



MODUL PRA PROFESI KEPERAWATAN ANAK



Disusun Oleh :

Ns. Retno Dwi Shanti, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.M.B

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR**

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang Bogor

MODUL PRA PROFESI KEPERAWATAN ANAK

Ns. Retno Dwi Shanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B

Penerbit : WIJAYA HUSADA

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180 Sindang Barang Bogor Barat
Telepon (0251) 8327396, 8327399, Mobile : 085216701658 / 081259819088
Laman: www.wijayahusada.com Email: wijayahusada@gmail.com

MODUL PRA PROFESI KEPERAWATAN ANAK

Ns. Retno Dwi Shanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep., M.B

ISBN : 978-602-5982-42-2
Editor : Normalia Sari
Rancangan Sampul : Nining Fitrianingsih
Tata Letak : Siti Chaerunisa
Penyunting : Nining Fitrianingsih

Hak Cipta ©2018, Penerbit Wijaya Husada
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang, Bogor Barat-
Bogor
Telp. (0251) 8327396
SMS. 085216701658
E-mail : wijayahusada@gmail.com

Cetakan I, November 2018

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta

- 1) Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
 - 2) Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)
-

KATA PENGANTAR

Rasa syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan Keperawatan .aNAK

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKES Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini.

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Bogor, November 2018

Penulis

DAFTARISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK	iii
TATA TERTIB PRAKTIKUM	vii
AKTIFITAS PRAKTIKUM	viii
JADWAL PRAKTIKUM.....	ix
EVALUASI PELAKSANAAN MODUL PRAKTIKUM	x
BAB I Pemeriksaan Fisik Pada Anak dan TTV.....	1
BAB II Mengukur Antropometri	6
BAB III Tepid Sponging Pada Anak	12
BAB IV Penghisapan (Suction) Hidung Dan Mulut Pada Anak	18
BAB V Melakukan Drainase Postural Pada Anak	25
BAB VI Merawat Anak Dengan Kolostomi	32
BAB VII Melakukan RJP Pada Anak	36
BAB VIII Memasang NGT Pada Anak.....	44
BAB IX Memberikan Cairan Melalui Vena Dengan Wingneedle	50
BAB X Nebulizer	55
BAB XI Test Rampleed	58
BAB XII MTBM dan MTBS	61
BAB XIII Memberikan Imunisasi	67
BAB XIV DDST.....	75
DAFTAR PUSTAKA	

PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK

I. STANDAR KOMPETENSI

Praktek ini memberikan kemampuan pada mahasiswa untuk memahami tentang asuhan keperawatan anak, asuhan tumbuh kembang anak, asuhan pada anak yang mengalami masalah kesehatan yang lazim terjadi, asuhan pada anak yang mengalami penyakit-penyakit yang sering terjadi dan yang berhubungan dengan kesehatan anak.

II. KOMPETENSI DASAR

Setelah menjalani praktek peserta didik memahami asuhan keperawatan pada anak.

III. LATAR BELAKANG

Pemeriksaan fisik adalah salah satu komponen pengkajian secara menyeluruh tentang kesehatan pasien yang bersifat objektif yang terdiri dari tiga komponen yaitu: wawancara dan riwayat kesehatan pasien, pengamatan umum dan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik meliputi evaluasi diagnostic, interpretasi klinis, terapi dan tindak-lanjut.

Pemeriksaan fisik adalah sebuah proses dari seorang tenaga kesehatan dalam memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan perawat untuk membuat penilaian klinis.

Sedangkan pemeriksaan fisik pada anak yaitu pengkajian yang dilakukan pada anak yang bertujuan untuk memperoleh data status kesehatan anak serta dapat dijadikan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosis.

Tujuan pembelajaran keperawatan anak yaitu untuk menjelaskan langkah-langkah pencegahan dan pemberian asuhan pada anak yang mengalami keluhan atau dalam kondisi sakit. Kondisi fisik anak tidak jauh berbeda dengan kondisi orang dewasa, maka tindakan yang diberikan juga tidak jauh berbeda dengan yang diberikan pada orang dewasa.

