apakah mengkonsumsi obat dari dokter
- G. Personal hygiene
  - 1. Mandi (frekuensi, cara, alat mandi, kesulitan, mandiri/dibantu)
  - 2. Cuci rambut
  - 3. Gunting kuku
  - 4. Gosok gigi
  
- j. Aktivitas/mobilitas fisik
  - 1. Kegiatan sehari-hari
  - 2. Pengaturan jadwal harian
  - 3. Penggunaan alat bantu untuk aktivitas
  - 4. Kesulitan pergerakan tubuh
  
- k. Rekreasi
  - 1. Bagaimana perasaan anda saat bekerja?
  - 2. Berapa banyak waktu luang?
  - 3. Apakah puas setelah rekreasi?
  - 4. Apakah anda dan keluarga menghabiskan waktu senggang ?
  - 5. Bagaimana perbedaan hari libur dan hari kerja ?

**VIII. TEST DIAGNOSTIK**

- 1. Laboratorium
- 2. Ro foto
- 3. CT Scan
- 4. MRI, USG, EEG, ECG, dll.

No	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Tanggal Hasil	Hasil	Nilai Normal	Analisa & Interpretasi Hasil Pemeriksaan
1						
2						
3						
...						

**IX. Therapy saat ini**

- Nama obat
- Dosis & frekuensi
- Indikasi
- Kontra indikasi

### C. ASUHAN KEPERAWATAN

#### ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI	DIAGNOSA KEPERAWATAN

\* Proiritaskan Diagnosa Keperawatan.

1....

2....dst

#### RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC)	RASIONAL

#### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

.....(DIAGNOSA KEPERAWATAN)			
TGL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)
.....(DIAGNOSA KEPERAWATAN)			
TGL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)

**FORM RESUME KEPERAWATAN**

N A M A (INITIAL):  
U M U R :  
J.KELAMIN :  
A G A M A :

DIAGNOSA MEDIS :  
NO. REKAM MEDIK :  
RUANG RAWAT :  
TGL. MASUK RS :

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI	DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DX KEPERAWATAN	INTERVENSI/IMPLEMENTASI	EVALUASI

**REFLEKSI DIRI**

Jelaskan (ceritakan) mengenai pengetahuan terkait kasus yang didapatkan dalam bentuk ringkasan singkat dan pengalaman keterampilan/skill keperawatan yang telah didapatkan/dilakukan.

## **FORM REFLEKSI DIRI**

<b>NO</b>	<b>AKTIFITAS</b>
1	<b>What:</b> Description Deskripsi pengalaman/ situasi yang terjadi
2	<b>Think :</b> Evaluation and Analisis Deskripsi perasaan saudara dan pemikiran terhadap pengalaman tersebut Deskripsi point penting, hal yang menarik, hal yang baik dan hal yang kurang dari pengalaman tersebut.
3	<b>Learn :</b> Deskripsi pembelajaran yang didapatkan dari pengalaman tersebut
4	<b>Action Plan:</b> Deskripsi rencana kedepan

**PEMERIKSAAN KARDIOVASKULER**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
1.	<p><b>Tahap Persiapan</b></p> <p>a. Siapkan alat</p> <p>b. Kaji riwayat penyakit klien yang dapat mengganggu sistem kardiovaskuler</p> <p>c. Cuci tangan</p> <p>d. Jelaskan prosedur. Anjurkan klien meninggalkan baju dan gunakan baju periksa</p> <p>e. Jaga privacy</p> <p>f. Gunakan handscoen dan masker/universal precautions (jika klien batuk atau bersin selama pemeriksaan)</p>			
2.	<p><b>Tahap Pelaksanaan</b></p> <p>a. Cuci tangan</p> <p>b. Jelaskan prosedur</p> <p>c. Atur posisi pasien fowler atau semi fowler</p> <p>d. Buka baju atas yang menutupi dada dan jaga privacy klien</p> <p><b>Inspeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi umum yang menunjukkan adanya perubahan pada sistem kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kulit wajah, bibir, mata dan jaringan sekeliling mata/area periorbital</li> <li>✓ Inspeksi vena jugularis, kaji adanya JVP</li> </ul> </li> <li>- Inspeksi arteri karotis</li> <li>- Inspeksi jari, kuku dan tangan klien : clubbing</li> <li>- Inspeksi dada klien</li> <li>- Inspeksi struktur skeletal klien</li> </ul> <p><b>Palpasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpasi dada dengan "five key landmark"</li> <li>- Palpasi karotis</li> </ul> <p><b>Perkusi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perkusi dada klien untuk menentukan batas jantung</li> <li>- Bantu klien dengan posisi baring dengan sudut terendah yang dapat ditolerir klien</li> <li>- Tempatkan jari tengah tangan non dominan pemeriksa dalam ICS kelima pada garis axilla anterior kiri</li> <li>- Ketuklah jari pada falang distal tangan non dominan dengan menggunakan jari tangan dominan</li> <li>- Pemeriksa dapat merasakan resonansi karena pemeriksa berada di atas jaringan paru</li> <li>- Lanjutkan perkusi pada ICS kelima pada MCL kiri dan batas sternum, bunyi berubah dullness</li> <li>- Ulangi perkusi pada ICS kedua dan ketiga pada sisi kiri thorak</li> </ul> <p><b>Auskultasi</b></p> <p>Tempatkan bel stetoskop dengan kalm pada setiap posisi five key landmark, dengarkan bunyi jantung. Auskultasi bunyi karotis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minta klien bernafas normal, akan terdengar bunyi pernafasan, trakhea</li> <li>- Saat klien tahan nafas secara singkat, periksa auskultasi kekuatan jantung. Bandingkan denyut apikal dengan karotis, harusnya sinkron</li> </ul>			
3.	<p><b>Evaluasi</b></p> <p>a. Catat semua hasil temuan</p> <p>b. Diskusikan hasil temuan</p> <p>c. Perhatikan perubahan respon klien seperti ketidaknyamanan</p>			
<b>TOTAL</b>				

