

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PENGUKURAN SUHU TUBUH

A. Pengertian

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilakukan dengan meletakkan alat pengukur suhu (thermometer) di bawah ketiak pasien.

B. Tujuan

Mengetahui suhu tubuh pasien.

C. Indikasi

Pasien dengan keadaan demam (suhu tubuh $> 37^{\circ}\text{c}$).

D. Prosedur Tindakan

1. Tahap Pra Interaksi

- 1) Persiapan diri perawat
- 2) Verifikasi catatan keperawatan medis
- 3) Persiapan alat :
 - a. Termometer badan untuk ketiak
 - b. Larutan disinfektan dalam botol/gelas
 - c. Larutan sabun dalam botol/gelas
 - d. Air bersih dingin dalam botol/gelas
 - e. Kain kassa kering/tisu dalam tempatnya.
 - f. Lab/handuk kering
 - g. Bengkok untuk tempat kotoran
 - h. Buku catatan dan pulpen/pensil
- 4) Jaga privasi klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.

2. Tahap Orientasi

- 1) Berikan salam terapeutik
- 2) Identifikasi klien
- 3) Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- 4) Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 6) Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap kerja

Mengukur suhu tubuh ada 3 cara yaitu :

a. Melalui oral:

- 1) Bersihkan termometer
- 2) Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C
- 3) Letakkan termometer di bawah lidah
- 4) Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir hingga 3-8 menit
- 5) Angkat dan baca termometer
- 6) Bersihkan termometer
- 7) Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya

8) Cuci tangan

b. Melalui rektal :

1) Mengatur lingkungan

2) Bersihkan termometer

3) Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C

4) Beri gel pada ujung termometer

5) Atur posisi klien dengan posisi Sims

6) Masukkan termometer ke dalam anus

7) Tahan termometer selama 2-4 menit

8) Angkat termometer

9) Bersihkan termometer

10) Baca dengan teliti

11) Bersihkan anus klien dari pelumas/gel

12) Bantu klien ke posisi semula

13) Cuci termometer dan letakkan kembali ke tempatnya

c. Mengukur suhu melalui aksila/ketiak :

1) Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk/ lap kering

2) Membasuh termometer dengan air dingin bila termometer direndam dalam larutan disinfektan

3) Mengeringkan termometer dengan tisu/kassa kering dari ujung (berisi air raksa) ke arah pegangan

- 4) Membuang kasa/tissu kotor ke dalam bengkok
- 5) Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai angka 35 atau di bawahnya
- 6) Memberi tahu klien bahwa tindakan akan segera dilaksanakan.
- 7) Membawa alat-alat ke dekat pasien
- 8) Meminta dan membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak
- 9) Mengeringkan salah satu ketiak pasien dengan lab/handuk kering
- 10) Memasang termometer pada tengah ketiak
- 11) Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada
- 12) Membiarkan termometer di ketiak selama 6-8 menit
- 13) Mengambil termometer dari ketiak pasien
- 14) Membersihkan termometer dengan Tissu/kassa dari pangkal ke arah ujung
- 15) Membuang Tissu/kassa kotor ke dalam bengkok
- 16) Membaca tinggi air raksa di dalam termometer
- 17) Mencatat hasil pengukuran pada buku atau catatan keperawatan
- 18) Menurunkan air raksa di dalam termometer
- 19) Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan
- 20) Merapikan kembali pakaian pasien
- 21) Mengembalikan posisi pasien pada posisi yang nyaman
- 22) Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan
- 23) Membilas termometer dengan kassa/tissu yang dibasahi larutan sabun
- 24) Membuang Tissu/kassa kotor ke dalam bengkok

25) Mencelupkan termometer ke dalam air bersih

26) Mengeringkan termometer dengan kassa/tisu kering

27) Membuang kassa / tisu kotor ke dalam bengkok

4. Tahap terminasi

1) Evaluasi respon dan perasaan pasien

2) Sampaikan hasil kegiatan tekanan darah

3) Kontrak untuk kegiatan selanjutnya

4) Cuci tangan

5) Dokumentasi : catat waktu melakukan tindakan pengukuran tekanan darah, respon klien dan hasil pengukuran

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

MENGUKUR TEKANAN DARAH

A. Pengertian

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui tekanan darah/tensi.

B. Tujuan

Mengetahui tekanan darah.

C. Indikasi

1. Semua pasien baru datang ataupun di rawat
2. Pasien yang memiliki penyakit hipertensi, jantung dan penyakit kronis lainnya.

