

**LOG BOOK PROFESI  
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

PAS FOTO  
3X4  
BERWARNA

NAMA :  
NIM :  
WAKTU : TANGGAL.....s/d.....

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES KATOLIK ST.VINCENTIUS A PAULO  
SURABAYA  
2020/2021**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan karena atas segala rahmat, bimbingan, penyertaanNya dan segala wujud cintaNya sehingga buku panduan ini bisa diselesaikan. Buku Pedoman Kompetensi Mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners stase Keperawatan Medikal Bedah ini disusun sebagai panduan bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Katolik St. Vincentius a Paulo tahun akademik 2020/2021.

Buku panduan ini merupakan penuntun bagi mahasiswa dalam melaksanakan praktek Keperawatan Medikal Bedah Program Profesi Ners yang di dalamnya berisi tentang tujuan, kompetensi, materi, metode bimbingan, tata tertib, tempat praktek, prosedur pelaksanaan praktek, mekanisme evaluasi dan jadwal praktek klinik stase Keperawatan Medikal Bedah.

Penyusun menyadari dalam proses penyusunan buku panduan ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan buku panduan selanjutnya.

Akhir kata, kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku panduan ini. Mudah-mudahan buku panduan ini memberikan manfaat yang sebesar-besarnya kepada kita semua.

Penyusun,

Tim Keperawatan Medikal Bedah

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	2
<b>DAFTAR ISI</b> .....	3
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	6
1.2 Deskripsi Mata Ajar .....	7
1.3 Kompetensi .....	7
<b>BAB 2 STANDART KOMPETENSI</b>	
2.1 Bahan Kajian .....	9
<b>BAB 3 PROSES BIMBINGAN</b>	
3.1 Beban Studi .....	14
3.2 Time Table .....	14
3.3 Tempat Praktek .....	14
3.4 Penugasan .....	14
3.6 Tata Tertib .....	15
<b>BAB 4 EVALUASI</b>	
4.1 Kelulusan Performance Stase .....	19
4.2 Penilaian .....	19
4.3 Acuan Penilaian Sikap dan Etika Profesi .....	19
<b>BAB 5 LOGBOOK</b>	
5.1 Kontrak Belajar .....	22
5.2 Laporan Kegiatan Harian .....	23
5.3 Refleksi Integrasi .....	86
<b>LAMPIRAN</b> .....	87

## LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan .....	87
Lampiran 2 Petunjuk Teknis Format Askep .....	95
Lampiran 3 Acuan Penulisan Askep.....	96
Lampiran 4 Cover dan Lembar Persetujuan .....	97
Lampiran 5 Ceklist .....	99
Menghitung Balance Cairan .....	99
Mencukur .....	100
Memberikan Kompres Savlon .....	102
Memasang gurita .....	105
Menilai Kesadaran/ GCS .....	104
Mengukur CVP .....	109
Melakukan Pemeriksaan Gula Darah .....	106
Melakukan Perekaman ECG .....	108
Melakukan clapping .....	110
Memberikan Vibrasi .....	112
Melakukan Penghisapan Melalui Hidung dan Mulut .....	114
Pemberian Oksigen .....	117
Memberikan Nebulizer/ Berocare .....	119
Memasang Infus .....	121
Memasang NGT .....	124
Memberikan Makan Melalui NGT .....	127
Memasang Tranfusi .....	129
Membantu Pleura Punksi .....	132
Memberikan Obat injeksi IC .....	135
Memberikan obat injeksi IM .....	137
Memberikan obat injeksi IV langsung .....	139
Memberikan obat injeksi SC .....	141
Memberikan obat melalui kulit .....	143
Memberikan obat melalui anus .....	145
Memberikan obat oral .....	147

Memberikan obat sublingual .....	154
Memberikan tetes hidung .....	156
Memberikan obat tetes mata .....	149
Pengambilan sampling darah vena .....	151
Merawat pasien dengan Bulleu Drain .....	154
Merawat pasien dengan trachea kanul .....	157
Merawat kolostomi .....	160
Merawat luka bakar .....	163
Merawat luka ganggren .....	165
Merawat luka operasi .....	167
Merawat luka dekubitus .....	169
Pemasangan kateter tetap .....	171
Pemasangan kateter sementara .....	174
Memasang kondom kateter .....	177
Pengambilan urine midstrim .....	179
Pengambilan urine steril .....	181
Memberikan lavement .....	192
Memberikan yal solution .....	183
Memasang darm buis .....	197
Persiapan pasien BOF .....	185
Persiapan pasien IVP .....	186
Memberikan rendaman duduk .....	202

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Pendidikan Profesi Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan merupakan pendidikan yang akan menghasilkan lulusan yang profesional dan mampu bersaing di era global yang berkomitmen pada kehidupan yang dilandasi oleh semangat kasih, kedisiplinan dan kejujuran. Program Pendidikan Profesi Ners merupakan salah satu bentuk kegiatan untuk mewujudkan tujuan tersebut.

Program pendidikan profesi ners merupakan lanjutan tahap akademik pada pendidikan sarjana keperawatan. Pendidikan tahap profesi keperawatan merupakan tahapan proses adaptasi profesi untuk dapat menerima pendelegasian kewenangan secara bertahap dalam melakukan asuhan keperawatan profesional, memberikan pendidikan kesehatan menjalankan fungsi advokasi pada klien, membuat keputusan legal dan etik serta menggunakan hasil penelitian terkini yang berkaitan dengan keperawatan.

Melihat semakin berkembangnya ilmu Pengetahuan dan teknologi mutakhir dalam bidang kesehatan diharapkan profesi perawat dapat berperan sebagai : *care provider* (pemberi asuhan keperawatan), *leader* (pemimpin), *educator* (pendidik), *manager* (pengelola asuhan keperawatan), *reseacher* (peneliti pemula). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya sebagai salah satu institusi penyelenggara pendidikan profesi keperawatan perlu mempersiapkan lulusan yang mampu melaksanakan fungsi dan peran sebagai ners yang menguasai kompetensi dan *technical skill* sehingga diharapkan mampu mengintegrasikan tiga H (*Head, heart and hand*) untuk kehidupan serta dapat menjalankan perannya secara benar. Untuk itu Program Studi Pendidikan profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St. Vincentius a Paulo menyelenggarakan “ Pembelajaran

Klinik Medikal Bedah yang mencakup asuhan keperawatan pada klien dewasa dalam konteks keluarga yang mengalami masalah pemenuhan kebutuhan dasarnya akibat gangguan satu sistem (organ) ataupun beberapa

## 1.2 Deskripsi Mata Ajar

Praktik profesi keperawatan medikal bedah merupakan program yang menghantarkan mahasiswa dalam adaptasi profesi untuk dapat menerima pendelegasian kewenangan secara bertahap ketika melakukan asuhan keperawatan profesional, memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi pada klien, membuat keputusan legal dan etik serta menggunakan hasil penelitian terkini yang berkaitan dengan keperawatan pada orang dewasa. Praktik Profesi Keperawatan Medikal Bedah mencakup asuhan keperawatan pada klien dewasa dalam konteks keluarga yang mengalami masalah pemenuhan kebutuhan dasarnya akibat gangguan satu sistem (organ) ataupun beberapa sistem (organ) tubuhnya.

## 1.3 Kompetensi

Setelah mengikuti praktik profesi Keperawatan Medikal Bedah mahasiswa mampu:

- 1) Melakukan komunikasi yang efektif dalam pemberian asuhan keperawatan pada orang dewasa.
- 2) Menggunakan keterampilan interpersonal yang efektif dalam kerja tim.
- 3) Menggunakan teknologi dan informasi kesehatan secara efektif dan bertanggung jawab.
- 4) Menggunakan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien dewasa ditatanan klinik dengan gangguan:
  - Termoregulasi : Thyroid .
  - Oksigenasi akibat ARDS, Pneumonia, Asma, Anemia Dekompensasio cordis, Ca paru.
  - Eliminasi : Ileus, Ca saluran cerna, BPH.
  - Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit : Diare, DHF, ARF/CRF, Pankreatitis akut, Kolelitiasis akut.

- Nutrisi: DM, Hipo/hipertiroid.
  - Keamanan fisik : Leukemia, Stroke, Sirosis hepatis, hepatitis, HIV/AIDS.
  - Mobilitas fisik: fraktur.
- 5) Menggunakan langkah-langkah pengambilan keputusan etis dan legal.
  - 6) Memberikan asuhan peka budaya dengan menghargai etnik, agama atau faktor lain dari setiap klien yang unik.
  - 7) Mengkolaborasikan berbagai aspek dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan klien dewasa
  - 8) Mendemonstrasikan keterampilan teknis keperawatan yang sesuai dengan dengan standar yang berlaku atau secara kreatif dan inovatif agar pelayanan yang diberikan efisien dan efektif.
  - 9) Mengembangkan pola pikir kritis, logis dan etis dalam mengembangkan asuhan keperawatan orang dewasa.
  - 10) Memberikan asuhan yang berkualitas secara holistik, kontinyu dan konsisten.
  - 11) Menjalankan fungsi advokasi untuk mempertahankan hak klien agar dapat mengambil keputusan untuk dirinya.
  - 12) Mempertahankan lingkungan yang aman secara konsisten melalui penggunaan strategi manajemen kualitas dan manajemen resiko.
  - 13) Melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan yang berlaku dalam bidang kesehatan.
  - 14) Memberikan dukungan kepada tim asuhan dengan mempertahankan akontabilitas asuhan keperawatan yang diberikan .
  - 15) Mewujudkan lingkungan bekerja yang kondusif.
  - 16) Mengembangkan potensi diri untuk meningkatkan kemampuan professional.
  - 17) Berkontribusi dalam mengembangkan profesi keperawatan.
  - 18) Menggunakan hasil penelitian untuk diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan



## BAB 2

### STANDART KOMPETENSI

#### 2.1 Bahan Kajian

Fokus atau bahan kajian yang diberikan untuk mencapai beberapa unit kompetensi diatas dalam tahap pendidikan profesi adalah sebagai berikut:

UNIT KOMPETENSI	BAHAN KAJIAN/FOKUS MATERI PEMBELAJARAN PRAKTIK
Mampu melakukan komunikasi yang efektif dalam pemberian asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penggunaan diri secara efektif dalam komunikasi terapeutik</li> <li>2. Tahapan komunikasi terapeutik</li> <li>3. Teknik komunikasi terapeutik</li> <li>4. Penggunaan komunikasi terapeutik pada berbagai tingkatan usia dengan berbagai kondisi</li> <li>5. Komunikasi dalam pelayanan kesehatan</li> <li>6. Komunikasi sosial, budaya, dan keyakinan</li> <li>7. Komunikasi profesional dalam pelayanan kesehatan</li> <li>8. Berkomunikasi dalam Bahasa Inggris secara tertulis dan lisan (verbal dan non-verbal)</li> </ol>
Mampu menerapkan pengetahuan, kerangka etik dan legal dalam sistem kesehatan yang berhubungan dengan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerapan etika RS, etika layanan keperawatan, dan etika profesi</li> <li>2. Penerapan kode etik keperawatan</li> <li>3. Mempertahankan hak pasien</li> <li>4. Profesionalisme keperawatan</li> <li>5. Hukum Kesehatan</li> <li>6. Prinsip-prinsip legal dalam praktik keperawatan (malpraktik, negligence, tanggung gugat secara mandiri dan pelimpahan), dan konsep tanggung jawab</li> <li>7. Fungsi advokasi</li> </ol>
Mampu membuat keputusan etik	

<p>Mampu memberikan asuhan peka budaya dengan menghargai sumber-sumber etnik, agama, dan faktor lain dari setiap pasien yang unik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertimbangkan latar belakang pasien dan menyesuaikan dalam asuhan yang diberikan</li> <li>2. Menerapkan <i>holistic care</i> pada klien</li> <li>3. Menerapkan transcultural nursing dalam pemberian asuhan</li> <li>4. Menggunakan pendekatan agama, kepercayaan, dan spiritual dalam praktik keperawatan</li> <li>5. Menghargai keinginan pasien dalam terapi alternatif atau pelengkap (<i>complementary nursing</i>)</li> </ol>
<p>Mampu menjamin kualitas asuhan holistik secara kontinyu dan konsisten</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan proses keperawatan</li> <li>2. Menerapkan konsep <i>caring, holism, dan humanism</i></li> <li>3. Mempertimbangkan keperawatan lintas budaya</li> <li>4. Mempertahankan spiritualitas/religiusitas</li> <li>5. Menerapkan ilmu keperawatan klinik dan komunitas</li> <li>6. Menggunakan teknologi informasi dalam proses keperawatan</li> <li>7. Mempertahankan kualitas</li> <li>8. Melakukan pendidikan kesehatan</li> <li>9. Mempertahankan hak dan kewajiban pasien</li> <li>10. Melakukan prosedur keperawatan dengan handal</li> <li>11. Menerapkan komunikasi terapeutik</li> <li>12. Mempertahankan <i>patien safety</i></li> <li>13. Mempertahankan <i>infection control</i></li> </ol>
<p>Mampu menggunakan teknologi informasi kesehatan secara efektif dan bertanggung jawab</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan perangkat komputer dan jaringan dalam mengakses teknologi terkini dalam keperawatan dan kesehatan</li> <li>2. Menerapkan klasifikasi intervensi dan <i>outcome</i> keperawatan berdasarkan NIC-NOC dan/atau yang lainnya</li> </ol>

Mampu menggunakan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerapan keperawatan medical bedah</li> <li>2. Mengelola asuhan menggunakan pendekatan holistik (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, restoratif, <i>concolation of dying</i>)</li> </ol>
Mampu menjalankan fungsi advokasi untuk mempertahankan hak klien agar dapat mengambil keputusan untuk dirinya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan hak moral dalam pengambilan keputusan</li> <li>2. Menerapkan pendekatan etik dalam pengambilan keputusan</li> <li>3. Mempertimbangkan hak-hak pasien dan keluarga dalam pelayanan Kesehatan</li> </ol>
Mampu menggunakan prinsip-prinsip peningkatan kualitas berkesinambungan dalam praktik	<p><i>Self-management of learning</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlibat aktif dalam diskusi kasus klien</li> <li>2. Aktif dalam kegiatan ilmiah</li> <li>3. Membaca artikel/jurnal keperawatan yang <i>up to date</i></li> <li>4. Mengikuti kursus, pelatihan tentang asuhan keperawatan</li> </ol>
Mampu mendemonstrasikan keterampilan teknis keperawatan sesuai dengan SOP	Menerapkan ketrampilan-ketrampilan teknis keperawatan (keterampilan dasar dan keterampilan khusus) sesuai dengan tingkatan usia di setiap tatanan pelayanan kesehatan
Mampu mengkolaborasikan berbagai aspek dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan klien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membahas secara ilmiah tentang kondisi klien dengan profesi kesehatan lainnya</li> <li>2. Memberikan masukan/pertimbangan dan rekomendasi/saran kepada profesi lain terkait dengan kondisi pasien</li> </ol>
Mampu mempertahankan lingkungan yang aman secara konsisten melalui penggunaan strategi penjaminan kualitas dan manajemen risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji situasi pelayanan/asuhan keperawatan</li> <li>2. Mengikuti alur penanganan pasien</li> <li>3. Mengorganisasikan kegiatan layanan</li> <li>4. Menerapkan pengelolaan kasus</li> <li>5. Mengendalikan kualitas asuhan keperawatan</li> </ol>

Mampu melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan yang berlaku dalam bidang kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)</li> <li>2. Melaksanakan kegiatan sesuai SOP</li> <li>3. Menerapkan prinsip bekerja dengan benar dalam asuhan keperawatan</li> <li>4. Memberikan tindakan keperawatan yang diperlukan dalam mempertahankan K3</li> </ol>
Mampu mengkolaborasikan pelayanan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membahas tentang terapi klien dengan tim medik</li> <li>2. Mempertahankan kepentingan klien jika terdapat dilema dalam terapi</li> <li>3. Membahas tentang diet dan nilai-nilai laboratorium yang relevan</li> </ol>
Mampu memberikan dukungan kepada tim asuhan dengan mempertahankan akuntabilitas asuhan keperawatan yang diberikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan dinamika kelompok</li> <li>2. Memberikan pengarahan pada bawahan atau anggota tim</li> <li>3. Menggunakan gaya kepemimpinan yang sesuai untuk klien, keluarga, sejawat, dan masyarakat</li> <li>4. Menggunakan pendekatan sistematis dalam mengelola konflik dan memperkenalkan inovasi atau perubahan</li> </ol>
Mampu mewujudkan lingkungan bekerja yang aman	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkomunikasi profesional dan kaitannya dengan pelayanan keperawatan</li> <li>2. Berkomunikasi dalam konteks sosial dan keanekaragaman budaya dan keyakinan</li> <li>3. Mempertahankan K3</li> <li>4. Berkolaborasi dengan sejawat, senior, atau profesi lain</li> </ol>
Mampu menggunakan keterampilan interpersonal yang efektif dalam kerja tim dan pemberian asuhan keperawatan dengan mempertahankan hubungan kolaboratif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan pola komunikasi efektif untuk kepentingan kepuasan pelanggan, dalam berkolaborasi dan kerja tim</li> <li>2. Membina hubungan kerja secara baik dengan pihak lain yang terkait</li> </ol>