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten



No	Aspek yang dinilai	Nilai			Keterangan
		0	1	2	
1.	<b>Tahap Persiapan</b> a. Siapkan alat b. Kaji riwayat penyakit klien yang dapat mengganggu sistem respirasi c. Cuci tangan d. Jelaskan prosedur. Anjurkan klien meninggalkan baju dan gunakan baju periksa e. Jaga privacy f. Gunakan handscoen dan masker/universal precautions (jika klien batuk atau bersin selama pemeriksaan)				
2	<b>Tahap Pelaksanaan</b> a. Cuci tangan b. Jelaskan prosedur c. Atur posisi pasien fowler atau semi fowler d. Buka baju atas yang menutupi dada dan jaga privacy klien				
	<b>Inspeksi</b> - Inspeksi warna kulit dada apakah konsisten dengan warna tubuh lain - Inspeksi konfigurasi dada, bandingkan diameter anteroposterior dengan transversal (dewasa 1:2, bayi 1:1) - Inspeksi struktur skeletal : simetris				
	<b>Palpasi</b> - Palpasi thoraks posterior : ✓ Palpasi dangkal bagian thoraks : besar otot, palpasi secara teratur dengan menggunakan telapak tangan dari daerah superior scapula sampai tulang rusuk 12, dilanjutkan pada garis midaksila pada kedua sisi ✓ Palpasi dan hitung tulang rusuk dan sela intercosta ✓ Palpasi tiap-tiap prosesus spinalis dengan gerakan kebawah, perhatikan adanya scoliosis ✓ Palpasi thoraks posterior untuk mengukur ekspansi pernafasan ✓ Palpasi untuk menilai tactile fremitus - Palpasi thoraks anterior : ✓ Atur posisi klien supine atau duduk ✓ Tentukan lokasi landmark daerah thoraks anterior ✓ Palpasi thoraks anterior untuk mengukur ekspansi pernafasan ✓ Palpasi untuk mengetahui tactile fremitus pada dinding anterior thoraks				
	<b>Perkusi</b> - Perkusi thoraks posterior : ✓ Sebelum melakukan perkusi, visualisasi petunjuk daerah thoraks ✓ Atur posisi klien membungkuk sedikit dan melebarkan bahu ✓ Perkusi daerah paru ✓ Perkusi untuk menentukan pergerakan atau ekskursi diafragma - Perkusi thoraks anterior : ✓ Visualisasi landmark daerah thorak anterior ✓ Lakukan perkusi daerah paru dengan pola teratur				
	<b>Auskultasi</b> - Auskultasi paru posterior : ✓ Sebelum melakukan perkusi, visualisasi landmark daerah tersebut ✓ Auskultasi trakhea ✓ Auskultasi bronkhus, letakkan stetoskop ke kiri dan ke kanan garis vertebra secara bergantian				

	setinggi T3-T5 ✓ Auskultasi paru-paru - Auskultasi paru anterior : ✓ Visualisasi petubjuk thoraks anterior ✓ Auskultasi di atas trakea ✓ Auskultasi diatas bronkus kiri dan kanan ✓ Auskultasi paru-paru				
3.	<b>Evaluasi</b> a. Catat semua hasil temuan b. Diskusikan hasil temuan c. Perhatikan perubahan respon klien seperti ketidaknyamanan				
<b>TOTAL</b>					