D. Prosedur Tindakan

1. Tahap Preinteraksi

- 1) Persiapan diri perawat
- 2) Verifikasi catatan keperawatan medis
- 3) Persiapan alat :
 - a. Sphignomanometer air raksa/jarum yang siap pakai
 - b. Stetoskop
 - c. Buku/alat tulis
 - d. Jam/alroji

2. Tahap Orientasi

- 1) Berikan salam terapeutik
- 2) Identifikasi klien

- 3) Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien

Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

- 4) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 5) Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja

- 1) Mengatur posisi pasien
- 2) Menempatkan diri di sebelah kanan pasien, bila mungkin
- 3) Letakkan lengan yang hendak di ukur
- 4) Pasang mangset pada lengan atas sekitar 3cm di atas fossa cubiti
- 5) Tentukan denyut nadi arteri radialis secara perlahan
- 6) Letakkan diafragma stetoskop di atas nadi brakhialis
- 7) Pompa terus sampai manometer setinggi 20 mmhg lebih tinggi dari titik radialis tidak teraba
- 8) Kempeskan balon udara mangset secara perlahan

4. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi respon dan perasaan pasien
- 2) Sampaikan hasil kegiatan tekanan darah
- 3) Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Cuci tangan
- 5) Dokumentasi : catat waktu melakukan tindakan pengukuran tekanan darah, respon klien dan hasil pengukuran

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

MENGUKUR DENYUT NADI

A. Pengertian

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui denyut nadi

B. Tujuan

Mengetahui denyut nadi

C. Indikasi

1. Semua pasien baru
2. Pasien yang memiliki penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya

D. Prosedur Tindakan

1. Tahap Pre Interaksi

- 1) Persiapan diri perawat
- 2) Verifikasi catatan keperawatan medis
- 3) Persiapan alat :
 - a. Arloji tangan yang mempunyai petunjuk detik atau pols-teller
 - b. Buku catatan
 - c. Alat tulis.

2. Tahap orientasi

- 1) Berikan salam terapeutik
- 2) Identifikasi klien
- 3) Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- 4) Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)

- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 6) Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap kerja

- 1) Mencuci tangan
- 2) Mempersilakan pasien untuk berbaring/duduk dengan tenang di tempat tidur
- 3) Membawa alat-alat ke dekat pasien
- 4) Meraba tangan pasien pada pergelangannya dengan jari telunjuk, jari tengah dan manis sampai teraba denyut nadi arteri radialis
- 5) Tangan yang lain memegang alat penghitung nadi /arloji
- 6) Menghitung denyut nadi selama 1 menit
- 7) Mencatat hasilnya

4. Tahap terminasi

- 1) Evaluasi respon dan perasaan pasien
- 2) Sampaikan hasil kegiatan tekanan darah
- 3) Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Cuci tangan
- 5) Dokumentasi : catat waktu melakukan tindakan pengukuran tekanan darah, respon klien dan hasil pengukuran

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

MENGUKUR FREKUENSI PERNAFASAN

A. Pengertian

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghitung frekuensi pernafasan. Satu-satunya ketrampilan keperawatan yang dalam melakukannya tanpa memberitahu klien sebelumnya.

B. Tujuan

Mengetahui frekuensi pernafasan klien.

C. Indikasi

1. Klien dengan gangguan pernafasan
2. Semua klien yang dirawat

D. Prosedur Tindakan

1. Tahap Pre Interaksi

- 1) Persiapan diri perawat
- 2) Verifikasi catatan keperawatan medis
- 3) Persiapan alat :
 - a. Arloji yang berdetik/polsteller
 - b. Buku catatan
 - c. Pulpen/pensil

2. Tahap Orientasi

- 1) Berikan salam terapeutik
- 2) Identifikasi klien

- 3) Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- 4) Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 6) Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap kerja

Setelah menghitung denyut nadi dilanjutkan dengan menghitung pernafasan (dengan posisi tangan tidak dilepas/seperti menghitung denyut nadi).

- 1) Hitung siklus pernafasan klien (1 inspirasi dan 1 ekspirasi) selama 1 menit (untuk anak-anak berumur < 2 tahun atau pada dewasa yang irama pernafasannya tidak teratur), atau 30 detik bila irama teratur.
- 2) Perhatikan pula irama dan kedalaman pernafasan klien.
- 3) Cuci tangan

4. Tahap terminasi

- 1) Evaluasi respon dan perasaan pasien
- 2) Sampaikan hasil kegiatan tekanan darah
- 3) Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Cuci tangan
- 5) Dokumentasi : catat waktu melakukan tindakan pengukuran tekanan darah, respon klien dan hasil pengukuran

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PENGAJIAN NYERI DAN MANAGEMENT NYERI

A. Pengertian

Menyiapkan pasien dan keluarga tentang strategi mengurangi nyeri atau menurunkan nyeri ke level kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

B. Tujuan

- Mengetahui nyeri pasien
- Memfasilitasi pasien untuk tindakan pengurangan nyeri

C. Prosedur Tindakan

1. Tahap Pra Interaksi

- 1) Persiapan diri perawat
- 2) Verifikasi catatan keperawatan medis
- 3) Persiapan alat
 - a. Kertas pengkajian nyeri
 - b. Alat tulis
- 4) Jaga privasi klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.