Mampu merancang, melaksanakan proses penelitian sederhana serta memanfaatkan hasil penelitian dalam upaya peningkatan kualitas asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi fenomena klien dan lingkungan</li> <li>2. Menyusun rumusan masalah dan tujuan penelitian</li> <li>3. Mengembangkan instrument penelitian</li> <li>4. Melakukan pengumpulan data</li> <li>5. Menganalisis data</li> <li>6. Mendesiminasi dan publikasi hasil penelitian</li> </ol>
Mampu mengembangkan pola pikir kritis, logis, dan etis dalam mengembangkan asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyelesaikan masalah klien secara efektif dan efisien serta sistematis</li> <li>2. Menindaklanjuti hasil dari penyelesaian masalah klien</li> </ol>
Mampu mengikuti perkembangan iptek di bidang keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan perangkat IT dan jaringan untuk mengakses perkembangan teknologi terkini dalam keperawatan</li> <li>2. Menerapkan klasifikasi intervensi dan outcome dalam asuhan keperawatan (NIC-NOC, NANDA, atau yang lainnya)</li> </ol>
Mampu mengembangkan potensi diri untuk meningkatkan kemampuan professional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berpartisipasi aktif dalam kegiatan ilmiah keperawatan</li> <li>2. Terlibat dalam diskusi tentang layanan kesehatan dan keperawatan</li> </ol>
Mampu berkontribusi dalam mengembangkan profesi keperawatan	
Mampu mengembangkan potensi diri untuk mempertahankan kompetensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan proses pembelajaran sepanjang hayat (<i>long life learning</i>)</li> <li>2. Mewujudkan perubahan yang positif untuk kepentingan klien, layanan, dan profesi</li> </ol>

## BAB 3 PROSES BIMBINGAN

### 3.1 Beban Studi dan Lama Praktik

Beban studi: 6 SKS

Lama Praktik

6 SKS x 170 menit x 14 minggu = 14.280 menit = 238 jam

36 hari = 6 minggu

4 minggu dilakukan secara daring

2 minggu dilakukan secara luring (praktik langsung di lapangan)

### 4.1 Time Table

No	Kegiatan	Minggu ke-						Keterangan
		1	2	3	4	5	6	
1.	Pengambilan kasus kelompok sederhana							
2.	Pengambilan kasus sederhana individu 1							
3.	Pengambilan kasus sederhana individu 2							
4.	Pendelegasian tindakan procedural							
5.	Seminar kecil							
6.	Diskusi kasus							
7.	Review jurnal							
8.	Pembuatan logbook							
9.	Refleksi integrasi							

### 4.2 Tempat Praktek

Tempat praktek Keperawatan Medikal Bedah dilaksanakan di ruang medical bedah RS Katolik St. Vincentius A Paulo Surabaya dan Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar.

### 4.3 Penugasan

1) Asuhan keperawatan

- Dinas di ruang medikal bedah selama 6 minggu: 2 kasus individu, 1 kasus kelompok
- 2) Seminar: kasus kelompok disusun dengan pembahasan antara konsep dan jurnal untuk diseminarkan
  - 3) Cek list tindakan prosedural
  - 4) Logbook: penulisan logbook setiap hari
  - 5) Refleksi integrasi: dibuat setiap akhir pada satu tempat dinas
  - 6) Review artikel jurnal: 1 review jurnal
  - 7) Diskusi kasus: 2 kali untuk masing- masing kasus individu

#### 4.4 Tata Tertib

##### 1) Kehadiran/ Presensi

- (1) Praktik klinik dimulai hari Senin sampai dengan hari Sabtu, kecuali pada mata ajar Manajemen Keperawatan dan praktika senior serta mahasiswa yang mengganti dinas. Ketentuan khusus akan ditetapkan oleh bagian Profesi Prodi Profesi Ners Keperawatan STIKES Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya.
- (2) Setiap mahasiswa **diwajibkan hadir tepat waktu**, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan yaitu:
 

Dinas Pagi	: 06.30-14.00 (istirahat disesuaikan dengan kegiatan diruangan)
Dinas Sore	: 14.00-21.00 (istirahat disesuaikan dengan kegiatan diruangan)
- (3) Setiap mahasiswa wajib memenuhi kehadiran 100%.
- (4) Dalam 1 (satu) hari praktik berlaku 1 (satu) kali dinas/ shift.
- (5) Tidak dibenarkan menukar/ mengganti jadwal praktik yang telah ditentukan tanpa sepengetahuan pembimbing.
- (6) Mahasiswa tidak dibenarkan meninggalkan tempat pratik tanpa seijin pembimbing.
- (7) Mahasiswa yang meninggalkan tempat praktik lebih dari waktu istirahat yang telah ditentukan wajib mengganti jam praktik sebanyak waktu praktik yang ditinggalkan.
- (8) Mahasiswa yang terlambat datang mengikuti kegiatan profesi dengan alasan apapun wajib memberitahukan

kepada pembimbing dan diharuskan menambah jam praktik sesuai dengan banyaknya waktu yang tertinggal dari jadwal yang telah ditentukan.

- (9) Mahasiswa yang tidak hadir pada kegiatan profesi wajib melaporkan secara lisan dan tertulis terlebih dahulu kepada pembimbing.
- (10) Ketidakhadiran dengan alasan sakit harus disertai dengan surat keterangan dari dokter dan diserahkan kepada pembimbing.
- (11) Mahasiswa yang tidak dapat mengikuti kegiatan praktik dengan alasan ijin atau sakit harus mendapat ijin dari pembimbing dan yang bersangkutan wajib mengganti hari praktik sejumlah hari yang ditinggalkan.
- (12) Ketidakhadiran tanpa pemberitahuan kepada pembimbing diwajibkan mengganti hari praktik 2x hari praktik yang ditinggalkan.
- (13) Mahasiswa yang tidak mengikuti praktik lebih dari 2 hari tanpa pemberitahuan kepada pembimbing wajib mengulang praktik pada ruangan tersebut.
- (14) Mahasiswa yang tidak mengikuti praktik selama 5 hari tanpa pemberitahuan kepada pembimbing & alasan yang dapat dipertanggungjawabkan maka dinyatakan gugur pada departemen tersebut.
- (15) Setiap mahasiswa yang mengganti hari praktik harus membawa surat pengantar dari bagian profesi Program Studi Profesi Ners Ilmu Keperawatan STIKES Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya.
- (16) Penggantian hari praktik untuk satu bagian dilakukan pada libur antar tahap program profesi.

## **2) Seragam**

### **(1) Kegiatan Profesi**

- Seragam yang dikenakan adalah atas dan bawah putih sesuai dengan ketentuan pendidikan, tanda pengenal, skort dan sepatu kulit hitam dengan hak maksimal 5 cm dan tidak bersuara.



- Selama praktik mahasiswa tidak diperkenankan mempergunakan Handphone atau alat milik RSK untuk kepentingan pribadi serta tidak diperkenankan memakai perhiasan dalam bentuk apapun.
  - Tidak diperkenankan menerima tamu
  - Rambut rapi, make up minimalis
- (2) **Praktik Lapangan**  
Atas kemeja putih dan bawah rok/ celana panjang hitam, tanda pengenal dan jas almamater, sepatu tertutup dan tidak bersuara.
- (3) Mahasiswa yang tidak memenuhi ketentuan diatas tidak diperkenankan mengikuti praktik dan dinyatakan tidak hadir.

### **3) Peralatan Klinik**

- (1) Setiap mahasiswa wajib membawa perlengkapan praktik klinik yang menunjang praktik klinik yang meliputi: stetoskop, jam tangan, pen light, refleks hammer, meteran kain, masker.
- (2) Mahasiswa yang tidak membawa perlengkapan praktik klinik pada saat praktik klinik dengan seijin pembimbing diberikan waktu untuk mengambil perlengkapan praktik klinik tersebut.
- (3) Waktu yang diperlukan untuk mengambil alat praktik klinik tersebut wajib diganti dan ditambahkan pada akhir jam praktik.

### **4) Pelaksanaan Program Profesi**

- (1) Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan orientasi ruangan
- (2) Mahasiswa yang tidak membawa laporan pendahuluan pada saat pre conference atau laporan tidak lengkap atau tidak sesuai dengan topik yang telah ditentukan tidak diperkenankan mengikuti praktik klinik dan dinyatakan tidak hadir.
- (3) Mahasiswa yang tidak mengikuti pre conference dan post conference dinyatakan tidak hadir.
- (4) Laporan kasus harus dibawa setiap hari.

- (5) Mahasiswa yang tidak membawa laporan asuhan keperawatan pada saat post conference atau laporan tidak lengkap dengan ketentuan yang berlaku dinyatakan tidak hadir.
- (6) Jika dalam 2 (dua) hari mahasiswa belum mendapatkan kasus yang ditentukan, maka dengan sepengetahuan pembimbing mahasiswa diharuskan mengganti kasus dan mengikuti pre conference susulan.

## **5) Referensi**

- (1) Selama program profesi mahasiswa wajib membawa buku panduan profesi dan atau buku panduan kompetensi.
- (2) Selama praktik mahasiswa diwajibkan membawa literatur sesuai dengan topik kasus yang diambil.
- (3) Mahasiswa yang tidak membawa literatur yang sesuai dengan topik yang dipilih dengan seijin pembimbing diberikan waktu untuk mengambil literatur yang sesuai.
- (4) Waktu yang dipergunakan untuk mengambil literatur wajib diganti dan ditambahkan pada akhir jam praktik.

## **BAB 4 EVALUASI**

### **4.1 Kelulusan Performance Stase**

- 1) Kehadiran 100%
- 2) Mengumpul laporan kasus 100%
- 3) Ketrampilan kritikal minimal 80% (30 ceklist)
- 4) Kelengkapan log book 100%
- 5) Seminar 100%
- 6) Review jurnal 100%
- 7) Refleksi Integrasi 100%

### **4.2 Penilaian**

- 1) Pelaksanaan proses keperawatan : 20%
- 2) Seminar : 10%
- 3) Jurnal : 10%
- 4) Diskusi kasus : 15%
- 5) Sikap: 5%
- 6) Checklist tindakan prosedural: 35%
- 7) Log book 5 %

### **4.3 Acuan Penilaian Sikap dan Etika Profesi**

<b>No</b>	<b>Komponen</b>	<b>Acuan</b>	<b>Nilai</b>
1	Tanggung jawab dalam melaksanakan tugas	Menyelesaikan pekerjaan dengan tepat dan benar	90-100
		Menyelesaikan pekerjaan dengan tepat dan benar, tetapi masih dengan bimbingan dan memerlukan pengawasan	75-89
		Kurang/tidak dapat menyelesaikan pekerjaan yang diberikan	60-74
2	Sikap terhadap tugas	Mengerjakan semua tugas yang menjadi tanggung jawabnya tanpa menunggu instruksi (proaktif)	90-100
		Mengerjakan semua tugas	75-89

		yang menjadi tanggungnya dengan atas/atas perintah	
		Mengerjakan tugas hanya yang disukai ataudengan acuh dan malas	60-74
3	Sikap terhadap penderita/tim kerja	Sanggup menghargai dan memberi citra yang baik serta mampu menciptakan iklim sosialisasi yang baik	90-100
		Memperlakukan orang lain secara wajar, tetapi kurang komunikatif dan sosialisasi	75-89
		Kurang menghargai dan memperlakukan secara kurang wajar	60-74
4	Semangat kerja	Tanggap, ringan tangan/suka membantu dan cekatan dalam bekerja	90-100
		Dapat melaksanakan tugas dengan baik	75-89
		Kurang bersemangat,lamban, kurang/tidak tanggap terhadap lingkungan	60-74
5	Kejujuran	Dapat dipercaya dalam perbuatan dan perkataan, sanggup memberi rasa aman dan sanggup menjaga rahasia yang berkaitan dengan pekerjaan	90-100
		Sesekali mengecewakan dalam perkataan dan perbuatan	75-89
		Seringkali melakukan tindakan yang tidak jujur dan berkata tidak sesuai dengan kenyataan	60-74
6	Disiplin	Taat terhadap peraturan yang	90-100

		berlaku dan tepat waktu	
		Sesekali melanggar peraturan dan kurang tepat waktu	75-89
		Sering melanggar peraturan dan tidak tepat waktu	60-74
7	Partisipasi dalam kegiatan praktik	Aktif dan tanggap terhadap kegiatan dan tugas	90-100
		Kurang aktif dan kurang tanggap terhadap kegiatan dan tugas	75-89
		Tidak aktif dan tidak tanggap terhadap kegiatan dan tugas	60-74
8	Kemampuan berkomunikasi	Mampu berkomunikasi dengan mengaktualisasikan diri dengan jelas dan jujur	90-100
		Kurang mampu berkomunikasi dan kurang mampu mengaktualisasikan diri	75-89
		Tidak mampu berkomunikasi dan tidak mampu mengaktualisasikan diri	60-74
9	Penggunaan waktu	Memanfaatkan waktu secara efektif dan efisien	90-100
		Sanggup memanfaatkan waktu dengan baik	75-89
		Kurang/tidak dapat memanfaatkan waktu dengan efektif	60-74

## BAB 5 LOG BOOK PROFESI

### 5.1 Kontrak Pembelajaran

Tujuan Belajar	Rencana Kegiatan	Metode/ Media	Alokasi Waktu	TT Preseptor

## 5.2 Laporan Kegiatan Harian /Daily Log

Nama preseptee :

Nama preceptor :

Ruang/unit :

Stase :

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor



Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor



Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor



Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

Hari / Tanggal	Rencana kegiatan	Kegiatan Yang Telah Dilakukan	TT Preceptor

### 5.3 Refleksi Integrasi

Rumah sakit/klinik :

Ruang/unit :

- 1) Perasaan positif dan negatif selama praktik
- 2) Situasi/peristiwa yang dianggap bermakna atau terkesan yang menyenangkan
- 3) Situasi/peristiwa yang dianggap kurang menyenangkan dalam praktik
- 4) Apa keterlibatan saya dalam keadaan itu?
- 5) Apa pokok penyebab peristiwa itu terjadi?
- 6) Saya dapat belajar apa dari hal itu?
- 7) Usaha apa yang saya lakukan untuk memperbaiki?

# LAMPIRAN 1

## FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (Modifikasi dari Gordon)

Tanggal pengkajian : ..... jam : .....																							
Tanggal MRS : .....		jam : ..... No RM : .....																					
Diagnosa Medis : .....																							
Sumber Informasi : <input type="checkbox"/> Pasien																							
		<input type="checkbox"/> Keluarga Hubungan : ..... Nama : .....																					
		<input type="checkbox"/> Orang Lain Hubungan : ..... Nama : .....																					
Asal Masuk : <input type="checkbox"/> IGD <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Praktek Dokter																							
Cara Masuk : <input type="checkbox"/> Jalan <input type="checkbox"/> Kursi Roda <input type="checkbox"/> Kereta Dorong																							
Masuk RS terakhir : Tanggal : ..... Alasan : .....																							
<b>Data Umum</b>																							
<b>Identitas Klien</b>																							
Nam : .....		Umur : ..... thn Jenis Kelamin : L / P																					
Alamat : .....																							
Agama : .....																							
Suku/Bangsa : .....																							
Pekerjaan : .....																							
Pendidikan : .....																							
<b>Identitas Penanggungjawab</b>																							
Nama : .....		Umur : ..... thn Jenis Kelamin : L / P																					
Alamat : .....																							
Agama : .....																							
Suku/Bangsa : .....																							
Pekerjaan : .....																							
Pendidikan : .....																							
Hubungan dengan klien : .....																							
Status Pembiayaan : <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Asuransi : ..... <input type="checkbox"/> Tanggungan : .....																							
<b>Riwayat Kesehatan</b>																							
Keluhan Utama : .....																							
Riwayat Penyakit Sekarang : .....																							
: .....																							
Riwayat Penyakit Dahulu : .....																							
: .....																							
Riwayat Penyakit Keluarga : .....																							
: .....																							
Riwayat Pengobatan yang pernah didapatkan :																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 25%;">Nama/Jenis Obat</th><th style="width: 25%;">Dosis</th><th style="width: 25%;">Frekwensi</th><th style="width: 25%;">Dilanjutkan / Berhenti</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>				Nama/Jenis Obat	Dosis	Frekwensi	Dilanjutkan / Berhenti																
Nama/Jenis Obat	Dosis	Frekwensi	Dilanjutkan / Berhenti																				



**Pola Fungsi Kesehatan**

**1. Persepsi terhadap Kesehatan**

Merokok :  Tidak  Ya, jumlah : .....