Ket:  
 0: tidak ada/ tidak dilakukan,  
 1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten  
 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

### PEMBERIAN NEBULIZER

No.	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
1.	<b>Persiapan</b> a. Cek order (nama obat, dosis, rute pemberian) b. Kaji klien (termasuk identifikasi klien) c. Cuci tangan d. Siapkan perlengkapan, letakkan di samping tempat tidur klien			
2.	<b>Interaksi</b> a. Persiapkan klien b. Jelaskan tujuan pada klien c. Jelaskan prosedur pada klien d. Jelaskan waktu yang diperlukan e. Beri kesempatan klien untuk bertanya			
3.	<b>Pelaksanaan</b> a. Siapkan obat sesuai dengan dosis yang diorderkan b. Masukkan obat pada alat nebulizer c. Hubungkan sungkup dengan alat nebulizer d. Hubungkan nebulizer dengan aliran listrik e. Pasang sungkup menutupi mulut dan hidung klien f. Hidupkan mesin nebulizer g. Tunggu sampai obat habis h. Matikan mesin nebulizer i. Lepaskan sungkup dari pasien j. Cabut mesin nebulizer dari aliran listrik k. Bereskan alat			
4.	<b>Terminasi</b> a. Lakukan evaluasi terhadap klien dengan mengkaji respon klien b. Lakukan terminasi untuk mengakhiri kegiatan			
5.	<b>Dokumentasi</b> Dokumentasikan prosedur dan respon klien			
<b>TOTAL</b>				

Ket:  
 0: tidak ada/ tidak dilakukan,  
 1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten  
 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten



**PERAWATAN KOLOSTOMI**

No	Variabel yang dinilai	Nilai			Keterangan
		0	1	2	
1.	<b>Persiapan alat</b> a. Kantong kolostomi b. Set ganti balutan c. Kapas sublimat, Nacl d. Zink salep dan betadin sol (k/p), mengalami tanda-tanda iritasi e. Sarung tangan f. Perlak dan alasnya g. Bengkok h. Tempat sampah dan plastic				
2.	<b>Tahap pre interaksi</b> a. Baca catatan keperawatan dan cacatan medis klien b. Siapkan alat-alat c. Siapkan lingkungan klien d. Cuci tangan				
3.	<b>Tahap Orientasi</b> a. Berikan salam, panggil pasien dengan namanya b. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien dan keluarga				
4.	<b>Tahap Kerja</b> a. Beri kesempatan klien untuk bertanya b. Menggunakan sarung tangan c. Meletakkan perlak dan alasnya di bagian kanan/kiri pasien sesuai letak stoma d. Meletakkan bengkok di atas perlak dan didekatkan ke tubuh pasien e. Mengobservasi produk stoma f. Membuka kantong kolostomi secara hati-hati dengan menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien g. Membersihkan kulit sekitar stoma dengan kapas sublumut/ kapas hangat (air hangat)/ Nacl h. Membersihkan stoma dengan sangat hati-hati menggunakan kapas sublimat/ kapas basah air hangat i. Mengeringkan kulit sekitar stoma dengan kassa steril j. Observasi stoma dan kulit sekitar stoma k. Memberikan zink salep/zink oil (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma l. Mengukur stoma dan membuat kantong kolostomi sesuai ukuran stoma m. Membuka salah satu sisi (sebagian) perekat kantong kolostomi n. Menempelkan kantong kolostomi dengan posisi vertical/horizontal/ miring sesuai kebutuhan pasien o. Menggunakan pinset untuk mempermudah p. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi q. Membuka sisi perekat, hindari masuknya udara dalam kantong kolostomi r. Merapikan pasien dan lingkungannya s. Merapikan alat-alat dan membuang sampah t. Melepas sarung tangan				
5.	<b>Tahap Terminasi</b> g. Evaluasi respon dan kondisi klien h. Simpulkan hasil kegiatan i. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya j. Akhiri kegiatan dan bersihkan alat k. Cuci tangan				
6.	<b>Dokumentasi</b> Catat hasil tindakan dalam catatan perawatan				