IV. INDIKATOR

Mahasiswa mempelajari materi asuhan yang telah diberikan dan mempraktekannya di depan kelas sesuai dengan materi :

1. Pemeriksaan Fisik Pada Anak dan TTV
2. Mengukur Antropometri
3. Tepid Sponging Pada Anak
4. Penghisapan (Suction) Hidung Dan Mulut Pada Anak
5. Melakukan Drainase Postural Pada Anak
6. Merawat Anak Dengan Kolostomi
7. Melakukan RJP Pada Anak
8. Memasang NGT Pada Anak
9. Memberikan Cairan Melalui Vena Dengan Wingneedle
10. Nabulizer
11. Test Rampleed
12. MTBM dan MTBS
13. Memberikan Imunisasi
14. DDST

FORMAT PENILAIAN

Nama Kelompok :

Hari. Tanggal Pelaksanaan :

Materi :

No	Aspek yang dinilai	Nilai Maksimal	Nilai Didapat
1	Persiapan tempat	5	
2	Persiapan media & audio visual	5	
3	Menyampaikan tujuan	5	
4	Kejelasan dalam menyampaikan materi	20	
5	Ketepatan waktu	5	
6	Kemampuan menyampaikan argumentasi	10	
7	Kemampuan memahami pertanyaan	10	
8	Ketepatan menjawab pertanyaan	20	
9	Kemampuan mendorong diskusi secara aktif	10	
10	Kemampuan menyimpulkan hasil	10	
	J u m l a h	100	

I. BUKUSUMBER

Cecyly L. *Buku saku keperawatan pediatric*. Edisi 3. Jakarta: EGC. 2002.

Sumarmo, S. 2002. *Buku ajar ilmu kesehatan anak*. Jakarta: FKUI. 2002.

Carpenito, L.J. *Ilmu Keperawatan Anak Edisi III. Buku Kedokteran*. Jakarta: EGC. 2008.

Davey, P. *At a Glance Medicine, Alih Bahasa: Anissa Rachmalia*. Jakarta: Erlangga. 2006.

Doengos, M.E. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan Pendokumentasian Perawatan Pasien Ed. 3. Alih Bahasa: I Made Kariasa* Jakarta: EGC. 2002.

Ngastiyah. *Keperawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC. 2005.

Suradi & Yuliani, R. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Jakarta : ISBN. 2006.

TATA TERTIB PRAKTIKUM

1. Mahasiswa wajib belajar sebelum mengikuti kegiatan praktikum
2. Praktikan wajib mengajukan permohonan peminjaman alat & fasilitas lab minimal 1 hari sebelum praktikum.
3. Praktikan harus hadir 10 menit sebelum praktikum dimulai. Bagi mahasiswa yang terlambat lebih dari 10 menit tidak diijinkan mengikuti praktikum.
4. Dilarang makan dan minum serta MEMOTRET saat praktikum berlangsung
5. Praktikan wajib menjaga kebersihan ruangan.
6. Dilarang bermain dengan bahan dan alat praktikum yang tidak sesuai dengan tujuan praktikum
7. Setelah selesai praktikum, praktikan wajib membersihkan, merapikan, dan menyerahkan peralatan laboratorium kepada laboran.
8. Praktikan yang merusakkan, memecahkan, dan menghilangkan alat harus mengganti dengan alat dan merek yang sama.
9. Praktikan wajib mematuhi tata tertib lainnya yang diberlakukan pada setiap praktikum.
10. Bagi yang melanggar tata tertib yang telah ditentukan dikenakan sanksi tidak diijinkan mengikuti acara praktikum tersebut dan selanjutnya.
11. Mencuci tangan sebelum dan setelah meninggalkan laboratorium
12. Tata tertib praktikum ini dibuat sebagaimana mestinya dan wajib untuk dilaksanakan oleh peserta praktikum.