Konsumsi Alkohol :  Tidak  Ya, jumlah : .....

Konsumsi Jamu :  Tidak  Ya, frekwensi : .....

Alergi :  Tidak  Ya, sebutkan : .....

Reaksi : .....

**2. Pola Aktivitas dan Latihan**

Kemampuan Perawatan Diri

AKTIVITAS	Di Rumah					Di RS				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mandi										
Berpakaian / berdandan										
Eliminasi										
Mobilisasi di tempat tidur										
Pindah										
Ambulasi										
Naik tangga										
Belanja										
Memasak										
Merapikan rumah										

**Keterangan Skor** : 0 = mandiri; 1 = dibantu sebagian; 2 = perlu bantuan orang lain; 3 = perlu bantuan orang lain dan alat; 4 = tergantung/ tidak mampu

**3. Pola Istirahat dan Tidur**

**Di Rumah**

Waktu tidur : ..... Kualitas : .....

Gangguan tidur :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....

**Di RS**

Waktu tidur : ..... Kualitas : .....

Gangguan tidur :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....

**4. Pola Nutrisi – Metabolik**

**Di Rumah**

Diet khusus :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....

Nafsu makan :  Normal  Turun, porsi makan : .....

Kesulitan menelan :  Tidak  Ya, Sejak Kapan : .....

Riwayat masalah kulit/kesulitan penyembuhan :  Tidak  Ya

**Di RS**

Diet khusus :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....

Nafsu makan :  Normal  Turun, porsi makan : .....

Berat Badan :  Tidak  Ya, Sebutkan : ..... kg,  
Waktu : .....hari/minggu/bulan

Kesulitan menelan :  Tidak  Ya, Sejak Kapan : .....

Masalah kulit :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....

## 5. Pola Eliminasi

### Di Rumah

#### Kebiasaan BAB

Frekwensi : ..... x/hr      Konsistensi : cair / lembek / keras

Keluhan :  Inkontinensia     Konstipasi

BAB terakhir : tgl .....

Riwayat penggunaan pencahar :  Tidak       Ya, Sebutkan : .....

#### Kebiasaan BAK

Frekwensi : ..... x/hr      Konsistensi : jernih / pekat/ lain – lain : .....

Keluhan :  Disuria     Retensi     Inkontinensia     Lain – lain : .....

Penggunaan alat bantu :  Tidak       Ya, Sebutkan : .....

### Di RS

#### Kebiasaan BAB

Frekwensi : ..... x/hr      Konsistensi : cair / lembek / keras

Jumlah Urine : .....

Keluhan :  Inkontinensia     Konstipasi

BAB terakhir : Tgl .....

Penggunaan pencahar :  Tidak       Ya, Sebutkan : .....

#### Kebiasaan BAK

Frekwensi : ..... x/hr      Konsistensi : jernih / pekat/ lain – lain : .....

Keluhan :  Disuria     Retensi     Inkontinensia     Lain – lain : .....

BAK terakhir : Tgl ..... Jam .....

Penggunaan alat bantu :  Tidak       Ya, Sebutkan : .....

## 6. Pola Kognitif – Perseptual

Status Mental :  Komposmentis     Apatis     Sopor     Precoma     Koma

Orientasi :  Baik     Bingung     Tidak ada respon

Kemampuan Bicara :  Normal     Gagap     Afasia     Blocking

Bahasa yang digunakan :  Indonesia     Daerah, Sebutkan : ..... Lainnya : .....

Kemampuan Membaca :  Bisa     Tidak

Kemampuan Mengartikan :  Sesuai     Tidak

Kemampuan Interaksi :  Sesuai     Tidak, Sebutkan : .....

Pendengaran :  Normal     Terganggu

Sebutkan : ..... Lokasi : kanan / kiri

Penglihatan :  Normal     Terganggu

Sebutkan : ..... Lokasi : kanan / kiri

Keluhan :  Vertigo     Pusing     Nyeri

Pengkajian Nyeri PQRST : .....

Manajemen Nyeri : .....

## 7. Pola Konsep Diri

Harga Diri :  Tidak terganggu     Terganggu, Sebutkan : .....

Ideal Diri :  Tidak terganggu     Terganggu, Sebutkan : .....

Gambaran Diri :  Tidak terganggu     Terganggu, Sebutkan : .....

Identitas Diri :  Tidak terganggu     Terganggu, Sebutkan : .....

## 8. Pola Koping

Masalah utama selama MRS :  Tidak ada     Ada: Keuangan/Perawatan diri/Lainnya : .....

Kehilangan/perubahan yang terjadi sebelumnya :  Tidak ada       Ada

Takut terhadap kekerasan :  Tidak ada  Ada, Sebutkan : .....  
Pandangan terhadap masa depan : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(Rentang 1 = Pesimistis s/d 10 = Optimis)

### 9. Pola Seksual – Reproduksi

#### Perempuan

Menstruasi terakhir : .....  
Masalah menstruasi :  Tidak ada  Ada, Sebutkan : .....  
Papsmear :  Tidak pernah  Pernah, Kapan : .....  
Perawatan payudara setiap bulan :  Tidak  Ya  
Penggunaan Kontrasepsi :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
Pola seksual selama MRS : .....

#### Laki – laki

Penggunaan Kontrasepsi :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
Masalah seksual/reproduksi :  Tidak ada  Ya, Sebutkan : .....  
Pola seksual selama MRS : .....

### 10. Pola Peran – Berhubungan

Status perkawinan :  Belum kawin  Kawin  Cerai/Pisah  
Pekerjaan :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
Kualitas pekerjaan :  Kontinu  Tidak kontinu, Sebutkan : .....  
Sistem dukungan :  Tidak ada  Ada : Pasangan/Teman/ Tetangga/Lainnya : .....  
Dukungan keluarga selama MRS :  Tidak ada  Ada, Sebutkan : .....

### 11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Agama : .....  
Aturan khusus agama :  Tidak ada  Ada, Sebutkan : .....  
Permintaan rohaniawan selama MRS :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....

### Data Obyektif / Pemeriksaan Fisik

#### 1. Data Klinik

Suhu : ..... °C  Axila  Rectal  Timpani  
Nadi : ..... x/mnt  Kuat / Lemah  Teratur / Tidak  
Tekanan Darah : ...../..... mmHg  Berbaring  Duduk  
TB : ..... cm BB : ..... kg

#### 2. Pernafasan

Frekwensi nafas : ..... x/mnt  
Pola nafas :  Normal  Dangkal  Cepat  
Suara nafas :  Vesikuler  Ronki  Wheezing  Lainnya : .....  
Batuk :  Tidak  Ya, Jelaskan : .....  
Sputum :  Tidak  Ya  
Jumlah : Banyak/Cukup/Sedikit Konsistensi : Kental / Encer  
Warna : .....  
Sianosis :  Tidak  Ya  
Penggunaan otot bantu nafas :  Tidak  Ya  
Pemakaian Oksigen :  Tidak  Ya, dosis : ..... liter/menit  
SpO2 : ..... %

### 3. Sirkulasi

Irama jantung :  Reguler  Irreguler S1/S2 tunggal :  Ya  Tidak  
Bunyi jantung :  Normal  Murmur  Gallop  Lain – lain : .....  
Akral :  Hangat  Dingin  Kering  Basah  
CRT :  < 2 detik  > 2 detik  
Nyeri dada :  Ya  Tidak  
Konjungtiva :  Normal  Anemis  
Edema :  Tidak  Ya, Lokasi : .....

### 4. Persarafan / Sensorik

GCS : Eye : ..... Verbal : ..... Motorik : .....  
Pupil :  Isokor  Anisokor Diameter : ...../..... mm  
Reaksi cahaya :  Positif  Negatif  
Refleks fisiologis :  Patella  Triseps  Biseps  Lain – lain : .....  
Refleks patologis :  Babinski  Brudzinski  Kernig  Lain – lain : .....

### 5. Perkemihan

Kandung kemih :  lembek  distensi  
Nyeri tekan :  Tidak  Ya  
Terpasang kateter :  Tidak  Ya, tgl pasang : ..... ukuran : .....  
Warna urine :  Jernih  Pekat  Lainnya : .....  
Lain – lain : .....

### 6. Pencernaan

#### Mulut dan tenggorokan

Mulut :  Bersih  Kotor  Bau, Jelaskan : .....  
Mukosa :  Lembab  Kering  Stomatitis, Lokasi : .....  
Tenggorokan :  Nyeri telan  Kesulitan menelan  Pembesaran tonsil  
Terpasang NGT :  Tidak  Ya, tgl pasang : ..... ukuran : .....

#### Abdomen

Perut :  Supel  Tegang  Kembang  Asites  
Nyeri tekan :  Tidak  Ya, Lokasi : .....  
Peristaltik : ..... x/menit  
Pembesaran hepar :  Tidak  Ya  
Pembesaran lien :  Tidak  Ya  
Adanya Kolostomi :  Tidak  Ya

### 7. Integumen

#### Kulit

Warna :  Normal  Ikterus  Hiperpigmentasi  
Turgor :  Baik  Sedang  Jelek  
Kelainan :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
Luka :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
Norton Scale:  skor > 18 Resiko rendah  skor 14-18 Resiko Sedang  
 Skor 13-10 Resiko Tinggi  Skor < 10 Resiko sangat tinggi

### 8. Muskuloskeletal

ROM :  Penuh  Tidak, Sebutkan : .....  
Keseimbangan :  Stabil  Tidak stabil, Sebutkan : .....  
Menggenggam :  Kuat (kanan / kiri)  Lemah (kanan / kiri)

Kemampuan otot kaki :  Kuat (kanan / kiri)  Lemah (kanan / kiri)  
 Skala Kekuatan Otot : .....  
 Morse Fall Scale :  Skor 0- 24 tidak beresiko  
 Skor 25-50 Resiko Rendah  
 Skor >50 Resiko tinggi

**Perencanaan Pulang**

Keinginan tinggal setelah pulang :  Dirumah  Panti  Tidak tahu  
 Tinggal dengan :  Sendiri  Keluarga  Lainnya : .....  
 Kendaraan yang digunakan saat pulang :  Pribadi  Umum  Ambulance  
 Bantuan untuk melakukan aktivitas sehari – hari :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
 Perawatan lanjutan setelah pulang :  Tidak  Ya, Sebutkan : .....  
 Pelayanan kesehatan yang diperlukan setelah pulang :  Home Care  Puskesmas  Lainnya  
 Sebutkan : .....

**Pengobatan di RS**

Obat Oral : .....  
 Obat Injeksi : .....

**Data Penunjang yang dibawa (Lab, Thorax foto, USG, Ct Scan, dll)**

Tgl Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil dan satuannya

Pengambil data

(.....)

## ANALISA DATA

No	Tanggal	Data	Etiologi	Problem

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan

## RENCANA KEPERAWATAN

Tgl	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			Imple mentasi	Evaluasi (Sumatif)	T.T
		Tujuan	Intervensi	Rasional			

## CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal	Diagnosa keperawatan	SOAPIE	T.T
		S : O : A : P : I : E :	

## LAMPIRAN 2

### Petunjuk Teknis Pengisian Format

Tanggal pengkajian	: diisi dengan tanggal serta jam saat dilakukan pengkajian.
Tanggal MRS	: diisi dengan tanggal dan jam klien masuk rawat inap diruangan tersebut.
Sumber Informasi	: beri tanda centang (√) dan pilih salah satu sesuai dengan sumber informasi saat dilakukan pengkajian, tulis juga nama terang dan hubungan sumber informasi dengan klien.
Asal Masuk	: beri tanda centang (√) dan pilih salah satu sesuai asal masuk klien
Cara Masuk	: beri tanda centang (√) dan pilih salah satu sesuai cara masuk klien
Masuk RS terakhir	: diisi dengan tanggal dan alasan pasien MRS sebelumnya (yang terakhir), bila klien pernah ada riwayat rawat inap sebelumnya.
<b>Data Umum</b>	
<b>Klien</b>	
Nama	: diisi dengan inisial nama klien, mis : Tn. A
Umur	: diisi usia klien sesuai dengan data saat dikaji
Jenis Kelamin	: coret salah satu sesuai dengan jenis kelamin klien
Alamat	: diisi dengan alamat tempat tinggal klien sesuai tanda pengenal
Agama	: diisi dengan agama/keyakinan yang dianut klien
Suku/Bangsa	: diisi dengan suku dan warga Negara klien
Pekerjaan	: diisi dengan pekerjaan klien saat dikaji
Pendidikan	: diisi dengan pendidikan terakhir klien
<b>Penanggungjawab</b>	
Nama	: diisi dengan inisial nama PJ, mis : ny. B
Umur	: diisi usia PJ sesuai dengan data saat dikaji
Jenis Kelamin	: coret salah satu sesuai dengan jenis kelamin PJ
Alamat	: diisi dengan alamat tempat tinggal PJ sesuai tanda pengenal
Agama	: diisi dengan agama/keyakinan yang dianut PJ
Suku/Bangsa	: diisi dengan suku dan warga Negara PJ
Pekerjaan	: diisi dengan pekerjaan PJ saat dikaji
Pendidikan	: diisi dengan pendidikan terakhir PJ
Hubungan dengan klien	: diisi dengan hubungan kekeluargaan PJ dengan klien
Status pembiayaan	: beri tanda √ sesuai jenis pembiayaan yang dipilih klien/keluarga
<b>Riwayat Kesehatan</b>	
Keluhan Utama	: diisi dengan keluhan yang paling dirasakan klien saat dikaji
Riwayat Penyakit Sekarang	: diisi dengan riwayat mulai munculnya keluhan s/d sebelum dikaji
Riwayat Penyakit Dahulu	: diisi dengan riwayat penyakit yang pernah dialami klien yang terkait dengan sakit saat ini
Riwayat Penyakit Keluarga	: diisi dengan riwayat penyakit keluarga yang diturunkan
Riwayat Pengobatan	: diisi dengan riwayat pengobatan yang pernah dijalani klien
Pola Fungsi Kesehatan	: beri tanda centang (√) dan pilih salah satu sesuai klien
Data Obyektif / Pemfis	: beri tanda centang (√) dan pilih salah satu sesuai klien. Isikan data pada kolom lain – lain bila didapatkan kelainan
Perencanaan Pulang	: beri tanda centang (√) dan pilih salah satu sesuai klien



## **LAMPIRAN 3**

### **ACUAN PENULISAN LAPORAN**

#### **ASUHAN KEPERAWATAN**

##### **Aturan Umum**

1) Batas kertas

Atas : 3 cm

Bawah : 3 cm

Kiri : 4 cm

Kanan : 3 cm

2) Huruf menggunakan Times New Roman ukuran 12 pt

3) Laporan menggunakan spasi 1,5

4) Setiap lembar diberi halaman yang terletak di bawah tengah  
(Lembar persetujuan di beri halaman ii)

5) Ukuran Kertas A4

##### **Penulisan Cover**

1) Warna Cover sesuai buku kompetensi

2) Penulisan judul asuhan keperawatan dilengkapi diagnosa  
keperawatan prioritas

3) Secara umum struktur cover adalah sebagai berikut:

Judul laporan

Logo

Nama dan NIM

Program Studi profesi Ners

##### **Contoh terlampir**

## LAMPIRAN 4

1) Cover

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A  
DENGAN Dx MEDIS ASTHMA DAN MASALAH KEPERAWATAN  
PRIORITAS KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS  
DI PAVILIUN 11 RSK ST. VINCENTIUS A PAULO  
SURABAYA**



**OLEH  
PUTRA PERKASA  
NIM. 202004099**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK  
ST. VINCENTIUS A PAULO  
SURABAYA  
2020**

2) Lembar Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Asuhan Keperawatan ..... ini telah di setujui pada tanggal .....

Menyetujui,

Preceptor Akademik

Preceptor Klinik

\_\_\_\_\_  
NRK. ....

\_\_\_\_\_  
NRK. ....