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

## INJEKSI INSULIN

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Keterangan
		0	1	2	
1.	<b>Tahap Preinteraksi</b> a. Membaca catatan keperawatan dan medis b. Menciptakan lingkungan yang aman bagi klien, yakinkan privacy klien terjamin c. Mencuci tangan d. Menyiapkan alat - Kapas alkohol 70% - S spuit insulin dan jarum - Obat insulin sesuai yang dibutuhkan - Bengkok				
2.	<b>Tahap Orientasi</b> a. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya. b. Tanyakan keluhan klien c. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan. d. Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan				
3.	<b>Tahap Kerja</b> a. Cuci tangan b. Menyiapkan dosis obat c. Menentukan lokasi injeksi d. Melakukan desinfeksi pada lokasi yang akan di injeksi e. Memasukkan obat insulin dengan menusukkan jarum secara sub kutan dengan sudut 45 – 90 derajat. f. Melakukan aspirasi g. Memasukkan obat perlahan – lahan h. Mencabut jarum i. Membereskan alat – alat				
4.	<b>Tahap terminasi</b> a. Evaluasi respon dan kondisi klien b. Simpulkan hasil kegiatan c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya d. Akhiri kegiatan e. Cuci tangan				
5.	<b>Dokumentasi</b> Catat hasil tindakan dalam catatan perawatan				
6.	<b>Sikap</b> a. Teliti b. Tidak ragu - ragu				
<b>TOTAL</b>					

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

**MENGGANTI LUKA BALUTAN KERING/LUKA JAHITAN POST OPERASI**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam dan panggil nama kesukaan klien			
2.	Jelaskan prosedur pada klien dengan menggambarkan langkah-langkah perawatan luka			
3.	Susun semua peralatan yang diperlukan di meja dekat tempat tidur (jangan membuka peralatan)			
4.	Ambil kantung sekali pakai dan buat lipatan di atasnya. Letakkan kantung dalam jangkauan area kerja anda/letakkan bengkok di dekat pasien			
5.	Tutup ruangan atau tirai di sekitar tempat tidur klien. Tutup semua jendela yang terbuka			
6.	Cuci tangan secara menyeluruh			
7.	Pasang pernak pengalas			
8.	Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset			
9.	Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan			
10.	Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien			
11.	Bila balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril atau NaCl			
12.	Oservasi karakter dan jumlah drainase pada balutan			
13.	Buang balutan kotor pada bengkok. Lepaskan sarung tangan dengan menarik bagian dalam keluar. Buang di tempat yang tepat			
14.	Buka bak instrument balutan steril atau secara individual tertutup bahan steril. Tempatkan pada meja di samping pasien			
15.	Kenakan sarung tangan steril			
16.	Inspeksi luka. Perhatikan kondisinya, letak drain, integritas jahitan atau penutupan kulit dan karakter drainase.			
17.	Bersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan atau larutan garam fisiologis. Pegang kasa yang dibasahi dalam larutan dengan pinset. Gunakan satu kasa untuk setiap kali usapan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi			
18.	Gunakan kasa baru untuk mengeringkan luka atau insisi			
19.	Pasang kasa steril kering atau insisi atau letak luka			
20.	Gunakan plester di atas balutan, amankan dengan ikatan atau balutan			
21.	Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempat yang telah disediakan			
22.	Buang semua bahan dan bantu klien kembali pada posisi nyaman			
23.	Cuci tangan			
24.	Dokumentasikan penggantian balutan, termasuk pernyataan respon klien, observasi luka, balutan dan drainase			
<b>TOTAL</b>				

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

**MENGGANTI BALUTAN BASAH KERING**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam dan panggil nama kesukaan klien			
2.	Jelaskan prosedur pada klien dengan menggambarkan langkah-langkah perawatan luka			
3.	Susun semua peralatan yang diperlukan di meja dekat tempat tidur (jangan membuka peralatan)			
4.	Ambil kantung sekali pakai dan buat lipatan di atasnya. Letakkan kantung dalam jangkauan area kerja anda/letakkan bengkok di dekat pasien			
5.	Tutup ruangan atau tirai di sekitar tempat tidur klien. Tutup semua jendela yang terbuka			
6.	Cuci tangan secara menyeluruh			
7.	Pasang pernak pengalas			
8.	Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset			
9.	Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan			
10.	Dengan tangan yang telah menggunakan sarung tangan atau pinset, angkat balutan yang kotor jauhkan dari penglihatan klien			
11.	Jika balutan melekat pada jaringan di bawahnya, jangan dibasahi. Perlahan bebaskan balutan dari eksudat yang mengering. Ingatkan klien tentang penarikan dan ketidaknyamanan			
12.	Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan			
13.	Buang balutan kotor pada wadah yang telah disediakan, hindari kontaminasi permukaan luar wadah. Lepaskan sarung tangan sekali pakai dengan menarik bagian dalam keluar.			
14.	Siapkan peralatan balutan steril. Tuangkan larutan yang diresepkan ke dalam kom steril dan tambahkan kassa berlubang kecil			
15.	Kenakan sarung tangan steril			
16.	Bersihkan luka dengan larutan antiseptic atau larutan normal saline. Pegang kassa yang telah dibasahi dengan larutan menggunakan pinset. Gunakan satu kassa untuk setiap tekanan pembersihan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi. Bergerak dalam tekanan progresif menjauh dari garis insisi ataupun tepi luka			
17.	Pasang kassa yang basah tepat pada permukaan luka. Bila luka dalam dengan perlahan, buat kassa seperti kemasan dengan menekuk tepi kassa dengan pinset.			
18.	Pasang kassa steril kering di atas kassa basah			
19.	Tutup dengan kassa, pasang plester di atas bantalan atau amankan dengan perban atau pengikat			
20.	Bantu klien pada posisi nyaman			
21.	Cuci tangan			
22.	Catat pada catatan perawatan dari observasi luka, balutan, drainase dan respon klien			
<b>TOTAL</b>				