TTD

Koordinator Lab STIKES

AKTIFITAS PRAKTIKUM

No	Kegiatan	Kegiatan	Yang dilakukan		Waktu
			Mahasiswa	Instruktur	
1	Pembukaan	Perkenalan	memperkenalkan diri	memperkenalkan diri	20''
		Absen mahasiswa	Aktif	meng-absensi mahasiswa	
		Penyampaian topik & tujuan praktikum	Mendengarkan	menjelaskan topik & tujuan praktikum	
		Penjelasan alat yang digunakan	menyimak & mendengarkan	menjelaskan alat yang digunakan	
2	Kegiatan utama	Trial Error	mencoba ketrampilan	memperhatikan mahasiswa	60''
		Feedback mahasiswa latihan	aktif memberikan umpan balik	memperhatikan mahasiswa	
		Feedback Mahasiswa pasien simulasi	aktif memberikan umpan balik	memperhatikan mahasiswa	
		Feedback mahasiswa anggota	aktif memberikan umpan balik	memperhatikan mahasiswa	
		Feedback dosen instruktur	menyimak & mendengarkan	aktif memberikan umpan balik	
		Diskusi critical point	menyimak & mendengarkan	memberikan critical point	
		demonstrasi oleh instruktur (tanpa di sela)	Menyimak & memperhatikan	melakukan demonstrasi	
		Latihan mahasiswa	aktif latihan	memperhatikan mahasiswa latihan	
3	Penutup	Feedback instruktur	Menyimak & mendengarkan	memberikan umpan balik	20''

EVALUASI PELAKSANAAN MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member dengan kriteria berikut:

➤ **SCORE 1**

Perlu perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yang dihilangkan

➤ **SCORE 2**

Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti

➤ **SCORE 3**

Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan

BAB I

PENGKAJIAN FISIK PADA ANAK

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2 x 50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan proses mendapatkan data pengkajian fisik dan masalah pada anak
2. Menjelaskan tanda,,penyelesaian masalah dan proses Keperawatan berurutan secara komprehensif
3. Menjelaskan riwayat secara komprehensif
4. Menjelaskan general review of system
5. Menjelaskan pemeriksaan fisik secara komprehensif

Pengkajian fisik adalah proses berkelanjutan yang dimulai selama wawancara,terutama dengan menggunakan inspeksi atau observasi. Selama pemeriksaan yang lebih formal,alat-alat untuk perkusi,palpasi dan auskultasi ditambahkan untuk memantapkan dan menyaring pengkajian sistem tubuh. Seperti pada riwayat kesehatan, objektif dari pengkajian fisik adalah untuk merumuskan diagnosa Keperawatan dan mengevaluasi keefektifan Intervensi terapeutik.

Karena perbedaan-perbedaan penting dalam pengkajian fisik terhadap anak dan bayi baru lahir, pedoman terpisah dan ringkasan untuk melakukan pemeriksaan fisik dari setiap kelompok umur diberikan disini.

PENDEKATAN PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK

Pertama yang harus dilakukn observasi tanda pada anak untuk dapat diajak bekerja sama seperti dengan senang hati anak mau diajak berbicara, kontak menerima tawaran utuk peralat yang digunakan, mengizinkan sentuhan fisik, tersenyum,atau memberi pilihan pada anak untuk duduk dimeja atau dipangkuan orang tuanya.

Jika perilaku tersebut tidak terobservasi, tunda untuk dilakukan pemeriksaan fisik tersebut. Beri waktu pada anak sampai anak merasa nyaman dengan cara

- Bicara dengan orang tua dengan mengabaikan anak dengan memberikan mainan yang disukai anak

- Beri tanda pujian pada anak tentang pakaian yang dipakainya
- Cerita tentang yang lucu atau main yang sederhana
- Lakukan hal yang tidak mengancam anak dengan menyediakan teman seperti bermain boneka
- Peralatan yang asing dan mengancam anak, jauhkan dari penglihatan anak dan letakkan mainan, boneka, binatang mainan dan games yang tersedia untuk anak.

Pedoman umum pemeriksaan fisik bayi baru lahir

Berikan ruang pemeriksaan yang hangat nyaman dan tidak menstimulasi

- Lepaskan pakaian hanya pada area yang diperiksa, untuk mencegah kehilangan panas, kecuali jika bayi baru lahir telah berada di bawah sumber panas seperti radian penghangat

Lakukan berurutan dari kepala ke kaki dengan pengecualian berikut:

- Lakukan lebih dulu semua prosedur yang memerlukan observasi ketat (posisi, sikap), kemudian lanjutkan dengan prosedur ringan seperti mengauskultasi paru, jantung, dan abdomen.
- Lakukan prosedur yang mengganggu, seperti menguji refleks, pada tahap akhir.
- Ukur kepala, dada, dan panjang sekaligus untuk membandingkan hasil.