Mengetahui,

Ketua Program Studi  
Pendidikan Profesi Ners

Kepala Ruangan Pav

\_\_\_\_\_  
NRK. ....

\_\_\_\_\_  
NRK. ....

# LAMPIRAN 5

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Menghitung Balance Cairan

Skor Maksimal: 20

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	1. Formulir observasi balance cairan				
	2. Alat pengukur volume cairan / gelas ukur	*			
	3. Alat tulis dan kertas catatan	*			
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Menjelaskan kepada pasien / keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan				
	2. Mencatat jumlah cairan yang masuk dalam jangka waktu tertentu sesuai kebutuhan misalnya tiap 1 jam, 3 jam dan seterusnya	*			
	3. Mencatat jumlah cairan yang keluar dalam jangka waktu tertentu sesuai kebutuhan misalnya tiap 1 jam, 3 jam seterusnya	*			
	4. Menghitung balance cairan dan mencatat pada berkas rekam medis pasien				
	5. Melaporkan bila terjadi kekurangan dan kelebihan cairan yang bermakna kepada team perawat				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Jujur dan Bertanggung Jawab				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi + nilai\ ceklist}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Mencukur

Skor Maksimal: 54

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Alat cukur	*			
	2. Gunting rambut (bila cukur kepala)	*			
	3. Sabun & wash lap	*			
	4. Kom berisi air bersih	*			
	5. Tissue	*			
	6. Perlak	*			
	7. Handuk	*			
	8. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	Persiapan pasien :				
	Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Memasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien				
2. Menutup pintu / jendela kamar					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Mengatur posisi pasien & membuka pakaian pada daerah yang akan dicukur				
	3. Letakkan perlak di bawahnya				
	4. Perawat menggunakan sarung tangan				
	5. Basahi daerah yang di cukur dengan sabun menggunakan waslap	*			
	6. Meregangkan kulit yang terlipat dengan halus dan cukur searah tumbuhnya rambut sampai bersih	*			
	7. Membersihkan daerah yang dicukur dengan sabun lalu bilas dan keringkan dengan handuk	*			

	8. Memperhatikan daerah yang dicukur sudah bersih / belum, ada luka / lecet atau tidak	*			
	9. Membereskan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	10. Perawat melepas sarung tangan dan mencuci tangan				
	11. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien meliputi waktu pelaksanaan, kelainan yang didapatkan dan nama pelaksana				
	12. Melaporkan pada perawat yang bertanggung jawab atau pada dokter bila ada kelainan pada kulit				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Menjaga privacy pasien				
	2. Sopan dan komunikatif				
	3. Hati-hati				
	4. Teliti				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi + nilai\ ceklist}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Memberikan Kompres Savlon

Skor Maksimal: 44

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Savlon 1 % dalam tempatnya	*			
	2. Kain kasa steril	*			
	3. Pembalut (untuk daerah ekstrimitas/ kepala)	*			
	4. Bengkok	*			
	5. Alas / perlak	*			
	6. Gunting plester dan plester	*			
	7. Sarung tangan bersih satu pasang	*			
	Persiapan pasien :				
	Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	Pasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien				
B	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Memasang alas dibawah daerah yang akan dikompres				
	3. Perawat memakai sarung tangan				
	4. Mengompres daerah yang akan di operasi dengan savlon 1 %	*			
	5. Membalut daerah yang dikompres	*			
	6. Merapikan pasien				
	7. Membereskan alat – alat dan melepas sarung tangan				
	8. Perawat mencuci tangan				
	9. Mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan pada berkas rekam medis pasien				

C	<b>SIKAP</b>				
	1. Komunikatif dan sabar				
	2. Memperhatikan tehnik aseptik				
	3. Teliti				
	4. Hati-hati				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					



## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Memasang Gurita

Skor Maksimal: 28

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan Alat:				
	Gurita bersih	*			
	Persiapan pasien :				
	Menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	Memasang sketsel / gordena di sekitar tempat tidur pasien				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Membantu pasien dalam posisi tidur terlentang				
	3. Membebaskan pakaian di daerah yang akan dipasang gurita				
	4. Meletakkan gurita di bawah badan sesuai kebutuhan				
	5. Mengikat tali gurita dan ikatan gurita tidak di atas jahitan luka operasi	*			
	6. Menanyakan kepada pasien kuat dan tidaknya ikatan gurita	*			
	7. Merapikan pasien dan lingkungannya				
	8. Perawat mencuci tangan				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Komunikatif dan sabar				
	2. Teliti				
	3. Hati-hati				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					

<b>Nilai Responsi</b>	
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>	

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Menilai Kesadaran dengan Pemeriksaan GCS  
 Skor Maksimal : 22

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat dan bahan:				
	1. Lampu senter (yang ada ukuran diameter pupil)	*			
	Persiapan pasien				
	Mengatur posisi pasien (tidur terlentang)				
	Persiapan lingkungan				
	Memasang sketsel / gordena di sekitar tempat tidur pasien				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Menilai respons membuka mata	*			
	3. Menilai Reflek terhadap cahaya, Diameter pupil, Isokor / anisokor				
	4. Menilai respons verbal	*			
	5. Menilai respons gerakan lengan dan tungkai	*			
	6. Mencuci tangan				
7. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan dan score GCS pada berkas rekam medis pasien					
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Komunikatif				
	3. Tanggung jawab				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					

<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>		
<b>Nilai Responsi</b>		
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>		

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Melakukan pengukuran CVP

Skor Maksimal: 52

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1) Skala pengukur	*			
	2) Manometer line	*			
	3) Standar infuse	*			
	4) Three way Stopcock	*			
	5) Set Infus (2 buah)	*			
	6) Cairan NaCl 0,9 % 100 ml	*			
	Persiapan pasien:				
	Menjelaskan pada pasien maksud dan tujuan pengukuran CVP				
Persiapan lingkungan					
Memasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Cuci tangan				
	2. Merangkai CVP:				
	a. Menghubungkan set infuse (1) dengan cairan NaCl 0,9% 100 ml	*			
	b. Mengeluarkan udara dari selang infus	*			
	c. Selang infuse (1) disambung dengan three way	*			
	d. Selang infuse (2) dipasang pada skala pengukuran dan disambung dengan three way, kemudian isi slang infuse (2) dengan cairan NaCl 0,9% sampai 25 cmH <sub>2</sub> O	*			
	e. Menghubungkan Three way dengan CVC yang sudah terpasang	*			
	3. Cara pengukuran:				
	a. Memberi penjelasan pada pasien	*			
b. Mengatur posisi pasien terlentang	*				

	(supine)				
	c. Lavelling, mesejajarkan letak jantung dengan skala pengukur	*			
	d. Menentukan letak jantung dengan cara membuat pertemuan antara sela iga Ke 4 (ICS IV) dengan garis pertengahan aksila	*			
	e. Menentukan nilai CVP, dengan memperhatikan undulasi pada manometer dan nilai dibaca pada akhir ekspirasi	*			
	4. Membereskan alat-alat				
	5. Memberitahu pasien bahwa tindakan sudah selesai				
	6. Mencuci tangan				
	7. Mendokumentasikan tindakan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti dan jujur				
	2. Menjaga Privacy				
	3. Hati-hati				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECKLIST

Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Melakukan pemeriksaan gula darah  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_\_40\_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria a	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Alat BS (alat sudah dilengkapi dengan kode yang sesuai dengan stik)	*			
	2. Stik untuk pemeriksaan gula darah	*			
	3. Lancet	*			
	4. Alcohol swab	*			
	5. Bengkok	*			
	Persiapan pasien				
	Memberitahu pasien tentang maksud dan tujuan tindakan				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan dan memakai sarung tangan				
	2. Alat BS di tekan on setelah muncul kode yang sesuai dengan stik yang akan digunakan	*			
	3. Stik dimasukkan pada alat BS	*			
	4. Pada jari tangan yang akan di pungsi diusap dengan menggunakan alcohol swab	*			
	5. Melakukan pungsi pada jari dengan menggunakan lancet atau jarum yang sudah dipasang pada pen	*			
	6. Bila sudah ada tanda tetesan darah maka darah ditetaskan atau ditempelkan pada atas stik dan tunggu beberapa saat sampai keluar hasil	*			
	7. Menekan jari tangan bekas tusukan jarum dengan menggunakan alcohol swab				

	8. Setelah selesai pasien dirapikan dan alat-alat dibersihkan				
	9. Petugas mencuci tangan				
	10. Mendokumentasikan tindakan dan hasil pada berkas rekam medis pasien.				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Peka terhadap respon pasien				
	2. Komunikatif				
	3. Memperhatikan tehnik aseptik				
	4. Teliti, hati-hati dan jujur				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					



## CHECKLIST

Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Melakukan Perekaman EKG  
 Skor Maksimal : 54 \_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat:				
	1. Mesin EKG	*			
	2. Jelly	*			
	3. Kertas Tissue	*			
	4. Kertas ECG	*			
	5. Alat Tulis	*			
	Persiapan Lingkungan:				
	Menutup jendela, pintu dan korden				
	Persiapan Pasien:				
Memberikan penjelasan pada pasien tindakan yang akan dilakukan					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Baringkan pasien dengan tenang				
	3. Minta pasien membuka pakaian atas	*			
	4. Pastikan ekstremitas atas, bawah dan dada bersih dan bebas keringat				
	5. Pastikan tidak ada benda – benda elektronik didekat pasien				
	6. Mesin EKG sambungkan dengan listrik dan tekan power	*			
	7. Berikan Jelly/ kapas basah pada ekstremitas atas dan bawah dan pasang elektroda dengan benar	*			
	8. Tentukan lokasi pemasangan elektroda untuk V1-V6 dengan benar, berikan jelly	*			
	9. Pasang Elektroda V1-V6 dengan benar	*			
10. Masukkan Identitas pasien (Untuk Mesin EKG yang dilengkapi dengan alat pencatat Identitas)					

	11.Lakukan perekaman (sesuai dengan pengoperasian alat)	*			
	12.Setelah selesai matikan mesin ECG				
	13.Lepas semua elektroda				
	14.Bersihkan Jelly dari tubuh Pasien dengan menggunakan tisu		*		
	15.Beritahu pasien bahwa perekaman sudah selesai				
	16.Bereskan alat-alat				
	17.Cuci tangan				
	18.Mendokumentasikan tindakan dan hasil pada berkas rekam medis pasien.				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Menjaga Privacy				
	3. Hati-hati				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Melakukan Clapping  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_30\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Bengkok ( piala ginjal )	*			
	2. Tisu	*			
	3. Handuk (K/P)				
	Persiapan pasien				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan				
	2. Menjelaskan posisi tidur yang di butuhkan fowler / miring kesatu sisi				
	Pesiapan ruangan :				
	1. Memasang sketsel / gorden disekitar tempat tidur pasien				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Mengatur posisi pasien fowler / miring				
	3. Perawat mengambil posisi dibelakang pasien				
	4. Perawat mengatur posisi telapak tangan membentuk kubah	*			
	5. Meleakukan clapping pada seluruh lapang paru	*			
	6. Menganjurkan pasien menarik nafas dalam lewat hidung sampai exspansi dada optimal, lalu menghembuskan nafas sampai udara keluar semua.				
	7. Menampung dahak pasien di bengkok bila pasien batuk				
	8. Membersihkan mulut pasien dengan tissue				
	6. Perawat mencuci tangan				

	7. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan vibrasi  
 Skor Maksimal : 40

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Vibrator	*			
	2. Handuk sebagai alas (pada pasien kurus)	*			
	3. Bengkok	*			
	4. Tissue	*			
	Persiapan lingkungan:				
	Memasang gorden di sekitar tempat tidur pasien				
	Persiapan pasien :				
	1. Mengatur posisi pasien (tidur miring , semi fowler/fowler)				
	2. Menjelaskan: maksud , tujuan dan lamanya pemberian vibrasi				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Menyambungkan kabel vibrator ke dalam stop kontak	*			
	3. Membuka pakaian atas pasien				
	4. Memberikan alas pada pasien yang kurus	*			
	5. Melakukan vibrasi pada daerah dada dan punggung, lakukan pengulangan beberapa kali sesuai kondisi pasien	*			
	6. Mengajarkan pada pasien batuk efektif/ melakukan suction pada pasien yang tidak sadar	*			
	7. Mengobservasi keluhan dan KU pasien selama prosedur berlangsung	*			
	8. Membereskan alat dan merapikan pasien				
	9. Mencuci tangan				
	10. Mendokumentasi tindakan dan respon				

	pasien selama prosedur dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Melakukan penghisapan melalui mulut dan hidung

Skor Maksimal: 50

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kom bersih dengan tutup berisi air matang untuk membersihkan kateter penghisap	*			
	2. Mesin penghisap ( portable atau dinding ) dengan selang penghubung dan botol penampung secret	*			
	3. Sarung tangan bersih	*			
	4. Kateter penghisap sesuai ukuran	*			
	Persiapan ruangan: Menyiapkan peralatan di samping tempat tidur pasien, tutup pintu/korden				
	Persiapan pasien: Posisi tidur dengan satu bantal dan menjelaskan tujuan tindakan				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Cuci tangan				
	2. Memakai sarung tangan				
	3. Mengambil kateter penghisap sesuai dengan ukuran				
	4. Sambungkan kateter penghisap pada selang mesin penghisap	*			
	5. Bilas kateter dengan air matang	*			
	6. Masukkan kateter penghisap ke dalam satu sisi mulut pasien dan arahkan ke orofaring (penghisap orofaringeal) atau bila penghisapan dilakukan pada nasofaringeal, arahkan sepanjang dasar rongga hidung dengan tidak mendorong	*			

	paksa. Kemudian menarik keluar kateter				
7.	Jangan lakukan penghisapan selama memasukkan kateter penghisap baik pada penghisapan orofaringeal maupun nasofaringeal.	*			
8.	Membilas kateter dengan larutan air matang dengan meletakkannya dalam larutan dan melakukan penghisapan	*			
9.	Membiarkan pasien istirahat selama 20 - 30 detik sebelum melakukan penghisapan ulang dan memperhatikan respon pasien (frekuensi pernafasan, saturasi O <sub>2</sub> dan sianosis) sebelum, selama dan sesudah proses penghisapan	*			
10.	Bila diperlukan penghisapan dapat diulang, ikuti langkah 6 sampai 8				
11.	Hisap secret pada mulut atau bawah lidah setelah penghisapan orofring atau nasofaring selesai dilakukan				
12.	Membuang kateter pada tempat yang sudah disediakan dan membereskan alat	*			
13.	Merapikan pasien dan menyiapkan peralatan untuk penghisapan berikutnya				
14.	Mencuci tangan				
15.	Mendokumentasikan tindakan serta jumlah konsistensi, warna dan bau sekret serta respon pasien terhadap prosedur tindakan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
1.	Teliti				
2.	Hati-hati				
3.	Tanggap terhadap respon pasien				
4.	Bertanggung jawab				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					



<b>Nilai Responsi</b>	
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>	

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : pemberian oksigen dengan nasal kanul/masker

Skor Maksimal: 30

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Flowmeter dan humidifier berisi aquadest sesuai ukuran	*			
	2. Nasal kanul/masker	*			
	3. Persiapan pasien : - menjelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan - Mengatur posisi pasien yang nyaman	*			
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Memasang humidifier yang sudah terisi aquadest	*			
	3. Sambungkan slang oksigen Nasal kanul/masker pada humidifier	*			
	4. Memasang kanule secara tepat pada hidung (pada pemberian oksigen melalui nasal kanule)				
	5. memakaikan masker pada daerah sekitar hidung & mulut pasien (pada pemberian dengan masker) dan memasang selang masker/nasal kanul pada perangkat oksigen				
	6. Mengatur volume aliran oksigen pada flow meter sesuai instruksi	*			
	7. Mengevaluasi toleransi pasien terhadap pemberian oksigen				
	8. Perawat mencuci tangan				
	9. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				

1.	Teliti dan hati-hati				
2.	Komunikatif				
3.	Tanggap terhadap reaksi pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan nebulizer/berocare  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_\_ 48 \_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Mesin nebulizer yang diisi aquadest atau berocare (jet nebulizer) dengan mouth piece atau masker	*			
	2. Obat-obatan sesuai instruksi dokter (k/p)	*			
	3. Bengkok	*			
	4. Tissue	*			
	Persiapan lingkungan:				
	Memasang gordena di sekitar tempat tidur pasien				
	Persiapan pasien :				
	1. Mengatur posisi pasien (miring/ semi fowler/ fowler)				
	2. Menjelaskan: Maksud , tujuan dan lamanya pemberian nebulizer / berocare				
	3. Menjelaskan perlunya menarik nafas selama pelaksanaan perasat (jika memungkinkan)				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>			
1. Mencuci tangan					
2. Membaca pesanan dokter					
3. Menyiapkan alat, kalau perlu memasukkan obat-obatan ke dalam tempat obat untuk nebulizer maupun berocare (sesuai advis dokter)		*			
4. Menyambungkan kabel mesin nebulizer / berocare ke dalam stop kontak dan menghidupkan mesin					
5. Mengatur waktu pemberian (10-15 mnt) untuk nebulizer		*			