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

**PERAWATAN DEKUBITUS**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Cuci tangan dan gunakan sarung tangan			
2.	Tutup pintu ruangan atau gordan tempat tidur			
3.	Baringkan klien dengan nyaman dengan area luka dekubitus dan kulit sekitar mudah dilihat			
4.	Kaji luka dekubitus untuk kulit sekitar untuk menentukan derajat luka a. Perhatikan warna, kelembapan dan penampilan kulit sekitar luka b. Ukur diameter luka yang dapat digunakan c. Ukur kedalaman luka dekubitus dengan menggunakan aplikator berujung kapas atau alat lain yang memungkinkan pengukuran kedalaman luka d. Ukur kedalaman lubang kulit dengan nekrosis jaringan			
5.	Cuci kulit sekitar luka dengan air hangat dan sabun. Cuci secara menyeluruh dengan air			
6.	Dengan perlahan keringkan kulit secara menyeluruh			
7.	Gunakan sarung tangan steril			
8.	Bersihkan luka secara menyeluruh dengan cairan normal saline atau agen pembersih			
9.	Gunakan agen topical bila diresepkan			
10.	Ubah posisi klien dengan nyaman tidak pada luka dekubitus			
11.	Lepaskan sarung tangan dan bereskan peralatan yang basah, cuci tangan			
12.	Catat penampilan luka dan perawatan (tipe agen topical yang digunakan, balutan yang digunakan dan respon klien pada catatan perawatan)			
<b>TOTAL</b>				

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

## PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

### Pemeriksaan Sensasi nyeri

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam dan panggil nama klien			
2.	Jelaskan tujuan			
3.	Memilih dengan benar alat yang akan digunakan			
4.	Meminta klien untuk memejamkan mata			
5.	Mencoba jarum yang tumpul pada diri pemeriksa			
6.	Melakukan rangsangan dengan intensitas minimal tanpa menimbulkan perdarahan			
7.	Melakukan rangsangan ujung tumpul dan tajam secara bergantian			
8.	Meminta klien menyebutkan apakah rangsangan tajam atau tumpul			
9.	Simpulkan hasil pemeriksaan			
<b>TOTAL</b>				

### Pemeriksaan Sensasi Taktil

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam dan panggil nama klien			
2.	Jelaskan tujuan			
3.	Memilih dengan benar alat yang akan digunakan			
4.	Memberikan rangsangan secara ringan tanpa memberi tekanan jaringan subkutane			
5.	Meminta klien untuk mengatakan "ya" atau "tidak" pada setiap rangsangan			
6.	Meminta klien untuk menyebutkan daerah yang dirangsang			
7.	Simpulkan hasil pemeriksaan.			
<b>TOTAL</b>				

### Pemeriksaan Reflek Trisep

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam dan panggil nama klien			
2.	Jelaskan tujuan			
3.	Memilih dengan benar alat yang akan digunakan			
4.	Meminta klien untuk duduk dengan santai			
5.	Meletakkan lengan klien diatas lengan pemeriksa			
6.	Menempatkan lengan bawah klien dalam posisi antara fleksi dan ekstensi			
7.	Meminta klien untuk merilekskan lengan bawah			
8.	Meraba triceps untuk memastikan bahwa otot tidak tegang			
9.	Memukul tendo triceps yang lewat di fossa olekradi			
10.	Terjadi gerakan menyentak dari kontraksi triceps			
11.	Simpulkan hasil pemeriksaan			
<b>TOTAL</b>				

### Pemeriksaan Reflek Patella

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam dan panggil nama klien			
2.	Jelaskan tujuan			
3.	Memilih dengan benar alat yang akan digunakan			
4.	Meminta klien untuk duduk dengan tungkai menjuntai atau menggantung			
5.	Meraba daerah kanan dan kiri tendo			
6.	Meminta klien untuk merilekskan tungkai bawah			
7.	Memukul tendo quadriseps pada bagian proksimal			
8.	Terjadi gerakan menyentak pada tungkai bawah			
9.	Simpulkan hasil pemeriksaan			
<b>TOTAL</b>				