Lakukan dengan cepat untuk menghindari membuat stress bayi

- Periksa apakah peralatan dan suplai bekerja dengan baik dan dapat digunakan

Beri kenyamanan pada bayi selama dan setelah pemeriksaan bila ia marah

- Bicara lembut
- Pegang tangan bayi di atas dadanya
- Bedung dan peluk
- Berikan dot

PEDOMAN UMUM PEMERIKSAN FISIK BAYI BARU LAHIR

- Berikan ruang pemeriksaan yang hangat nyaman dan tidak menstimulasi
Lepaskan pakaian hanya pada area yang diperiksa, untuk mencegah kehilangan panas kecuali jika bayi baru lahir telah berada di bawah panas seperti radian penghangat
- **Lakukan berurutan (biasanya dari kepala ke kaki) dengan pengecualian berikut:**
Lakukan lebih dahulu semua prosedur yang memerlukan observasi ketat (posisi, sikap), kemudian lanjutkan dengan prosedur ringan seperti mengauskultasi paru, jantung dan abdomen.
Lakukan prosedur yang mengganggu seperti menguji refleks pada tahap akhir. Ukur kepala, dada dan panjang sekaligus untuk membandingkan hasil.
- Lakukan dengan cepat untuk menghindari membuat stress bayi
Periksa apakah peralatan dan suplai bekerja dengan baik dan dapat digunakan
- Beri kenyamanan pada bayiselama dan setelah pemeriksaan bila ia marah
Bicara lembut
Pegang tangan bayi di atas dadanya
Bedung dan peluk
Berikan dot

RINGKASAN PENGKAJIAN FISIK BAYI BARU LAHIR

1. *Pengukuran umum*

Lingkar kepala 33 sampai 35 cm

Lingkar dada 30,5 sampai 33 cm

Lingkar kepala harus kira-kira 2 sampai 3 cm lebih besar dari lingkar dada

Panjang kepala ke tumit 48 sampai 53 cm

Berat badan lahir 2700-gram sampai 4000 gram

2. *Tanda vital*

Suhu: aksila 36,5 derajat sampai 37 derajat

Frekuensi jantung: Apikal 120 sampai 140 denyut/menit

Frekuensi pernafasan: 30- 60 kali/menit

3. Penampilan umum

Kulit:

Pada saat lahir, merah terang dan menggembung, halus

Hari kedua sampai hari ketiga merah muda dan mengelupas kering

Verniks kaseosa

Lanugo

Edema di sekitar mata, wajah, kaki, punggung tangan, telapak tangan dan skrotum atau labia

Perubahan warna normal:

Akrosianosis: sianosis tangan dan kaki

Kutis marmorata: mottling sementara ketika bayi terpapar suhu rendah.

Kepala:

Fontanel anterior: bentuk berlian, 2,5 sampai 4,0 cm

Fontanel posterior: bentuk segitiga 0,5 sampai 1 cm.

Fontanel harus datar, lunak dan padat

Bagian terlebar dari fontanel diukur dari tulang ke tulang, bukan dari sutura ke sutura.

Mata:

Kelopak biasanya edema

Mata biasanya tertutup

Warna agak abu-abu, biru gelap, coklat

Tidak ada airmata

Adanya refleks merah

Refleks kornea sebagai respons terhadap sentuhan

Refleks pupil sebagai respons terhadap cahaya

Refleks berkedip sebagai respons terhadap cahaya atau sentuhan

Fiksasi rudimeter pada objek dan kemampuan untuk mengikuti garis tengah

Telinga:

Posisi: puncak pinna berada pada garis horizontal bersama bagian luar kantung mata

Refleks Moro atau refleks terkejut ditimbulkan oleh bunyi keras dan tiba-tiba

Pinna lentus, adanya kartilago

Hidung:

Patensi nasal

Rabas nasal: mucus putih

Mulut dan Tenggorokan:

Utuh, palatum arkus tinggi

Uvula di garis tengah

Frenulum lidah

Frenum bibir atas

Refleks menghisap: kuat dan terkoordinasi

Refleks rooting

Refleks gag

Refleks ekstrusi

Saliva minimal atau tidak ada

Menangis keras

Leher:

Pendek, gemuk, biasanya di kelilingi oleh lipatan kulit

Refleks leher tonok

Refleks otolith righting

Dada:

Diameter anteroposterior dan lateral sama

Retraksi sternal sedikit terlihat selama inspirasi

Terlihat prosesus xifoideus

Pembesaran ada

Paru-paru:

Pernafasan utamanya adalah pernafasan abdominal

Refleks batuk tidak ada saat lahir, ada setelah 1 sampai 2 hari

Bunyi nafas bronchial sama secara bilateral

Jantung:

Apeks: ruang interkostal keempat sampai kelima sebelah lateral batas kiri sternum

Nada S, sedikit lebih tajam dan lebih tinggi dari pada S

Abdomen:

Bentuk silindris

Hepar dapat diraba 2 sampai 3 cm di bawah margin kostal kanan

Limpa puncak dapat diraba pada akhir minggu pertama

Ginjal dapat diraba 1 sampai 2 cm di atas umbilicus

Pusat umbilicus putih kebiruan pada saat lahir dengan dua arteri dan satu vena

Nadi femoral bilateral sama

Genitalia wanita:

Labia dan klitoris biasanya edema
Labia minora lebih besar dari labia mayora
Verniks kaseosa diantara labia
Berkemih dalam 24 jam

Genitalia pria:

Lubang uretra pada puncak glans penis
Testis dapat diraba di dalam setiap skrotum
Skrotum biasanya besar, edema, pendulus dan tertutup dengan rugae;
biasanya pigmentasi lebih gelap pada kulit kelompok etnik
Smegma
Berkemih dalam 24 jam

Punggung dan rektum:

Spina utuh, tidak ada lubang, massa atau kurva menonjol
Refleks melengkung batang tubuh
Wink anal
Lubang anal paten
Lintasan mekonium dalam 36 jam

Ekstremitas:

Sepuluh jari tangan dan jari kaki
Rentang gerak penuh
Punggung kuku merah muda, dengan sianosis sementara setelah lahir
Fleksi ekstremitas atas dan bawah
Telapak biasanya datar
Ekstremitas simetris
Tonus otot sama secara bilateral, terutama tahanan pada fleksi berlawanan
Nadi brakialis bilateral sama

Sistem Neuromuskular:

Ekstremitas biasanya mempertahankan derajat fleksi
Ekstensi ekstremitas diikuti dengan posisi fleksi sebelumnya
Kelambatan kepala saat duduk tetapi mampu menahan kepala agar tetap tegak walaupun sementara
Mampu memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain ketika tengkurap
Mampu menahan kepala dalam posisi horizontal dengan punggung bila tengkurap

PENGAJIAN REFLEKS

Refleks mata

Berkedip atau refleks corneal:

Bayi berkedip pada pemunculan sinar terang yang tiba-tiba atau pendekatan objek ke arah kornea; harus menetap sepanjang hidup

Pupil:

Pupil konstriksi bila sinar terang diarahkan padanya; refleks ini harus ada sepanjang hidup

Mata boneka:

Ketika kepala digerakkan dengan perlahan ke kanan dan ke kiri, mata normalnya tidak bergerak; refleks ini harus hilang sesuai perkembangannya.

Hidung

Bersin:

Respons spontan saluran hidung terhadap iritasi atau obstruksi; refleks ini harus menetap sepanjang hidup

Glabela:

Ketukan halus pada glabela (bagian dahi antara dua alis mata) menyebabkan mata menutup dengan tepat

Mulut dan Tenggorok

Menghisap:

Bayi harus memulai gerakan menghisap kuat pada area sirkumoral sebagai respons terhadap rangsangan; refleks ini harus tetap ada selama masa bayi, bahkan tanpa rangsangan sekalipun, seperti pada saat tidur

Muntah:

Stimulasi terhadap faring posterior oleh makanan, hisapan, atau masukannya selang harus menyebabkan bayi mengalami refleks muntah; refleks ini harus menetap sepanjang hidup

Rooting:

Menyentuh atau menekan dagu sepanjang sisi mulut akan menyebabkan bayi membalikkan kepala ke arah sisi tersebut dan mulai menghisap; harus hilang pada kira-kira usia 3 sampai 4 bulan, tetapi dapat menetap selama 12 bulan.