	Untuk terapi pemberian uap dengan berocare tidak ada (waktu tergantung pada habisnya uap)				
	6. Mengarahkan mouth piece / masker ke hidung dan mulut pasien	*			
	7. Mengobservasi keluhan dan KU pasien selama prosedur berlangsung	*			
	8. Mematikan alat				
	9. Melanjutkan dengan clapping				
	10. Membereskan alat dan merapikan pasien				
	11. Mencuci tangan				
	12. Mendokumentasi tindakan dan respon pasien selama prosedur di lakukan dalam status pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Memasang Infus

Skor Maksimal: 84

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Standard infuse	*			
	2. Cairan infus sesuai instruksi	*			
	3. Infus set steril / blood set steril	*			
	4. Vena kanule sesuai kebutuhan	*			
	5. Perlak pengalas/ underpad	*			
	6. Pengikat / pembendung / tourniquet,	*			
	7. Alcohol swab	*			
	8. Plester / handyplas, hipavix	*			
	9. Gunting	*			
	10. Bengkok	*			
	11. Sarung tangan bersih	*			
	12. Spidol	*			
	Persiapan pasien:				
	1. Memberitahu pasien tentang maksud dan tujuan tindakan	*			
	2. Mengatur posisi pasien	*			
	Persiapan ruangan:				
	Menyiapkan ruangan cukup penerangan	*			
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Memeriksa etiket cairan infuse				
	3. Menggantungkan botol infus pada standard infus				
	4. Buka infus set steril / blood set steril dan arahkan pengatur cairan dekat ruangan tetesan dan posisi diklem	*			
	5. Buka botol infus yang steril dan dilakukan penusukan set infus				

6.	Setelah menusukkan set infus ke botol infus, mengisi ½ ruangan tetesan dengan cairan infus	*			
7.	Mengisi selang infus dengan cairan infus dan mengeluarkan udaranya	*			
8.	Perawat mengenakan sarung tangan				
9.	Menentukan lokasi tusukan				
10.	Meletakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan di pasang infuse				
11.	Melakukan pembendungan dengan tourniquet				
12.	Mendesinfeksi lokasi tusukan dengan alkohol swab	*			
13.	Menusukkan Vena kanule ke dalam vena	*			
14.	Melepaskan tourniquet				
15.	Menyambungkan dengan selang infus dan mengatur kecepatan tetesan infus	*			
16.	Menilai apakah ada pembengkakan / tidak				
17.	Menutup lokasi penusukan dan melakukan fiksasi dengan menggunakan plester				
18.	Mengatur tetesan infus				
19.	Merapikan pasien dan peralatan				
20.	Perawat melepas sarung tangan dan mencuci tangan				
21.	Menulis tgl pemasangan infus pada hipavix penutup lokasi infus				
22.	Mendokumentasikan tindakan pada berkas rekam medis pasien				
23.	Mengisi lembar nosokomial untuk pemasangan infus				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Memperhatikan tehnik aseptik				
	2. Teliti dan hati-hati				
	3. Peka terhadap respon pasien				
	4. Komunikatif				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					

<b>Nilai Responsi</b>	
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>	



## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memasang NasoGastricTube (NGT)  
 Skor Maksimal : 76

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Pipa lambung dan penutupnya	*			
	2. Sarung tangan	*			
	3. Kassa steril	*			
	4. Yelly steril	*			
	5. Stetoskop	*			
	6. S spuit 10/ 20 cc	*			
	7. Bengkok (piala ginjal)	*			
	8. Handuk	*			
	9. Tissue	*			
	10. Plester	*			
	11. Gunting	*			
	12. Benang	*			
	13. Lampu senter	*			
	14. Spidol	*			
	Persiapan lingkungan:				
	1. Memasang sketsel / gorden di sekitar tempat tidur pasien				
	2. Mengusahakan agar ruangan cukup penerangan				
	Persiapan pasien :				
	1. Mengatur posisi pasien terlentang				
	2. Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
	3. Menjelaskan pada pasien selama pemasangan penduga lambung pasien harus rilex				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan dan memakai				

	sarung tangan				
	2. Melatakkkan handuk di bawah kepala pasien				
	3. Mengatur posisi pasien, tidur terlentang dengan memakai 1 bantal				
	4. Memeriksa kedua lubang hidung dengan lampu senter				
	5. Mengukur panjangnya penduga lambung yang akan dimasukkan dengan cara : Meletakkan ujung NGT pada prosesus xyphoideus pasien, memanang lurus ke dahi atau sampai ujung hidung belok ke arah telinga dan diberi tanda batas penduga lambung yang harus dimasukkan dengan menggunakan spidol	*			
	6. Meletakkan jelly pada kasa steril				
	7. Mengolesi jelly pada penduga lambung sepanjang 7,5-10 cm	*			
	8. Memasukkan penduga lambung ke salah satu lubang hidung	*			
	9. Memastikan pipa lambung sudah masuk lambung dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa rongga mulut dengan senter untuk melihat slang melingkar di dalam mulut atau tidak</li> <li>• Meletakkan stetoskope di epigastrium dan memasukkan udara ±sebanyak 5 cc dengan spuit 10cc. bila terdengar suara, maka pipa lambung sudah masuk lambung.</li> </ul>	*			
	10. Menutup penduga lambung	*			
	11. Memfixasi penduga lambung, dengan benang, lalu diplester pada hidung				
	12. Merapikan pasien				
	13. Membereskan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	14. Mencuci tangan				

	15. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Tanggap terhadap respon pasien				
	4. Komunikatif				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan Makanan Melalui Pipa Lambung  
 (NGT) Dengan Bolus Feeding  
 Skor Maksimal : 54

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Makanan cair sesuai kebutuhan	*			
	2. Sputih bersih sesuai ukuran	*			
	3. Gelas berisi air masak untuk membilas ( sesuai ketentuan )	*			
	4. Obat yang dihaluskan ( bila ada )	*			
	5. Alas makan / tissue	*			
	6. Baki	*			
	Persiapan pasien :				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan ( bila memungkinkan )				
	2. Mengatur posisi pasien ½ duduk ( bila tidak ada kontra indikasi )				
	Persiapan ruangan :				
	1. Menutup pintu, jendela				
	2. Memasang sketsel / korden disekitar tempat tidur				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>			
1. Perawat mencuci tangan					
2. Letakkan alas makan / tissue untuk melindungi pasien dari makanan yang tercecer					
3. Lakukan test terlebih dahulu untuk mendeteksi apakah ada retensi makanan / tidak: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila retensi makanan 150 cc dalam 3 jam pemberian makanan di tunda 1 jam</li> <li>• Bila tidak ada retensi / retensi kurang dari 150 cc dalam 3 jam perasat ini bisa</li> </ul>		*			

	dilanjutkan				
	4. Klem pipa lambung, penutup pipa lambung dibuka lalu dipasang spuit	*			
	5. Masukkan makanan cair ke dalam spuit, klem dibuka agar makanan bisa masuk kedalam lambung, perasat ini diulang terus sampai porsi makan yang disediakan habis	*			
	6. Masukkan obat yang telah dihaluskan dan diencerkan ke dalam spuit	*			
	7. Bilas pipa lambung dengan air sampai bersih ( jumlah air sesuai ketentuan )	*			
	8. Pipa lambung ditutup kembali				
	9. Rapikan pasien dan lingkungannya				
	10. Alat-alat dibersihkan dan dikembalikan pada tempatnya				
	11. Perawat mencuci tangan				
	12. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan pada status keperawatan pasien meliputi : waktu pelaksanaan, jenis dan jumlah makanan.				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Komunikatif dan sabar				
	2. Memperhatikan tehnik aseptik				
	3. Teliti				
	4. Hati-hati dan tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi + nilai\ ceklist}{2}</math></b>				

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memasang Transfusi  
 Skor Maksimal : 94

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Standart infus	*			
	2. 1 fles cairan NaCl 0,9% steril 100cc	*			
	3. Darah yang dibutuhkan sesuai dengan nama, jenis darah, golongan darah, no. bag darah dan periksa adanya pengkabutan & adanya warna yang abnormal	*			
	4. 1 buah blood set steril ( set tranfusi )	*			
	5. Abocath / IV cath no.18-20	*			
	6. Alkohol swab	*			
	7. Hypavix/ tigaderrm yang sudah ditulis tanggal	*			
	8. Tensoplast				
	9. Plester	*			
	10. Gunting	*			
	11. Tourniquet / tali pembendung	*			
	12. Perlak untuk alas/ underpad	*			
	13. Tensi meter + stetoskop	*			
	14. Thermometer	*			
	15. Obat anti histamin / di uretic (kp)				
	16. Formulir observasi dan alat tulis	*			
	17. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	Persiapan pasien dan lingkungan :				
1. Menjelaskan pada pasien dan keluarga mengenai maksud dan tujuan tindakan					
2. Memasang sketsel / gorden sekitar tempat tidur pasien					
3. Mengusahakan penerangan ruangan					

	yang cukup				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Menghangatkan darah dengan cara meletakkan darah pada suhu ruangan	*			
	2. Mengatur posisi pasien sesuai kebutuhan				
	3. Mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan sebelum dilakukan tranfusi	*			
	4. Menyiapkan pemasangan NaCl 0,9% dengan cara sama dengan pemasangan infus	*			
	5. Menentukan lokasi pemasangan				
	6. Memasang alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan vena punksi				
	7. Memasang pembendungan, di bagian proksimal lokasi punksi	*			
	8. Mendesinfeksi lokasi penusukan dengan alkohol swab	*			
	9. Melakukan vena punksi	*			
	10. Melepas tourniquet dan jarum iv punksi				
	11. Menyambungkan blood set dengan NaCl 0,9%, pada IV cath (abocath), pengatur tetesan dibuka, menilai ada/tidaknya pembengkakan	*			
	12. Menfiksasi daerah penusukan dengan handiplast dan plester kemudian ditutup dengan hypavix/ tigaderm.	*			
	13. Mengatur tetesan infus sesuai kebutuhan, selama 15 menit	*			
	14. Mengganti infus NaCl 0,9% dengan darah, lalu mengatur tetesan darah	*			
	15. Setelah darah habis, dibilas dengan sisa NaCl 0,9%				
	16. Melepas sarung tangan				
17. Perawat mencuci tangan					
18. Merapikan pasien dan lingkungan					

	19. Membereskan alat-alat dan mengembalikannya pada tempatnya				
	20. Memperhatikan reaksi / komplikasi akibat tranfusi				
	21. Mengobservasi tanda vital tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan untuk selanjutnya tiap 1-3 jam sesuai kondisi pasien sampai tranfusi selesai	*			
	22. Mendokumentasikan pada lembar observasi pasien tentang: Waktu pemasangan Jumlah bag darah Jenis darah Golongan darah dan reshus Nomer bag darah Bag darah keberapa Nama perawat yang memasang Hasil observasi TTV dan reaksi tranfusi				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Memperhatikan tehnik aseptik				
	2. Teliti				
	3. Hati-hati				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
	5. Tanggung jawab				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				



## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Membantu pelaksanaan pleura punksi

Skor Maksimal: 84

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Three way stop cock steril sesuai kebutuhan	*			
	2. Spuit disposable steril dengan ukuran : 2,5 cc, 5 cc, 10 cc, 20 cc atau 50 cc	*			
	3. Abocath steril sesuai kebutuhan	*			
	4. Sarung tangan steril : 1 pasang	*			
	5. Kain kasa / depper steril dalam tempatnya	*			
	6. Betadine 3%	*			
	7. Alkohol swab	*			
	8. Xylocoïn atau lidocoin : 2%	*			
	9. Kapas bulat	*			
	10. Hansaplast/tensoplast	*			
	11. Pinset anatomis steril	*			
	12. Blood set steril	*			
	13. Gelas ukur/ tempat penampung cairan punksi	*			
	14. Bengkok (piala ginjal)	*			
	15. Botol steril (bila cairan pleura punksi diperiksakan citologi)				
	16. Surat untuk pemeriksaan citologi (kp)				
	Persiapan lingkungan				
	1. Pasang sketsel / gorden disekitar tempat tidur				
2. Ruangan dengan penerangan yang cukup					
Persiapan pasien					
1. Menjelaskan pada pasien :					
➢ Maksud dan tujuan tindakan					
➢ Selama dilakukan punksi, pasien					

	diharapkan tenang, tidak bergerak, tidak batuk dan tidak berbicara				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Melepas pakaian atas pasien				
	3. Mengatur posisi pasien duduk / miring sesuai kondisi pasien				
	4. Membantu memakaikan sarung tangan steril pada dokter				
	5. Memberikan dokter depper steril yang dibasahi betadine 3% untuk mendesinfeksi lokasi punksi	*			
	6. Memberikan dokter depper yang dibasahi alkohol swab untuk mendesinfeksi lokasi punksi	*			
	7. Menyiapkan lidocain 1% dalam spuit steril dengan jumlah sesuai instruksi untuk lokal anastesi	*			
	8. Membantu dokter menyiapkan spuit 10cc steril untuk punksi percobaan (kp)	*			
	9. Membantu dokter memasang three way stop cock steril dan jarum punksi steril pada spuit 20cc/50cc (bila diperlukan)	*			
	10. Membantu dokter memasang blood set steril yang sudah dipotong pada three way stop cock steril untuk mengalirkan cairan punksi ke tempat penampung cairan punksi (bila diperlukan)	*			
	11. Setelah selesai punksi, meminta pasien untuk inspirasi saat jarum punksi di cabut				
	12. Setelah jarum punksi dicabut, menekan lokasi punksi dengan depper steril selama $\pm$ 5 menit, lalu menutup lokasi punksi dengan band aid atau kasa betadine difixasi dengan plester / hipafix	*			
	13. Merapikan pasien dan ruangan				
	14. Membereskan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya				

	15. Mengukur jumlah dan warna cairan pleura punksi	*			
	16. Bila cairan pleura diperiksa citologi, menyiapkan etiket pemeriksaan dan ditempelkan pada botol penampung cairan				
	17. Perawat mencuci tangan				
	18. Mendokumentasikan hasil tindakan pada berkas rekam medis pasien meliputi : keadaan pasien, keluhan, jumlah dan warna cairan pleura				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Komunikatif dan sabar				
	2. Memperhatikan tehnik aseptik				
	3. Teliti				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
	5. Hati-hati				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat injeksi IC  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_\_58\_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. S spuit insulin	*			
	2. Kapas kering	*			
	3. Obat injeksi yang diperlukan (vial/ampul)	*			
	3. Bengkak	*			
	4. Baki injeksi	*			
	5. Daftar obat injeksi	*			
	Persiapan pasien :				
	Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Menyiapkan ruangan cukup penerangan				
	2. Memasang sketsel / gorden (k/p)				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>			
1. Mencuci tangan					
2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien		*			
3. Menyiapkan obat injeksi sesuai ketentuan		*			
4. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelang identifikasi		*			
5. Menyampaikan pada pasien bahwa akan diberikan obat injeksi di bawah kulit		*			

	6. Menentukan lokasi penyuntikan	*			
	7. Mendesinfeksi lokasi tusukan dengan kapas kering	*			
	8. Menusukkan jarum injeksi pada lokasi tusukan dengan sudut 15°	*			
	9. Memasukkan obat secara perlahan-lahan	*			
	10. Mencabut jarum injeksi tanpa melakukan massage	*			
	11. Memberi tanda lingkaran pada sekitar lokasi penyuntikan				
	12. Memberitahukan pada pasien bekas penyuntikan jangan di tekan dan digaruk serta melaporkan bila timbul rasa gatal dan kemerahan	*			
	13. Mengobservasi reaksi obat				
	14. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				
	15. Mencuci tangan				
	16. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Teknik aseptik				
	3. Komunikatif				
	4. Tidak ragu-ragu				
	5. Tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat injeksi IM  
 Skor Maksimal : 58