Ket:

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

**MENCUCI TANGAN PEMBEDAHAN (SCRUBBING)**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyiapkan alat yaitu air hangat mengalir, cairan desinfektan dan pompanya, sikat steril, lidi kuku			
2.	Mengecek a. Pastikan topi dan masker sudah terpasang dengan benar dan nyaman dipakai b. Pastikan lengan baju diatas siku, kuku jari tangan pendek, perhiasan (gelang, cincin, jam tangan) dilepas			
3.	Membasahi tangan dengan air sampai lengan bawah (siku)			
4.	Mengambil cairan desinfektan dan meratakannya keseluruhan permukaan tangan sampai siku			
5.	Membilas tangan dengan posisi telapak tangan lebih tinggi dari siku			
6.	Mengambil kembali cairan desinfektan dan juga meratakan keseluruhan permukaan tangan sampai ke bagian siku			
7.	Menggosok dengan sikat mulai dari telapak tangan, punggung tangan, ujung kuku, sela-sela jari			
8.	Kemudian menggosok lengan atas sampai selesai dilanjutkan dengan lengan bawah sampai siku selama kurang lebih 3-5 menit			
9.	Membilas dengan air mengalir dengan posisi jari tangan lebih tinggi dari siku			
10.	Menghindari tangan menyentuh benda lain yang tidak steril disekitarnya			
<b>TOTAL</b>				

**MEMAKAI GAUN/JAS OPERASI (GOWNING)**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyiapkan alat pengering tangan (handuk/waslap), gaun operasi.			
2.	Memastikan cuci tangan sudah dilakukan dan tangan tidak menyentuh benda lain yang tidak steril disekitarnya.			
3.	Mengeringkan tangan dengan handuk/waslap steril.			
4.	Mengambil gaun dengan cara memegang gaun pada ban leher sampai terangkat dan dengan hati-hati letakkan tangan yang lain di ujung bawah gaun untuk mengangkatnya.			
5.	Pegang bagian dalam gaun dan biarkan lipatan gaun terbuka, jangan mengibaskan gaun bila mungkin.			
6.	Perhatikan baik-baik letak lubang lengan			
7.	Masukkan tangan ke dalam lubang lengan dan pegang gaun pada bagian ban leher dengan tangan yang lain			
8.	Kemudian masukkan tangan yang kedua ke dalam lubang lengan yang dipakainya			
9.	Perlahan-lahan pakai gaun dengan mengangkat dan melebarkan lengan tanpa menyentuh bagian luar baju.			
10.	Perawat sirkulasi/om loop membantu instrumentator dengan menarik sisi dari belakang dan menarik ke bawah dengan memegang bagian bawah gaun selanjutnya membantu menalikan tali bagian dalam gaun operasi secara sederhana agar mudah melepasnya.			
<b>TOTAL</b>				

**MEMAKAI SARUNG TANGAN (GLOVING)**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya			
2.	Jelaskan tentang segala hal yang berkaitan dengan pemasangan kateter (pengertian, tujuan, keuntungan, kerugian dan perawatannya)			
3.	Beri kesempatan klien untuk bertanya			
4.	Mintalah persetujuan klien			
5.	Berikan privasi pada klien: tutup pintu kamar atau pasang tirai			
6.	Berdiri di sebelah kanan TT bila anda mempunyai tangan dominan kanan (Bila anda kidal maka anda berdiri di sebeleha kiri TT)			
7.	Bantu klien pada posisi dorsal rekumbent. Minta klien untuk merilekskan pahanya sehingga memudahkan rotasi eksternal.			
8.	Dekatkan alat-alat			
9.	Selimuti klien dengan selimut mandi. Letakkan selimut dalam bentuk melintang di atas tubuh klien, satu ujung pada setiap kaki dan ujung terakhir diatas perineum.			
10.	Beri perlak dan alasnyadibawah bokong			
11.	Kenakan sarung tangan sekali pakia dan cuci area perianal dengan desinfektan Gunakan gerakan sirkuler untuk laki-laki lakukan vulva hygiene untuk wanita			
12.	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan			
13.	Bila akan memasang kateter indwellig (kateter tetap), buka sistem drainase. Letakkan kantung drainase ditepi kerangka TT. Naikkan selang drainase keatas diantara pagar TT dan kasur.			
14.	Posisikan lampu menyinari area perineal (jika menggunakan lampu senter, minta perawat lain untuk menganggi)			
15.	Pasang duk steril diarea genital, duk tidak berlubang dibagian bawah, duk berlubang menutup area genital			
16.	Ambil duk padat steril dengan satu sudut dan biarkan untuk tidak melipat. Pastikan bahwaduk ini tidak menyentuh permukaan yang terkontaminasi			
17.	Biarkan ujung atas duk membentuk penutup pada kedua tangan anda. Letakkan duk diatas TT diantara paha klien. Sisipkan tepi duk tepat dibawah bokong klien, perhatikan untuk tidak menyentuh permukaan terkontaminasi dengan tangan anda yang telah mengenakan sarung tangan			
18.	Tangan non dominan memegang penis atau membuka vulva			
19.	Memasukkan jelly ke dalam uretra bila laki-laki atau mengoles jelly pada kateter untuk wanita			
20.	Masukkan kateter a. 6 - 9 inchi pada pria, pegang penis 45 <sup>0</sup> sampai urine keluar b. 2 - 3 inchi pada wanita			
21.	Masukkan lagi kateter 2,5 cm			
22.	Isi balon dengan air steril sejumlah yang tertera pada kateter			
23.	Tarik kateter sampai ada tahanan			
24.	Gunting plastik yang membungkus kateter			
25.	Lepaskan duk steril			
26.	Hubungkan ujung kateter dengan selang penampung dan urine bag			
27.	Buka sarung tangan			
28.	Fiksasi kateter ke abdomen bawah untuk pasien laki-laki atau pada paha depan untuk wanita			
29.	Menempatkan penampung dan saluran dengan benar			
30.	Bantu klien untuk posisi yang nyaman			
31.	Membereskan alat-alat			
32.	Cuci tangan			
<b>TOTAL</b>				