Ekstrusi:

Lidah disentuh atau ditekan, bayi merespons dengan mendorongnya keluar; harus menghilang pada usia 4 bulan

Menguap:

Respons spontan terhadap penurunan oksigen dengan meningkatkan jumlah udara inspirasi; harus menetap sepanjang hidup

Batuk:

Iritasi membran mukosa laring atau pohon trakeobronkial menyebabkan batuk;refleks ini harus ada sepanjang hidup;biasanya ada setelah hari pertama kelahiran

Ekstremitas**Menggenggam:**

Sentuhan pada telapak tangan atau telapak kaki dekat dasar jari menyebabkan fleksi tangan dan jari kaki; gengaman telapak tangan harus berkurang setelah usia 3 bulan, digantikan dengan gerakan volunteer; gengaman plantar berkurang pada usia 8 bulan

Babinski:

Tekanan di telapak kaki bagian luar ke arah atas dari tumit dan menyilang bantalan kaki menyebabkan jari kaki hiperekstensi dan haluks dorsofleksi;refleks ini harus hilang setelah usia 1 tahun

Klonus pergelangan kaki:

Dorsofleksi telapak kaki yang cepat ketika menopang lutut pada posisi fleksi partial mengakibatkan munculnya satu sampai dua gerak oskilasi(denyut);akhirnya tidak boleh ada denyut yang teraba.

Massa(tubuh)**Moro:**

Kejutatan atau perubahan tiba-tiba dalam ekuilibrium yang menyebabkan ekstensi dan abduksi ekstremitas yang tiba-tiba serta mengipaskan jari dengan jari telunjuk dan ibu jari membentuk bentuk "C" diikuti dengan fleksi dan abduksi ekstremitas kaki dapat fleksi dengan lemah,bayi mungkin menangis;refleks ini harus menghilang setelah usia 3-4 bulan,biasanya paling kuat selama 2 bulan pertama

Startle:

Suara keras yang tiba-tiba menyebabkan abduksi lengan dengan fleksi siku;tangan tetap tergenggam;harus hilang pada usia 4 bulan

Perez:

Saat bayi telungkup pada permukaan keras ibu jari ditekan sepanjang medulla spinalis dari sacrum ke leher;bayi berespons dengan menangis,memfleksikan ekstremitas dan meninggikan pelvis dan kepala;lordosis tulang Belakang,sewa dapat terjadi defekasi dan urinasi;harus hilang pada usia 4 sampai 6 bulan.

Tonik leher asimetris:

Jika kepala bayi dimiringkan dengan cepat ke salah satu sisi, lengan dan kakinya akan berekstensi pada sisi tersebut, dan lengan yang berlawanan dan kaki fleksi; harus hilang pada usia 3 sampai 4 bulan untuk digantikan dengan posisi simetris dari kedua sisi tubuh.

Neck-righting:

Jika bayi terlentang, kepala dipalingkan ke salah satu sisi; bahu dan batang tubuh membalik ke arah tersebut diikuti dengan pelvis menghilang pada usia 10 minggu

Otolith-righting:

Jika badan bayi yang tegak ditengadahkan kepala kembali tegak dan posisi tegak

Inkurvasi batang tubuh:

Sentuhan pada punggung bayi sepanjang tulang Belakang menyebabkan panggul bergerak ke arah sisi yang terstimulasi; refleksi ini harus hilang pada usia 4 minggu.

Menari atau melangkah:

Jika bayi dipegang sedemikian rupa hingga telapak kaki menyentuh permukaan keras, akan ada fleksi dan ekstensi resiprokal dari kaki, menstimulasi berjalan, harus hilang setelah usia 3 sampai 4 minggu, digantikan oleh gerakan yang dikehendaki

Merangkak:

Bayi bila ditempatkan pada abdomennya (telungkup) membuat gerakan merangkak dengan tangan dan kaki; harus hilang kira-kira pada usia 6 minggu

Placing:

Bila bayi dipegang tegak di bawah lengannya dan sisi dorsal telapak kaki dengan tiba-tiba ditempatkan di atas objek keras, seperti meja, kaki mengangkat seolah-olah telapak melangkah di atas meja, usia hilangnya refleksi ini bervariasi

PEDOMAN UMUM PEMERIKSAAN FISIK SELAMA MASA ANAK-ANAK

Lakukan pemeriksaan dalam ruang yang menyenangkan dan tidak mengancam

- Berikan penerangan yang baik pada ruangan dan didekorasi dengan warna-warna yang netral
- Berikan suhu ruang yang hangat dan nyaman
- Tempatkan semua alat yang asing dan potensial yang menakutkan di luar ruangan
- Beri beberapa mainan, boneka, mainan binatang dan permainan yang tersedia untuk anak-anak