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. S spuit dan jarum steril sesuai dengan kebutuhan	*			
	2. Alkohol swab	*			
	3. Obat injeksi yang diperlukan (vial/ampul)	*			
	4. Bengkok	*			
	5. Baki injeksi	*			
	6. Daftar obat injeksi	*			
	Persiapan pasien :				
	1. Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Menyiapkan ruangan cukup penerangan				
	2. Memasang sketsel / gorden (k/p)				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>			
1. Mencuci tangan					
2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien					
3. Menyiapkan obat injeksi sesuai ketentuan		*			
4. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelan identifikasi					
5. Menentukan lokasi penyuntikan		*			
6. Mendesinfeksi lokasi tusukan dengan alcohol swab		*			
7. Menusukkan jarum injeksi pada lokasi tusukan dengan sudut 90°	*				

	8. Melakukan aspirasi	*			
	9. Memasukkan obat secara perlahan-lahan	*			
	10. Mencabut jarum injeksi tanpa melakukan massage				
	11. Menekan bekas lokasi tusukan jarum dengan alkoho swab kalau perlu di plester				
	12. Mengobservasi reaksi obat				
	13. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				
	14. Mencuci tangan				
	15. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Teknik aseptik				
	3. Komunikatif				
	4. Tidak ragu-ragu				
	5. Tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat injeksi IV langsung  
 Skor Maksimal : 76

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Sputit dan jarum steril sesuai dengan kebutuhan	*			
	2. Alkohol swab	*			
	3. Obat injeksi yang diperlukan (vial/ampul)	*			
	4. Aquadest steril untuk pengencer obat (k/p)	*			
	5. Perlak	*			
	6. Pengikat / pembendung / tourniquet	*			
	7. Bengkok	*			
	8. Sarung tangan on steril	*			
	9. Plester	*			
	10. Baki injeksi	*			
	11. Daftar obat injeksi	*			
	Persiapan pasien :				
	Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Menyiapkan ruangan cukup penerangan				
	2. Memasang sketsel / gorden (k/p)				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien				
	3. Menyiapkan obat injeksi sesuai ketentuan				
	4. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelang identifikasi				
	5. Perawat menggunakan sarung tangan				
	6. Meletakkan perlak dibawah lengan yang akan dilakukan punksi				
	7. Menentukan lokasi penyuntikan	*			
	8. Melakukan pembendungan dengan memasang	*			



	tourniquet				
	9. Mendesinfeksi lokasi tusukan dengan alkohol swab	*			
	10. Menusukkan jarum injeksi pada lokasi tusukan dengan sudut 15° – 30°	*			
	11. Melakukan aspirasi	*			
	12. Melepas pengikat	*			
	13. Memasukkan obat secara perlahan-lahan	*			
	14. Mengobservasi reaksi obat	*			
	15. Mencabut jarum injeksi	*			
	16. Menekan bekas lokasi tusukan jarum dengan alkoho swab kalau perlu di plester				
	17. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				
	18. Mencuci tangan				
	19. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Teknik aseptik				
	3. Komunikatif				
	4. Tidak ragu-ragu				
	5. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat injeksi SC  
 Skor Maksimal : 60

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. S spuit sesuai dengan kebutuhan	*			
	2. Alkohol swab	*			
	3. Obat injeksi yang diperlukan (vial/ampul)	*			
	4. Bengkok	*			
	5. Baki injeksi	*			
	6. Daftar obat injeksi	*			
	7. Plester	*			
	Persiapan pasien :				
	Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Menyiapkan ruangan cukup penerangan				
2. Memasang sketsel / gordien (k/p)					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien				
	3. Menyiapkan obat injeksi sesuai ketentuan				
	4. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelang identifikasi pasien				
	5. Menentukan lokasi penyuntikan				
	6. Mendesinfeksi lokasi tusukan dengan alkohol swab	*			
	7. Menusukkan jarum injeksi pada lokasi tusukan dengan sudut 45°	*			
8. Memasukkan obat secara perlahan-lahan	*				

	9. Mencabut jarum injeksi tanpa melakukan massage	*			
	10. Menekan bekas lokasi tusukan jarum dengan alkoho swab kalau perlu di plester	*			
	11. Mengobservasi reaksi obat				
	12. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				
	13. Mencuci tangan				
	14. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Teknik aseptik				
	3. Komunikatif				
	4. Tidak ragu-ragu				
	5. Tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Memberikan obat melalui kulit

Skor Maksimal: 46

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Obat yang diperlukan	*			
	2. Kapas lidi steril dalam tempatnya	*			
	3. Pinset steril	*			
	4. Kasa steril dalam tempatnya	*			
	5. NaCl 0,9 % dalam tempatnya	*			
	6. Bengkok	*			
	7. Sarung tangan	*			
	Persiapan Pasien :				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan				
	2. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan				
	Persiapan Ruangan :				
	1. Menutup pintu dan jendela kamar				
	2. Memasang sketsel / korden disekitar tempat tidur pasien				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Menggunakan sarung tangan				
	3. Meletakkan bengkok didekat pasien				
	4. Membersihkan kulit dengan NaCl 0,9% lalu dikeringkan dengan kasa	*			
	4. Mengoleskan obat dengan menggunakan lidi kapas	*			
	5. Melepas sarung tangan dan meletakkan pada bengkok				
	6. Merapikan pasien dan lingkungan				
	7. Membersihkan alat - alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	8. Perawat mencuci tangan				

	9. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Komunikatif				
	2. Sabar				
	3. Menjaga privacy pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Memberikan obat melalui rektum

Skor Maksimal: 44

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Bengkok	*			
	2. Obat yang diperlukan	*			
	3. Sarung tangan	*			
	Persiapan Pasien :				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan				
	2. Memberitahukan pasien untuk menarik nafas panjang dan tidak mengejan saat diberikan obat melalui rektum				
	3. Atur posisi miring				
	Persiapan Ruangan :				
	1. Menutup pintu dan jendela kamar				
	2. Memasang sketsel / korden disekitar tempat tidur pasien				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>			
1. Perawat mencuci tangan					
2. Menggunakan sarung tangan					
3. Melepaskan pakaian bawah pasien					
4. Mengatur posisi pasien miring ke kiri		*			
5. Memasukkan obat melalui anus sambil menganjurkan pasien menarik nafas panjang		*			
6. Setelah obat masuk menyarankan pasien miring ke kiri selama $\pm$ 20 menit		*			
7. Merapikan pasien dan lingkungan					
8. Membersihkan alat - alat dan					

	mengembalikan pada tempatnya				
	9. Perawat melepas sarung tangan lalu mencuci tangan				
	10. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada berkas rekam medis pasien meliputi : waktu pelaksanaan, nama obat, nama perawat				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Tidak menampakkan sikap jijik				
	2. Hati – hati				
	3. Peka terhadap respon pasien				
	4. Menjaga privacy pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat oral  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_46\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kartu / daftar obat pasien	*			
	2. Tempat obat / gelas obat	*			
	3. Obat	*			
	4. Baki	*			
	Persiapan pasien :				
Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien				
	3. Membagi obat ketempat obat ( obat tetap dalam pembungkus ) sesuai daftar obat	*			
	4. Menyiapkan obat cair beserta gelas obat	*			
	5. Mengecek apakah obat oral tersebut memiliki efek terhadap obat yang lain				
	6. Mengukur TTV (k/p obat yang memerlukan pengawasan TTV)				
	7. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelang identifikasi	*			
	8. Menanyakan makanan yang terakhir dimakan pasien dan waktunya				
	9. Mengecek kembali jadwal pemberian obat, rute, nama, dosis obat satu persatu sambil mem buka pembungkus obat	*			
10. Satu persatu obat diberikan ke pasien	*				



	serta menunggu sampai pasien selesai minum				
	11. Mengobservasi efek kerja dari obat	*			
	12. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				
	13. Mencuci tangan				
	14. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Jujur				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat secara sublingual  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_\_42\_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kartu / daftar obat pasien	*			
	2. Tempat obat / gelas obat	*			
	3. Obat dan penggerus obat	*			
	4. Baki	*			
	Persiapan pasien :				
	Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien	*			
	3. Mengukur TTV (k/p obat yang memerlukan pengawasan TTV)				
	4. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien				
	5. Menyampaikan pada pasien bahwa akan diberikan obat secara sublingual	*			
	6. Memberitahu pasien agar meletakkan obat pada bagian bawah lidah	*			
	7. Menganjurkan pasien agar tetap menutup mulut, tidak minum dan berbicara selama obat belum larut sepenuhnya	*			
	8. Mengobservasi efek kerja dari obat				
	9. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				

	10. Mencuci tangan				
	11. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Jujur				
	3. Komunikatif				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat tetes hidung  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_44\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Obat yang sudah ditentukan	*			
	2. k/p pipet	*			
	3. Bengkok	*			
	4. Kapas bulat	*			
	5. Daftar obat pasien	*			
<b>B</b>	Persiapan pasien :				
	Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien				
	3. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelang identifikasi				
	4. Menyampaikan pada pasien bahwa akan diberikan obat tetes hidung				
	5. Mengatur Posisi pasien berbaring / duduk tengadah keatas				
	6. Mengisi pipet dengan obat yang sudah ditentukan				
	7. Meneteskan obat kedalam lubang hidung sesuai dosis				
8. Pasien dianjurkan untuk tetap tengadah/ berbaring 5 – 10 menit, supaya obat tidak mengalir keluar	*				

	9. Memantau efek kerja dari obat				
	10. Mengembalikan alat-alat ketempat semua				
	11. Mencuci tangan				
	12. Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan obat tetes mata  
 Skor Maksimal : \_44\_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Obat yang sudah ditentukan	*			
	2. k/p pipet	*			
	3. Bengkok	*			
	4. Kapas bulat/kassa	*			
	5. Daftar obat pasien	*			
<b>B</b>	Persiapan pasien :				
	Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Mencocokkan daftar obat dengan status pasien	*			
	3. Membawa daftar + obat ke pasien sambil mencocokkan dengan memanggil nama pasien serta mencocokkan dengan gelang identifikasi	*			
	4. Menyampaikan pada pasien bahwa akan diberikan obat tetes mata	*			
	5. Mengatur Posisi pasien berbaring / duduk tengadah keatas	*			
	6. membuka kelopak mata bawah	*			
	7. Meneteskan obat pada konjungtiva	*			
	8. Membersihkan air mata yang keluar dengan kassa				
	9. Memantau efek kerja dari obat				
10. Mengembalikan alat-alat ketempat semua					

	11.Mencuci tangan				
	12.Mendokumentasikan obat yang telah diberikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi+nilai\ ceklist}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Pengambilan sampling darah vena  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_78\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. S spuit dan jarum steril sesuai dengan kebutuhan	*			
	2. Alkohol swab	*			
	3. Perlak/ pengalas	*			
	4. Pengikat / pembendung / tourniquet	*			
	5. Plester/ band aid	*			
	6. Gunting	*			
	7. Bengkok	*			
	8. Sarung tangan bersih	*			
	9. Botol / tabung specimen	*			
	10. surat permintaan darah	*			
	11. Stiker nama pasien	*			
	Persiapan pasien :				
	1. Mengidentifikasi pasien				
	2. Memberitahu pasien tentang maksud dan tujuan tindakan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Menyiapkan ruangan cukup penerangan				
	2. Memasang sketsel / gorden (k/p)				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Menyiapkan alat yang dibutuhkan disamping pasien				
	3. Perawat menggunakan sarung tangan				
	4. Menentukan lokasi suntikan	*			
5. Meletakkan perlak kecil di bawah lengan yang akan di lakukan punksi					



	6. Melakukan pembendungan dengan tourniquet	*			
	7. Menyarankan pasien mengepalkan tangan / menggenggam erat sampai vena distensi & tampak jelas				
	8. Mendesinfeksi lokasi suntikan dengan alkohol swab dari titik tengah kearah luar dg diameter 5 – 10 cm, tunggu sampai kering.	*			
	9. Melakukan penekanan kulit dibawah titik yg akan ditusuk dgn tangan yg tidak dominant agar vena tidak bergerak				
	10. Menusukkan jarum pada lokasi tusukan dengan dgn posisi lubang jarum menghadap keatas	*			
	11. Melakukan penghisapan darah sesuai kebutuhan	*			
	12. Meminta pasien untuk melepaskan genggaman dan membuka pengikat ( tourniquet )	*			
	13. Menekan bekas lokasi tusukan jarum dan memasang plester pada bekas suntikan	*			
	14. Kemudian masukkan darah dalam botol / tabung specimen dgn melepas jarum dari spuitnya, lalu botol/ tabung diputar – putar ( bukan dikocok )	*			
	15. Memasang stiker nama pasien pd botol / tabung sampling darah	*			
	16. Membuang alat – alat yg terkontaminasi kedalam tempatnya.				
	17. Membereskan alat-alat				
	18. Melepas sarung tangan& mencuci tangan				
	19. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Tidak ragu-ragu				

3.	Komunikatif				
4.	Memperhatikan tehnik aseptik				
5.	Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Merawat Pasien yang menggunakan Bulleu Drain  
 Skor Maksimal : 70

No	Aspek yang dinilai	Kriteri	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Klem 2 buah	*			
	2. Kain kasa steril 2 buah	*			
	3. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	4. Air matang yang sudah dingin	*			
	5. Larutan savlon 1 %	*			
	6. Aquadest	*			
	7. Bengkok	*			
	8. Gelas ukuran / spuit	*			
	Persiapan lingkungan :				
	Memasang sketsel / gordena disekitar tempat tidur Pasien				
	Persiapan pasien:				
Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Mengenakan sarung tangan				
	3. Mengklem selang bulleu drainage didua tempat (dengan arah berlawanan)	*			
	4. Mematikan stop kontak				
	5. Membuka tutup botol dan membungkus dengan kasa steril				
	6. Mengukur cairan bulleu drainage	*			
7. Membersihkan botol bulleu drainage dengan savlon 1 % lalu dibilas dengan air matang. Hal ini diulangi sampai botol bersih	*				

8.	Memasang kembali tutup botol bulleau drainage dengan rapat				
9.	Memeriksa volume aquadeat pada tabung manometer, bila volume aquadest kurang tambahkan sampai pada level yang tertera pada manometer	*			
10.	Mengatur tekanan hisap sesuai ketentuan	*			
11.	Memeriksa sambungan selang bulleau drainage, mengeratkan sambungan dan mengatur posisi selang agar tidak ricuh	*			
12.	Menyalakan stop kontak bulleau drainage ( on )				
13.	Membiarkan gelembung – gelembung dalam tabung selama $\pm$ 2 menit				
14.	Membuka klem satu persatu, dimulai yang terjauh dari pasien	*			
15.	Merapikan pasien dan lingkungan				
16.	Memberi posisi yang nyaman bagi pasien				
17.	Mengajarkan pasien / keluarga cara mengklem / menekuk selang di dua tempat				
18.	Menyarankan pasien/ keluarga untuk mengklem/ menekuk selang bila listrik mati				
19.	Membereskan alat dan mengembalikan pada tempatnya				
20.	Melepas sarung tangan dan mencuci tangan				
21.	Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien: jumlah dan warna cairan bulleau drainage				
<b>C.</b>	<b>SIKAP</b>				
1.	Hati – hati				
2.	Teliti				

	3. Sabar dan komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Merawat pasien yang Menggunakan Trakhea  
 Kanul  
 Skor Maksimal : 86

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kassa steril dalam bungkusnya	*			
	2. Kom steril dengan tutup untuk suction trakea	*			
	3. Kom steril dengan tutup berisi larutan alkohol 70 %	*			
	4. Kom dengan tutup untuk menyimpan dan membersihkan kateter penghisap yang dipakai untuk mulut	*			
	5. Mesin suction lengkap dengan selang dan botol penampung sekret	*			
	6. Sarung tangan steril 1 pasang	*			
	7. Lidi kapas steril	*			
	8. NaCl 0,9%	*			
	9. Sikat khusus/ lidi kapas untuk membersihkan anak kanule	*			
	10.Pita verband untuk memifixasi kanule				
	11.Bengkok / piala ginjal	*			
	12.Kateter penghisap steril sesuai ukuran	*			
	Persiapan lingkungan:				
	1. Pasang korden/sampiran dan penerangan yang cukup				
	Persiapan pasien:				
	2. Menjelaskan maksud dan tujuan perasat yang akan dilakukan ( bila memungkinkan)				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Mengambil kateter penghisap				