### FISIOTERAPI DADA

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Persiapkan klien			
2	Jelaskan tujuan pada klien			
3	Jelaskan prosedur pada klien			
4	Jaga privasi klien			
5	Anjurkan klien untuk mengemukakan keluhan bila terasa ingin muntah, nyeri dada, atau sesak nafas yang meningkat*			
6	Kaji fungsi pernafasan : suara nafas, lokasi dan kekentalan sekret			
7	Posisi klien sesuai dengan area secret berada			
8	Letakkan pengalas/ handuk kecil di lokasi fisioterapi dada.			
9	Dekatkan tempat penampungan spuntum dan tissue			
10	Lakukan vibrasi (menggerakkan tangan pada dada dengan teratur dan cepat) di setiap area dada yang diperlukan			
11	Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam secara lambat melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut selama vibrasi			
12	Anjurkan klien batuk efektif untuk mengeluarkan spuntum. Lakukan penghisapan lender pada klien tak sadar			
12.	Berikan klien waktu istirahat			
13.	Auskultasi perubahan bunyi nafas			
14	Ulangi perkusi dan vibrasi secara bergantian sesuai kondisi klien biasanya 15 - 20 menit			
<b>TOTAL</b>				

### TERAPI OKSIGEN

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Cuci tangan			
2	Sediakan alat sesuai kebutuhan			
3	Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga serta tujuan terapi oksigen			
4	Kaji fungsi pernafasan klien, adanya tanda hipoksia, dan hasil analisis gas darah klien			
5	Kaji kondisi mulut dan hidung klien (bila kotor bersihkan)			
6	Pastikan tabung humidifier terisi cairan secara adekuat			
7	Sambungkan nasal kanul/ masker ke selang oksigen dan sumber oksigen yang sudah dihumidikasi			
8	Berikan oksigen sesuai dengan program terapi			
9	Pastikan oksigen mengalir dengan baik ke klien			
10	Beri fiksasi pada kanula			
11	Cek kanul/ face mask, humidifier dan sumber oksigen tiap 8 jam			
12	Pertahankan level air pada botol humidifier setiap waktu			
13	Rapikan alat			
14	Cuci tangan			
<b>TOTAL</b>				