- Bila mungkin minta ruangan di dekorasi dan dilengkapi untuk anak-anak dengan usia yang berbeda
- Beri privasi, khususnya untuk anak usia sekolah dan remaja
- Periksa apakah peralatan dan suplai bekerja dengan baik dan dapat diakses untuk menghindari gangguan
- Berikan waktu untuk bermain dan saling mengenal dengan cara berbicara pada perawat, membuat kontak mata, menerima peralatan yang ditawarkan, membiarkan sentuhan fisik, memilih untuk duduk diatas meja pemeriksaan daripada di pangkuan orangtua.
- Jika tanda-tanda kesiapan tidak terlihat, gunakan tehnik – tehnik berikut: 1. bicara pada orangtua sambil mengabaikan anak, secara bertahap berfokus pada anak atau objek favorit, seperti boneka, 2. Buat ucapan pujian tentang anak, seperti penampilannya, pakaiannya, atau objek favoritnya, 3. Ceritakan cerita lucu atau bermain sulap sederhana, 4. Berikan “teman” yang tidak mengancam, seperti boneka tangan atau boneka jari untuk bicara dengan anak untuk perawat.
- Bila anak menolak untuk bekerja sama, gunakan tehnik berikut: 1. kaji alasan perilaku tidak bekerja sama; pertimbangkan bahwa anak takut terhadap pemeriksa pria mungkin pernah mengalami pengalaman buruk termasuk penyiksaan fisik, 2. Coba libatkan anak dan orangtua dalam proses atau bila tepat, minta orangtua untuk pergi, 3. Hindari Penjelasan yang panjang tentang prosedur pemeriksaan, 4. Gunakan pendekatan langsung dan tegas berkaitan dengan perilaku yang diharapkan, 5. Lakukan pemeriksaan secepat mungkin, 6. Minta asisten merestrein anak dengan lembut, 7. Minimalkan adanya gangguan atau stimulasi (batasi jumlah orang dalam ruangan dan gunakan ruangan tersendiri, gunakan suara yang tenang, lembut dan menenangkan).
- Mulailah pemeriksaan dengan cara yang tidak mengancam untuk anak-anak kecil atau anak yang takut. 1. Gunakan aktivitas-aktivitas yang dapat berarti permainan seperti test saraf cranial atau bagian-bagian dari test perkembangan, 2. Gunakan pendekatan seperti “Simon mengatakan” untuk mendorong anak membuat wajah meremas tangan, berdiri di satu kaki, dan sebagainya, 3. Gunakan tehnik ‘Boneka kertas’ (baringkan anak terlentang di atas meja pemeriksaan atau lantai yang di tutupi dengan lapisan kertas, garis sekitar tubuh anak, gunakan garis tersebut untuk mendemonstrasikan apa yang akan diperiksa, seperti menggambarkan jantung dan

mendengarkan dengan stetoskop sebelum melakukan aktivitas yang sebenarnya pada anak).

- Bila ada beberapa anak dalam keluarga yang akan diperiksa, mulailah dengan anak yang paling kooperatif.
- Libatkan anak dalam proses pemeriksaan: 1. Berikan pilihan seperti duduk di atas meja atau di pangkuan orang tua, 2. Izinkan untuk memegang atau memainkan alat, 3. Anjurkan untuk menggunakan alat-alat tersebut pada boneka, anggota keluarga, atau pemeriksa.
- Periksa anak dalam posisi aman dan nyaman: 1. Duduk dipangkuan anak, 2. duduk tegak jika mengalami distress pernafasan.
- Lanjutkan untuk pemeriksaan tubuh dalam urutan yang teratur (biasanya kepala sampai kaki) dengan pengecualian berikut: 1. Ubah urutan untuk memenuhi kebutuhan anak-anak dengan usia yang berbeda, 2. Periksa area yang nyeri di bagian akhir, pada situasi darurat, periksa dulu fungsi vital (jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi) dan area yang cedera.
- Tenangkan anak sepanjang pemeriksaan, khususnya kekhawatiran tentang tubuh yang muncul selama masa pubertas.
- Diskusikan hasil temuan dengan anggota keluarga pada akhir pemeriksaan
- Puji anak untuk kerjasamanya selama pemeriksaan; berikan penghargaan seperti mainan yang tidak mahal atau stiker kertas.