3. Pasang kateter penghisap pada selang mesin suction (tanpa melepaskan dari penghisap)				
4. Perawat memakai sarung tangan steril				
5. Memasukkan kateter penghisap kedalam kanul trakheostomi sepanjang 10 – 15 cm atau 1 – 1,5 cm harus melebihi panjang trakhea kanul dan dalam keadaan tidak menghisap ( kaki Y terbuka )				
6. Menarik keluar kateter dengan pelan, arah memutar dan dalam keadaan menghisap ( kaki Y ditutup )				
7. Lap bagian luar kateter dengan kasa steril	*			
8. Membilas kateter dengan larutan NaCl 0,9 % sampai bersih	*			
9. Melakukan penghisapan secret berulang-ulang dengan cara yg sama sampai bersih				
10. Melakukan suction pada rongga mulut pasien berulang- ulang sampai bersih menggunakan kateter penghisap yang khusus untuk mulut. Buang kateter penghisap pada tempatnya				
11. Melepas anak kanule dengan membuka kunci kanule	*			
13. Mencuci anak kanule pada air yang mengalir bagian dalam anak kanule dibersihkan dengan lidi kapas atau sikat khusus	*			
14. Merendam anak kanule pada kom steril yang berisi larutan alkohol 70 % selama 5 menit	*			
15. Membersihkan kulit disekitar trakeostomi dg lidi kapas yg dibasahi Na Cl 0,9 % ,	*			
16. Mengganti tali pengikat kanule ( Kalau				

	perlu )				
	17.Mengambil anak kanule dari rendaman larutan alkohol menggunakan pinset steril lalu dibilas dengan NaCl 0,9 %	*			
	18.Memasang anak kanule lalu mengunci	*			
	19.Menutup stoma dengan kasa steril/ <i>Allevin</i>	*			
	20.Membersihkan alat – alat tabung penampung sekret, kateter, kom tempat kateter, kom tempat merendam anak kanule, kom tempat NaCl 0,9 %	*			
	21.Memasang kembali tabung penampung sekret pada mesin suction	*			
	22.Melepas sarung tangan dan mencuci tangan				
	23.Mencatat tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Bekerja dengan teknik aseptik				
	2. Tanggap terhadap reaksi pasien				
	3. Hati – hati				
	4. Tidak jijik				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				



## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Merawat Kolostomi

Skor Maksimal: 82

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kantong kolostomi	*			
	2. Sarung tangan bersih dua pasang	*			
	3. Bengkok	*			
	4. Kasa steril dalam tempatnya	*			
	5. Larutan Na Cl 0,9 %	*			
	6. Obat untuk kulit sesuai ketentuan (kp)				
	7. Gunting	*			
	8. Lidi kapas steril ( kp )	*			
	9. Wash lap bagian bawah	*			
	10. Kom mandi berisi air	*			
	11. Sabun mandi	*			
	12. Handuk bagian bawah	*			
	13. Kertas tissue	*			
	14. Tempat sampah untuk bahan terkontaminasi	*			
	15. Alas	*			
	Persiapan lingkungan:				
	1. Menutup pintu dan jendela/ korden				
	2. Memberi penerangan ruangan yg cukup				
Persiapan Pasien :					
1. Memberitahu pasien maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan					
2. Mengatur posisi tidur pasien					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Mencuci tangan				
	2. Memakai sarung tangan				
	3. Membantu melepas pakaian bawah pasien & menutup bagian tubuh				

	tersebut dgn handuk				
	4. Memasang alas				
	5. Mendekatkan bengkak ke samping tubuh pasien				
	6. Melepas kantong kolostomi kotor dengan hati – hati dan meletakkannya dalam bengkak	*			
	7. Membersihkan kotoran dgn tissue dan membuang tissue yg kotor kedalam bengkak	*			
	8. Membersihkan kulit sekitar stoma sampai sekitar perut dgn sabun, air menggunakan washlap hingga bersih	*			
	9. Membilas stoma dgn cairan Na Cl 0,9 %, keringkan dgn kasa dan membuang kasa yg kotor kedalam bengkak	*			
	10. Mengeringkan kulit disekitar kolostomi dgn kasa	*			
	11. Mengobservasi keadaan kulit sekitar stoma kolostomi				
	12. Mengolesi obat topical pada kulit sekitar stoma dgn lidi kapas ( sesuai instruksi )				
	13. Menyesuaikan ukuran lubang kantong kolostomi lebih besar dari ukuran stoma	*			
	14. Memasang kantong kolostomi dengan tepat	*			
	15. Membereskan alat dan membuang kotoran				
	16. Melepas sarung tangan				
	17. Mencuci tangan				
	18. Merapikan pasien dan ruangan				
	19. Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien tentang tindakan yang telah dilakukan				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Hati – hati				
	2. Komunikatif				

3. Tidak menunjukkan perasaan jijik				
<b>Sub Total Skor</b>				
<b>Total Skor</b>				
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
<b>Nilai Responsi</b>				
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECKLIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Merawat Luka Bakar  
 Skor Maksimal : \_\_56\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Larutan untuk membersihkan luka sesuai Ketentuan	*			
	2. Obat yang dibutuhkan	*			
	3. 1 set steril perawatan luka bakar yang berisi pincet, gunting, mangkok, kassa , dan depper	*			
	4. Satu pasang sarung tangan yang bersih	*			
	5. Bengkok	*			
	6. Perlak	*			
	7. Skort				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Memasang sketsel/ gorden disekitar tempat tidur pasien				
	2. Penerangan ruangan yang cukup				
	Persiapan Pasien:				
	3. Pasien diberitahu maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN.</b>			
1. Mencuci tangan					
2. Perawat memakai skort dan sarung tangan					
3. Jika ada balutan, sebelum dilepas dibasahi dulu dengan NaCl 0,9 %		*			
4. Melepas kasa penutup luka dengan pincet steril					
5. Membersihkan luka dengan cairan desinfektans, menggunakan kain kasa secara pelan		*			

	6. Meringkakan luka dengan kasa steril	*			
	7. Memberikan obat pada luka sesuai ketentuan	*			
	8. Pada perawatan luka tertutup : tutup luka dengan kasa steril	*			
	9. Mengatur posisi pasien yang nyaman				
	10. Membereskan alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	11. Melepas sarung tangan				
	12. Mencuci tangan				
	13. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Hati – hati				
	2. Memperhatikan tehnik aseptik				
	3. Tidak menunjukkan sikap jijik				
	4. Teliti				
	5. Tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Merawat luka gangren  
 Skor Maksimal : 52

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor			
			0	1	2	
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>					
	Persiapan alat :					
	1. Obat sesuai instruksi dokter	*				
	2. Na Cl 0,9 % steril ( fles )	*				
	3. Kasa steril dalam bungkusnya	*				
	4. 1 set steril perawatan luka berisi pinset, gunting, mangkok, kasa dan depper	*				
	5. Hidrophil verband / winsel	*				
	6. Sarung tangan bersih 1 pasang	*				
	7. Perlak	*				
	8. Bengkok 2 buah	*				
	Persiapan pasien					
	1. Memberitahu maksud dan tujuan prosedur yang akan dilakukan					
	2. Mengatur posisi pasien					
	Persiapan lingkungan					
	1. Memasang sketsel / korden disekitar tempat tidur					
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
		1. Perawat mencuci tangan, dan memakai sarung Tangan				
2. Memasang perlak dan bengkok di atas tempat tidur						
3. Membuka balutan luka, menempatkan pembalut tersebut pada bengkok						
4. Membersihkan luka dengan NaCl 0,9 %		*				
5. Mengeluarkan pus						
6. Membilas luka dengan Na Cl 0,9 %	*					

	7. Mengompres luka dengan Na Cl 0,9 % / memberi obat pada luka lalu ditutup dengan kasa steril	*			
	8. Membalut luka dengan hidrophil verband	*			
	9. Perawat melepas sarung tangan				
	10. Membereskan alat - alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	11. Mencuci tangan				
	12. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti dan hati – hati				
	2. Komunikatif				
	3. Tidak menunjukkan sikap jijik				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi+nilai\ ceklist}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Merawat Luka Operasi

Skor Maksimal: 64

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kasa steril	*			
	2. NaCl 0,9%	*			
	3. Betadine 3 % / obat sesuai instruksi dokter	*			
	4. Kapas	*			
	5. Plester / hipafix	*			
	6. Gunting	*			
	7. Lidi kapas steril	*			
	8. Bengkok	*			
	9. Alas / perlak	*			
	10. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	Persiapan lingkungan				
	Memasang sketsel / korden disekitar tempat tidur				
Persiapan pasien :					
Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan					
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Perawat memakai sarung tangan				
	3. Memasang alas / perlak dibawah anggota tubuh yang luka	*			
	4. Menempatkan bengkok dekat tubuh pasien	*			
	5. Membuka balutan / plester	*			
	6. Menempatkan balutan dan kasa kotor pada bengkok	*			
7. Membersihkan bekas plester dengan alkohol	*				



	8. Membersihkan luka dengan NaCl 0,9%	*			
	9. Memperhatikan keadaan luka				
	10. Mengolesi luka dengan betadine /obat menggunakan lidi kapas	*			
	11. Menutup luka dengan kasa steril lalu dibalut / diplester atau menutup dengan <i>Opsite</i>	*			
	12. Merapikan pasien				
	13. Membereskan alat – alat dan membuang pembalut dan kasa yang kotor				
	14. Perawat melepas sarung tangan dan mencuci tangan				
	15. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Bekerja dengan tehnik aseptik				
	2. Cermat dan hati – hati				
	3. Menjaga privacy pasien				
	4. Sabar dan tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi+nilai\ ceklist}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Perawatan luka dekubitus  
 Skor Maksimal : 62

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Obat sesuai kebutuhan	*			
	2. Larutan Na Cl 0,9 %	*			
	3. 1 set steril perawatan luka yang berisi : pinset, gunting, mangkok dan depper steril	*			
	4. Kasa steril	*			
	5. Korentang steril (k/p)				
	6. Gunting	*			
	7. Plester	*			
	8. Sarung tangan bersih satu pasang	*			
	9. Perlak	*			
	10. Bengkok				
	Persiapan lingkungan:				
	1. Memasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien				
	2. Mengusahakan agar ruangan cukup penerangan				
	Persiapan pasien :				
	1. Mengatur posisi pasien sesuai kebutuhan				
	2. Memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan lalu memakai sarung tangan				
	2. Memasang perlak dibawah tubuh pasien				
	3. Menempatkan bengkok dekat pasien				
	4. Membuka balutan luka dan meletakkan ke dalam bengkok				
	5. Membilas luka dengan larutan Na Cl 0,9	*			

	%				
	6. Meringkakan dengan kasa steril	*			
	7. Mengobservasi keadaan luka dekubitus	*			
	8. Luka diberi obat sesuai instruksi dokter	*			
	9. Menutup luka dengan kasa steril lalu diplester	*			
	10. Merapikan pasien				
	11. Membereskan alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	12. Perawat melepas sarung tangan dan mencuci tangan				
	13. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Teliti				
	2. Hati-hati				
	3. Komunikatif				
	4. Tanggap terhadap respon pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Pemasangan kateter tetap

Skor Maksimal : 84

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat:				
	1. Kateter foley steril sesuai ukuran	*			
	2. Jelly steril	*			
	3. Sarung tangan steril 1 pasang	*			
	4. Kasa steril	*			
	5. Korentang steril	*			
	6. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	7. Pinset anatomis steril (bila menggunakan sarung tangan bersih)				
	8. Kapas savlon 1% ( 10 cc savlon murni + 27,5 cc aquadest ) untuk pasien wanita atau betadine 1% untuk pasien pria.	*			
	9. Bengkok	*			
	10. Urine bag steril dan tali pengikat	*			
	11. Hipafix (plester)	*			
	12. S spuit disposable 20 cc steril (tanpa jarum)	*			
	13. Aquades steril	*			
	14. Gunting	*			
	15. Alas bokong (perlak)	*			
	16. Gelas ukur	*			
	Persiapan pasien:				
	1. Memberitahu maksud dan tujuan tindakan				
2. Menyarankan pasien untuk rileks dan tidak boleh mengejan					
Persiapan lingkungan					
1. Menutup pintu dan jendela					

	2. Memasang gordien di sekitar tempat tidur pasien				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Dilaksanakan oleh 2 orang petugas				
	2. Petugas mencuci tangan				
	3. Melepas pakaian bawah pasien				
	4. Memasang alas bokong ( perlak)				
	5. Mengatur posisi pasien :				
	> Dorsal recumbent ( untuk wanita )	*			
	> Supinasi (untuk pria)	*			
	6. Meletakkan bengkak diantara kedua kaki pasien				
	7. Test balon kateter				
	8. Petugas memakai sarung tangan steril	*			
	9. Membersihkan daerah mulut uretra dan sekitarnya dengan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapas savlon 1% (untuk wanita)</li> <li>• Betadine 1 % (untuk pria)</li> </ul>	*			
	10. Melumasi kateter dengan jelly steril dan kasa sepanjang : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4-5 cm (pada wanita)</li> <li>• 15 – 18 cm (pada pria)</li> </ul>	*			
	11. Memasukkan kateter ke dalam kandung kemih sampai urine keluar, sambungkan urine bag	*			
	12. Isi balon kateter dengan NaCl 0,9% atau aquades sebanyak 5 –10 cc, disesuaikan dengan nomer kateter (2/3 x no kateter)	*			
	13. Tarik kateter pelan-pelan sampai ada tahanan ballon	*			
	14. Fiksasi kateter menggunakan plester atau hipafik pada daerah inguinal pada laki-laki dan di pelipatan paha pada wanita	*			
	15. Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari vesica rinaria				
	16. Ukur jumlah retensi urine	*			
	17. Petugas mencuci tangan				

	18. Mencatat hasil tindakan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Bekerja dengan tehnik aseptik dan teliti				
	2. Peka pada privacy pasien				
	3. Komunikatif				
	4. Hati-hati terhadap komplikasi akibat pemasangan kateter				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memasang Kateter Sementara  
 Skor Maksimal : 76

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>Ako</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kateter nelaton steril pada tempatnya	*			
	2. Jelly steril	*			
	3. Sarung tangan steril 1 pasang	*			
	4. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	5. Pinset anatomis steril	*			
	6. Kain kasa steril dalam tempatnya	*			
	7. Korentang steril	*			
	8. Kapas savlon 1% ( 10 cc savlon murni + 27,5 cc aquadest ) untuk pasien wanita atau betadine 1% untuk pasien pria.	*			
	9. Bengkok	*			
	10.Pot / urinal	*			
	11.Alas bokong ( perlak )	*			
	12.Botol steril ( bila urine diperlukan untuk pemeriksaan urine kultur )	*			
	13.Wash lap/washgloves	*			
	Persiapan lingkungan:				
	1. Memasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien				
	2. Mengusahakan agar ruangan cukup penerangan				
	Persiapan pasien :				
	1. Memberitahu pasien , maksud dan tujuan tindakan				
	2. Mengatur posisi pasien				
	3. Menjelaskan pada pasien selama pemasangan kateter semestara pasien				

	harus rilex				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Pemasangan kateter dilaksanakan oleh 2 orang petugas				
	2. Petugas mencuci tangan				
	3. Melepas pakaian bawah pasien				
	4. Memasang alas bokong (perlak )				
	5. Mengatur posisi pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dorsal recumbent pada pasien wanita</li> <li>• Tidur terlentang ( supinasi ) pada pasien pria</li> </ul>	*			
	6. Meletakkan bengkok diantara kedua kaki pasien				
	7. Petugas memakai sarung tangan steril				
	8. Membersihkan mulut uretra dengan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapas savlon 1 % untuk wanita</li> <li>• Betadine 1% untuk pria</li> </ul>	*			
	9. Melumasi kateter dengan jelly steril sesuai dengan panjang uretra ( 4-5 cm untuk Px wanita, 15-18cm untuk px pria)	*			
	10. Memasukkan kateter dengan kedalam kandung kemih sampai urine keluar	*			
	11. Menadah urine pada pot / urinal sampai tidak menetes lagi	*			
	12. Menarik kateter keluar dengan pelan - pelan dan diletakkan pada bengkok	*			
	13. Membersihkan genitalia dengan wash lap lembab/washgloves dan merapiakan pasien	*			
	14. Membereskan alat-alat & mengembalikan pada tempatnya				
	15. Mencuci tangan				
16. Mendokumentasikan tindakan pada berkas rekam medis pasien					
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Menjaga privacy pasien				
	2. Hati-hati dan tidak tergesa –gesa				
	3. Bekerja secara aseptik				