### TERAPI INTRAVENA

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya			
2	Jelaskan tentang segala hal yang berkaitan dengan pemasangan infus (pengertian, tujuan, keuntungan, kerugian dan perawatannya)			
3	Beri kesempatan klien untuk bertanya			
4	Mintalah persetujuan klien			
5	Berikan privasi pada klien: tutup pintu kamar atau pasang tirai			
6	Lakukan prinsip 6 BENAR*			
7	Tusukkan infuse set ke botol cairan dan gantung di standar infuse isi selang infus set dengan cairan infus dan alirkan cairan sampai ke ujung selang. Kle selang. Pertahankan teknik steril			
8	Kaji jangan sampai ada udara di selang infuse dan tutup ujung set			
9	Pasang sarung tangan			
10	Pilih dan kaji kondisi vena, pastikan vena yang dipilih tidak rusak. Pasang pengalas di bawah area vena yang dipilih			
11	Lakukan pembendungan pada lengan di atas vena, anjurkan klien untuk membuka dan menutup tangannya, atau tepuk-tepuk vena tersebut. Bersihkan area penusukan dengan kapas alkohol			
12	Buka jarum, pegang dengan tangan dominan, tusukan jarum dengan sudut 15 <sup>0</sup> - 45 <sup>0</sup> dan bevel ke atas. Tahan vena yang akan ditusuk dengan tangan non dominan. Pegang 2-3 cm di bawah tempat penusukan atau tahan vena bagian atas dan bawah untuk orang tua. Pertahankan teknik steril			
13	Bila jarum sudah masuk ke vena, tarik jarum sampai darah terlihat di kanula. Masukkan sisa kanula secara pedahan sampai pangkalnya			
14	Lepaskan manset			
15	Tekan ujung kanula yang berada di dalam vena, lalu lepaskan jarum dari kanula intravena			
16	Sambungkan infuse set dengan kanula intravena dan buka klem selang infus			
17	Alirkan cairan, pastikan cairan infus dapat menetes dengan baik			
18	Fiksasi kateter infus dengan metode H atau crisscross/ chevrons			
19	Desinfeksi daerah tusukan dan tutup dengan balutan transparan/ kasa steril			
20	Atur tetesan infuse sesuai program pengobatan			
<b>TOTAL</b>				

**PEMASANGAN NGT**

NO.	PROSEDUR	NILAI		
		0	1	2
1.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya			
2	Jelaskan tentang segala hal yang berkaitan dengan pemasangan NGT (pengertian, tujuan, keuntungan, kerugian dan perawatannya)			
3	Beri kesempatan klien untuk bertanya			
4	Mintalah persetujuan klien			
5	Berikan privasi pada klien: tutup pintu kamar atau pasang tirai			
6	Menginstruksikan kepada klien untuk menunjukkan jari jika merasa tidak nyaman selama prosedur dilakukan			
7	Mengatur posisi klien duduk atau high fowler atau semi fowler			
8	Mengukur panjang tube yang akan dimasukkan dengan metode: Metode tradisional: ukur jarak dari puncak lubang hidung ke daun bawah telinga dan e prosesus xipohidius di sternum Metode Hanson: mula-mula tandai 50 cm pada tube kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Tube akan dimasukkan antara 50 cm dan tanda tradisional			
9	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
10	Potong 10 cm plester			
11	Tutup ujung selang dengan menghubungkan selang ke spuit			
12	Beri pelumas pada selang nasogastrik 10 – 20 cm			
13	Ingatkan klien bahwa insersi akan dimulai, masukkan selang dengan perlahan melalui lubang hidung sampai tenggorok (nasofaring posterior).			
14	Fleksikan kepala klien ke arah dada setelah selang melalui nasofaring			
15	Dorong klien untuk menelan dengan memberikan sedikit air atau esbatu bila mungkin. Masukkan selang saat klien menelan. Rotasi selang 1800 saat memasukkan selang			
16	Tekankan pentingnya untuk bernafas lewat mulut dan menelan selama prosedur			
17	Masukkan selang tiap kali klien menelan sampai panjang yang diinginkan telah terlewati			
18	Jangan dorong paksa selang. Bila tahanan terjadi atau klien mulai tersedak, gag atau menjadi sianotik, hentikan memasukkan selang dan tarik kembali selang. Periksa posisi selang dibelakang tenggorok dengan spatel lidah			
19	Periksa letak selang			
20	Sambungkan spuit pada ujung selang nasogastrik. Letakkan diafragma stetoskop diatas kuadran kiri atas abdomen klien tepat dibawah garis kosta. Suntikkan 10 – 20 ml udara saat auskultasi abdomen			
21	Aspirasi dengan perlahan untuk mendapatkan isi gastric dan ukur Ph			
22	Bila selang tidak dilambung, masukkan 2,5 – 5 cm lagi dan periksa kembali			
23	Amankan selang dengan plester dan hindari tekanan pada lubang hidung			
24	Potong 10 cm plester. Bagi dua pada ujung sepanjang 5 cm. Tempatkan ujung plester yang lain diatas batang hidung klien. Balutkan plester melingkari selang dibagian luar hidung.			
25	Kuatkan ujung selang nasogastrik ke pakaian klien dengan menggulung karet gelang mengitari selang pada simpul hidup dan menjepitkan dipakaian			
26	Lakukan oral hygiene secara teratur, Bersihkan selang di lubang hidung			
27	Tetap tinggal dan bicara dengan klien			
28	Lepaskan sarung tangan, rapikan peralatan dan cuci tangan			
<b>TOTAL</b>				