2. Tahap Orientasi

- 1) Berikan salam terapeutik
- 2) Identifikasi klien
- 3) Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- 4) Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan

6) Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja

- 1) Perawat cuci tangan gunakan sarung tangan bila perlu
- 2) Melakukan pengkajian nyeri dengan “PQRST”

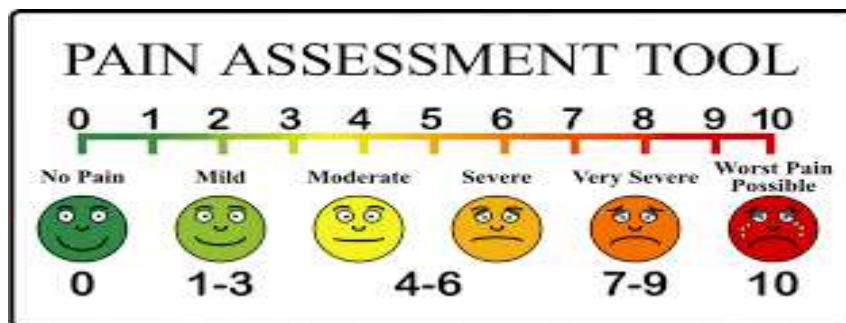
P : penyebab nyeri itu dapat timbul, hal-hal yang membuat nyeri itu semakin bertambah atau dapat berkurang ?

Q : rasa nyeri yang dirasakan seperti apa ? tertusuk, terhantam benda keras, dipukul?

R : daerah nyeri? Menyebar atau tidak ?

S : nyeri teringan yang pernah dirasakan, seberapa mengganggu dari nyeri yang dirasakan terhadap aktifitas yang dilakukan ?

T : terapi yang digunakan untuk mengurangi nyeri oleh pasien



3) Melakukan teknik pereda nyeri :

4) Mengatur posisi klien

Bertujuan untuk memperlancar sirkulasi dari darah pada bagian tubuh tertentu sehingga suplai oksigen akan meningkat dan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan

5) Mengarahkan pasien untuk miring kiri atau kanan

- 6) Menaikkan bed pasien 45°
- 7) Menaikkan bed pasien 90°
- 8) Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- 9) Mengajarkan teknik distraksi : bertujuan untuk mengalihkan pikiran dari pasien agar tidak terfokus pada nyeri yang dirasakan.
- 10) Menanyakan ke klien tentang hal-hal yang suka dilakukan , misal membaca koran, mendengarkan musik, bercerita dsb
- 11) Menginstruksikan klien untuk melakukan teknik distraksi saat nyeri timbul
- 12) Mengajarkan teknik guided imagery : bertujuan untuk membuka kembali memori jangka pendek ataupun panjang yang menyenangkan sehingga otak dengan sendirinya akan mengeluarkan hormon pereda nyeri.
- 13) Menanyakan hal-hal yang membuat klien merasa senang dan nyaman, misal : memori bertamasya bersama keluarga, kegiatan kumpul dan bermain bersama anak.
- 14) Memberikan sugesti positif, menginstruksikan klien untuk membayangkan sesuatu yang indah (ulangi sampe klien benar-benar bisa memasuki suasana tersebut)
- 15) Mengevaluasi hasil dari pengkajian dan manajemen nyeri non farmakologi

4. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi respon klien
- 2) Kontrak selanjutnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 3) Dokumentasi (nama tindakan, waktu pelaksanaan, respon klien)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

A. Pengertian

Nafas dalam adalah bernapas (inhalasi dan ekhalasi) untuk mengambil oksigen secara maksimal.

B. Tujuan

1. Mengurangi nyeri
2. Memberikan kenyamanan
3. Meningkatkan kapasitas paru
4. Mencegah terjadinya *atelektasis*

C. Prosedur Tindakan :

1. Tahap Preinteraksi

- 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- 2) Cek catatan medis keperawatan pasien
- 3) Persiapan alat : Bantal

2. Tahap Orientasi

- 1) Berikan salam terapeutik
- 2) Identifikasi klien
- 3) Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh klien
- 4) Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 6) Berikan kesempatan klien untuk bertanya

3. Tahap Kerja

- 1) Atur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk, untuk membantu otot abdomen rileks.
- 2) Anjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen, untuk menambah kekuatan dan tahanan pada bagian otot perut
- 3) Latih pasien melakukan pernapasan perut (perintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan)
- 4) Anjurkan klien tetap rileks. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan
- 5) Perintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hingga 3 hitungan
- 6) Anjurkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot.
- 7) Menginstruksikan ke klien untuk melakukan nafas dalam saat nyeri yang dirasakan timbul dan anjurkan klien melakukan latihan napas dalam paling sedikit 5 pernafasan empat kali perhari
- 8) Rapikan klien

4. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi perasaan pasien dan mencuci tangan
- 2) Lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya
- 3) Akhiri kegiatan