	4. Komunikatif				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memasang Kondom Kateter  
 Skor Maksimal : 62

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat:				
	1. Kondom kateter sesuai ukuran pasien	*			
	2. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	3. Urine bag	*			
	4. Bengkok	*			
	5. Alat pencukur	*			
	6. Waslap/washgloves	*			
	7. Plester	*			
	8. Bengkok	*			
	9. Urinal (k/p)	*			
	10. Alas bokong ( perlak )	*			
	Persiapan lingkungan:				
	1. Memasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien				
	2. Mengusahakan agar ruangan cukup penerangan				
	Persiapan pasien :				
	1. Memberitahu pasien , maksud dan tujuan tindakan				
2. Mengatur posisi pasien					
3. Menganjurkan pada pasien untuk rileks selama pemasangan kondom					
B	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan dan memakai sarung tangan				
	2. Membuka selimut penutup dan menganggalkan pakaian bawah pasien				
	3. Membersihkan daerah genitalia dengan				

	waslap dan sabun dibilas dikeringkan atau dengan washgloves				
	4. Bila perlu dicukur rambut disekitar genitalia ( penis )	*			
	5. Memasang kondom kateter pada gland penis lalu fixsasi , menyambungkan kondom kateter dengan urine bag.	*			
	6. Mengenakan pakaian bawah pasien				
	7. Menggantungkan urine bag lebih rendah dari kandung kemih.	*			
	8. Melepas sarung tangan diletakkan pada bengkok .				
	9. Merapikan pasien				
	10. Membereskan alat alat				
	11. Perawat mencuci tangan				
	12. Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Menjaga Privacy pasien				
	2. Hati-hati dan tidak tergesa –gesa				
	3. Bekerja secara aseptik				
	4. Komunikatif				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{nilai\ responsi+nilai\ ceklist}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Pengambilan urine secara midstream pada pasien pria/wanita  
 Skor Maksimal : 62

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat:				
	1. Kapas savlon 1 % atau betadine 1 %	*			
	2. Wash lap dan sabun mandi	*			
	3. Handuk pasien				
	4. Pot ( 2 buah )	*			
	5. Botol urine yang sudah diberi etiket / label	*			
	6. Surat pemeriksaan laboratorium	*			
	7. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	8. Bengkok	*			
	Persiapan pasien :				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan				
	2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Tutup pintu kamar / jendela ruangan ( kp )				
	2. Pasang korden / sampiran disekeliling tempat tidur pasien				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN.</b>			
1. Perawat mencuci tangan					
2. Perawat memakai sarung tangan					
3. Bersihkan daerah genitalia pasien dengan wash lap dan sabun, keringkan dengan handuk		*			
4. Pasang pot dibawah bokong pasien					
5. Letakkan bengkok di dekat pasien					

	6. Bersihkan genitalia externa pasien dengan : • Kapas savlon 1 % untuk wanita • Betadine 1% untuk pria	*			
	7. Meminta pasien untuk berkemih sedikit pada pot ter sebut lalu ganti pot	*			
	8. Minta pasien untuk berkemih lagi pada pot yang baru	*			
	9. Bersihkan genitalia externa pasien dengan wash lap dan sabun lalu dikeringkan	*			
	10. Tuangkan urine kedalam botol urine yang sudah diberi etiket ( label )	*			
	11. Melepaskan sarung tangan dan di taruh pada bengkok				
	12. Rapikan pasien dan lingkungannya				
	13. Bereskan alat-alat, kembalikan pada tempatnya				
	14. Perawat mencuci tangan				
	15. Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien				
	16. Mengirimkan urine selambat - lambatya 15 menit setelah pengambilan urine	*			
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Menjaga privacy pasien				
	2. Hati-hati dan tidak tergesa -gesa				
	3. Bekerja secara aseptik				
	4. Komunikatif				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Pengambilan urine steril pada pasien yang memakai kateter tetap

Skor Maksimal: \_\_\_\_\_ 56 \_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat:				
	1. Botol urine steril dan label pemeriksaan	*			
	2. S spuit disposable 10 cc steril	*			
	3. Klem	*			
	4. Kasa steril	*			
	5. Alkohol swab	*			
	6. Sarung tangan bersih				
	7. Bengkok	*			
	8. Surat pemeriksaan laboratorium	*			
	Persiapan pasien :				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan				
	2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan				
	Persiapan lingkungan :				
	1. Tutup pintu kamar / jendela ruangan ( kp )				
	2. Pasang korden / sampiran disekeliling tempat tidur pasien				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN.</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Perawat memakai sarung tangan				
	3. Klem kateter selama <u>± 15 menit</u>	*			
	4. Desinfeksi bagian proksimal catheter dengan alkohol swab	*			
	5. Mengisap urine kedalam spuit <u>± 10 cc</u>	*			
	6. Memasukkan urine dalaam botol urine				

	steril yang sudaah diberi etiket				
	7. Membuka klem pada kateter				
	8. Membereskan alat – alat				
	9. Merapikan pasien dan lingkungan				
	10. Mencuci tangan				
	11. Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien				
	12. Mengantarkan urine ke laboratorium, selambat - lambatnya 15 menit sesudah pengambilan bersama surat pemeriksaan	*			
	<b>SIKAP</b>				
	1. Menjaga Privacy pasien				
	2. Hati-hati dan tidak tergesa -gesa				
	3. Bekerja secara aseptik				
	4. Komunikatif				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan lavement  
 Skor Maksimal : 68

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. <i>Enema pack</i>	*			
	2. Cairan untuk lavement	*			
	> Macamnya : air biasa / air hangat larutan garam normal ( sesuai ketentuan )	*			
	> Jumlah :				
	Dewasa : 500 – 1000 cc				
	Anak : 300 cc				
	Bayi : 250 cc				
	3. Vaseline dan kain kasa	*			
	4. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	5. Pot	*			
	6. Bengkok	*			
	7. Wash lap dan sabun	*			
	8. Tissue	*			
9. Perlak (k/p)					
10. Standard infus untuk menggantungkan enema bag (k/p)	*				
Persiapan pasien :					
1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan					
2. Memberitahukan pasien untuk menarik nafas panjang dan tidak mengejan saat di lavement					
Persiapan ruangan :					
1. Menutup pintu dan jendela kamar					
2. Memasang sketsel / gordien di sekitar tempat tidur pasien					
<b>B PELAKSANAAN</b>					



1.	Perawat mencuci tangan				
2.	Memasang selimut, menanggalkan pakaian bawah pasien lalu memasang perlak				
3.	Mengatur pasien miring ke kiri				
4.	Meletakkan bengkok dekat bokong pasien				
5.	Mengisi enema bag dengan cairan ( macam dan jumlah sesuai kebutuhan ) dan mengalirkan melalui kanule lalu diklem	*			
6.	Menggantungkan enema bag pada standard infus setinggi 40 – 50 cm di atas bokong pasien	*			
7.	Perawat memakai sarung tangan bersih				
8.	Mengolesi kanule dengan Vaseline sepanjang 5-7 cm	*			
9.	Memasukkan kanule ke dalam rectum dengan hati-hati	*			
10.	Membuka klem selang enema bag dan menganjurkan pasien menarik nafas dalam	*			
11.	Mengklem selang enema bag bila pasien tidak mampu menahan cairan yang masuk atau bila cairan dalam enema bag sudah habis	*			
12.	Mengeluarkan kanule dari rectum, lalu memasang pot dan menyarankan pasien menahan sebentar sampai betul-betul terasa ingin buang air besar status perawatan dan berhasil atau tidak	*			
13.	Setelah pasien selesai buang air besar, bersihkan dan rapikan tempat tidur pasien				
14.	Membersihkan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya				
15.	Perawat melepas sarung tangan lalu mencuci tangan				
16.	Membuka pintu, jendela, sampiran / korden				
17.	Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada berkas rekam medis pasien meliputi : waktu pelaksanaan lavement warna feces dan keluhan pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				

1. Tidak menampakkan sikap jijik				
2. Hati – hati				
3. Peka terhadap respon pasien				
<b>Sub Total Skor</b>				
<b>Total Skor</b>				
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
<b>Nilai Responsi</b>				
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tempat praktik: \_\_\_\_\_

Jenis Kegiatan : Memberikan Yal Solution

Skor Maksimal: 60

No	Aspek yang dinilai	Kriteri a	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Bengkok	*			
	2. Air hangat	*			
	3. Yal ( sesuai indikasi )	*			
	4. Sarung tangan	*			
	5. Perlak	*			
	6. Pot	*			
	7. Jelly	*			
	Persiapan Pasien :				
	1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan				
	2. Memberitahukan pasien untuk menarik nafas panjang dan tidak mengejan saat diberikan klisma				
	3. Atur posisi sim				
	Persiapan Ruangan :				
	1. Menutup pintu dan jendela kamar				
	2. Memasang sketsel / korden disekitar tempat tidur pasien				
B	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Menghangatkan Yal ( k/p ) dengan cara merendam Yal Solution ( botol plastik)				
	2. Perawat mencuci tangan				
	3. Menggunakan sarung tangan				
	4. Kocok botol Yal sampai timbul busa	*			
5. Buka segel botol					

	6. Olesi batang botol Yal dengan jelly	*			
	7. Masukkan botol Yal ke anus pasien	*			
	8. Alirkan isi Yal ke pasien dengan menekan botol plastik Yal	*			
	9. Mengeluarkan botol plastik Yal, lalu memasang pot dan menyarankan pasien menahan sebentar sampai betul - betul terasa ingin buang air besar	*			
	10. Setelah pasien selesai buang air besar, bersihkan dan merapikan tempat tidur pasien	*			
	11. Membersihkan alat - alat dan mengembalikan pada tempatnya				
	12. Perawat melepas sarung tangan lalu mencuci tangan				
	13. Membuka pintu, jendela, sampiran / korden				
	14. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada berkas rekam medis pasien meliputi : waktu pelaksanaan klisma, warna feces dan keluhan pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Tidak menampakkan sikap jijik				
	2. Hati - hati				
	3. Peka terhadap respon pasien				
	4. Menjaga privacy pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memasang Cerobong Angin /Darm Buis  
 Skor Maksimal : 54

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat:				
	1. Canule rectal	*			
	2. Vaseline	*			
	3. Bengkak berisi air	*			
	4. Perlak	*			
	5. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	6. Waslap	*			
	Persiapan lingkungan :				
	1. Memasang sketsel/korden disekitar tempat tidur pasien				
	Persiapan pasien :				
	1. Pasien diberitahu maksud dan tujuan perasat yang dilakukan				
	2. Menyarankan pasien nafas dalam saat kanule dimasukkan kedalam rectum				
	<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>			
1. Perawat mencuci tangan dan memakai sarung tangan					
2. Melepas pakaian bawah pasien dan pasang selimut					
3. Mengatur posisi tidur pasien miring kekanan / kekiri					
4. Memasang perlak dekat bokong pasien					
5. Mengolesi ujung kanule dengan vaseline		*			
6. Mengobservasi adanya kelainan ( hemorroid )		*			

	7. Memasukkan canule sesuai panjang rectum	*			
	> Bayi : 2,5 – 3,8 cm				
	> Pra sekolah : 5 – 7,5 cm				
	> Usia sekolah : 10 cm				
	> Dewasa : 10 – 20 cm				
	8. Meletakkan bengkok yang berisi air dekat bokong pasien				
	9. Meletakkan bagian pangkal canule rectal pada bengkok yang berisi air, perhatikan adakah gelembung udara yg keluar	*			
	10. Setelah selesai sesuai dengan waktu yang ditentukan , lepas canule dari rectum	*			
	11. Bersihkan rektum dengan washlap kemudian keringkan				
	12. Rendam kanule rectal dengan savlon 1 % selama 2 jam				
	13. Bereskan alat dan rapikan pasien				
	14. Mencuci tangan				
	15. Mendokumentasikan tindakan pada berkas rekam medis pasien				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Hati – hati				
	2. Sabar				
	3. Menjaga privacy pasien				
	<b>Sub Total Skor</b>				
	<b>Total Skor</b>				
	<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>				
	<b>Nilai Responsi</b>				
	<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>				

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Persiapan dan Perawatan Pasien BOF  
 Skor Maksimal : 22

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Jelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan	*			
	2. Memberi diet rendah serat sehari sebelum pemeriksaan	*			
	3. Memuasakan pasien 6 – 8 jam sebelum pemeriksaan dan mengurangi bicara.	*			
	4. Menyiapkan surat pemeriksaan dan hasil radiologi terdahulu	*			
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Memberi dullcolox suppositoria (k/p)	*			
	2. Mengganti pakaian pasien dengan baju RS				
	3. Mengantar pasien ke ruang radiologi	*			
	4. Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien tanggal dilakukan pemeriksaan	*			
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Hati – hati				
	2. Sabar				
	3. Menjaga privacy pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Menyiapkan pasien dengan IVP  
 Skor Maksimal : \_\_\_\_46\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
A	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan pasien:				
	1. Menyediakan diet rendah selulosa ( bubur kecap / roti Panggang )	*			
	2. Jam 18.00, memberi garam inggris 30 cc (castor oil)	*			
	3. Jam 19.00, mempersiapkan pasien dalam keadaan puasa sampai pemeriksaan IVP dilaksanakan	*			
	Pagi hari sebelum pemeriksaan dilakukan :				
	1. Mengkaji apakah pasien sudah defekasi atau belum				
	2. Kalau perlu memberi gliserin sputit / Dullcolax supp ( tidak boleh di lavement )				
	3. Mengantarkan pasien ke ruang radiologi lengkap dengan data-data yang diperlukan				
	Untuk pemeriksaan sore hari :				
	Sehari sebelumnya :				
	1. Menyediakan diet rendah selulosa ( diet bubur, kecap/ roti panggang )				
	Pada hari pemeriksaan :				
	1. 1 – 2 jam setelah makan pagi memberikan garam inggris ( castor oil : 30 cc )				
	2. Puasa, 6 – 8 jam sebelum pemeriksaan				
3. Mengkaji apakah pasien bisa defekasi setelah mendapat garam inggris / castrol					



	oil				
	4. Memberi dullaolax suppositoria/ gliserin spuit (kp)				
	5. Mengantar pasien ke ruang radiologi lengkap dengan data- data yang diperlukan				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Menjaga Privacy pasien				
	2. Hati-hati dan tidak tergesa -gesa				
	3. Komunikatif				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## CHECK LIST

Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat praktik : \_\_\_\_\_  
 Jenis Kegiatan : Memberikan rendaman duduk  
 Skor Maksimal : 48

No	Aspek yang dinilai	Kriteria	Skor		
			0	1	2
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>				
	Persiapan alat :				
	1. Kom khusus untuk rendaman duduk	*			
	2. Obat untuk rendaman ( PK 1 : 4000 cc air ) atau sesuai advis dokter	*			
	3. Kursi untuk meletakkan kom	*			
	4. Sarung tangan bersih 1 pasang	*			
	5. Handuk	*			
	6. Baju pelindung perawat	*			
	7. Alat untuk perawatan luka ( kp )	*			
	Persiapan pasien :				
	Memberi tahu pasien maksud dan tujuan rendaman				
	Persiapan lingkungan :				
	Menyiapkan lingkungan untuk menjaga privacy pasien ( di kamar mandi / kamar pasien )				
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN</b>				
	1. Perawat mencuci tangan				
	2. Buat cairan untuk rendaman sesuai dengan keperluan dan dosis yang tepat	*			
	3. Letakkan kom berisi cairan diatas kursi di kamar mandi atau di kamar pasien				
	4. Bawa pasien ke kamar mandi ( jika rendaman dilakukan di kamar mandi )				
	5. Sarankan pasien untuk merendam bokong + 15 menit	*			
	6. Beritahu pasien waktu selesainya rendaman				
	7. Bantu pasien untuk berdiri dan diantar ke tempat tidur, kemudian mengeringkan				

	daerah bokong dg handuk				
	8. Perawat cuci tangan dan memakai sarung tangan jika akan merawat luka				
	9. Rawat luka sesuai advis dokter				
	10. Atur posisi pasien				
	11. Alat-alat dibereskan dan dikembalikan ketempatnya				
	12. Perawat melepas sarung tangan & mencuci tangan				
	13. Mendokumentasikan pada berkas rekam medis pasien tindakan yang dilakukan				
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>				
	1. Hati – hati				
	2. Sabar				
	3. Menjaga privacy pasien				
<b>Sub Total Skor</b>					
<b>Total Skor</b>					
<b>Nilai Ceklist = <math>\frac{\text{Total Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					
<b>Nilai Responsi</b>					
<b>Nilai akhir = <math>\frac{\text{nilai responsi} + \text{nilai ceklist}}{2}</math></b>					

## **PANDUAN RESPONSI CEKLIST**

- 1. Tujuan pelaksanaan tindakan**
- 2. Hal- hal yang harus diperhatikan dalam tindakan**
- 3. Interpretasi hasil baik normal maupun tidak normal**
- 4. Komplikasi dari pelaksanaan tindakan**

## CATATAN