Perhatian:

Mengurangi rasa takut anak

Anak kecil, khususnya anak prasekolah, takut terhadap prosedur yang mengganggu karena mereka mengartikan batasan tubuh dengan buruk. Oleh karena itu hindari prosedur invasive, seperti mengukur suhu rektal, jika mungkin. Hindari juga penggunaan kata "ambil" ketika mengukur tanda-tanda vital, karena biasanya anak kecil menginterpretasikan kata-kata harfiah dan dapat berfikir bahwa suhu mereka atau fungsi lainnya akan diambil. Sebagai gantinya, katakan, 'saya ingin mengetahui seberapa hangat badanmu'

PENDEKATAN SESUAI USIA UNTUK PEMERIKSAAN FISIK ANAK

BAYI

Posisi

1. Sebelum dapat duduk sendiri;telentang atau lebih baik di pangkuan orang tua,sebelum 4-6 bulan;dapat ditempatkan di atas meja pemeriksaan
2. Setelah dapat duduk sendiri;gunakan posisi duduk di pangkuan orang tua,jika mungkin
3. Jika di atas meja,tempatkan dengan pandangan penuh pada orangtua,jika mungkin
4. Jika di atas meja,tempatkan dengan pandangan penuh pada orangtua.

Urutan

1. Bila tenang,auskultasi jantung,paru,abdomen
2. Catat frekuensi jantung dan pernafasan
3. Palpasi dan perkusi area yang sama
4. Lanjutkan dengan arah biasa,kepala ke kaki
5. Lakukan prosedur traumatic dibagian akhir(mata,telinga,mulut)
6. Munculkan refleks-refleks saat bagian tubuh tersebut diperiksa
7. Lakukan pemeriksaan refleks moro di bagian akhir.

Persiapan

1. Lepaskan semua pakaian bila suhu ruangan memungkinkan
2. Biarkan popok terpasang pada bayi laki-laki
3. Tingkatkan kerja sama dengan distraksi,objek terang,bunyi-bunyi dengan mulut,bicara.
4. Berikan kotak kecil di kedua tangan bayi yang lebih besar,samapi pelepasan volunteer berkembang di akhir tahun pertama,bayi tidak akan mampu menggenggam objek.
5. Tersenyum pada bayi;gunakan suara yang lembut dan perlahan
6. Tenangkan dengan sebotol air gula atau makanan
7. Minta bantuan orang tua untuk memegang bayi pada pemeriksaan telinga,mulut.
8. Hindari gerakan yang kasar dan mengejutkan.

ANAK USIA BERMAIN

Posisi

1. Duduk atau berdiri di atas/disamping orangtua
2. Telungkup atau telentang di pangkuan orangtua

Urutan

1. Gunakan kontak fisik ruang minimal di awal pemeriksaan
2. Kenalkan alat dengan perlahan
3. Auskultasi, perilaku, palpasi bila tenang
4. Lakukan prosedur traumatic terakhir

Persiapan

1. Lepaskan pakaian dalam saat bagian tubuh tersebut di periksa
2. Izinkan untuk melihat-lihat alat; menunjukkan penggunaan alat biasanya tidak efektif
3. Jika tidak kooperatif, lakukan prosedur dengan cepat
4. Gunakan restrain bila tepat, minta bantuan orangtua.
5. Bicarakan pemeriksaan bila dapat bekerjasama gunakan kalimat pendek
6. Beri pujian untuk perilaku kooperatif.

ANAK PRASEKOLAH

Posisi

1. Lebih suka berdiri atau duduk
2. Biasanya kooperatif dengan posisi telungkup/telentang
3. Menyukai kedekatan orangtua

Urutan

1. Jika kooperatif, lakukan dari kepala ke jari kaki
2. Bila tidak kooperatif, lakukan seperti pada anak usia bermain

Persiapan

1. Minta anak melepaskan pakaiannya
2. Izinkan untuk menggunakan celana dalam bila malu
3. Berikan kesempatan untuk melihat alat; tunjukkan dengan singkat penggunaannya

4. Buat cerita tentang prosedur: saya mau melihat seberapa kuat otot-ototmu (tekanan darah)
5. Gunakan tehnik boneka kerta
6. Beri pilihan bila mungkin
7. Hargai kerja sama;gunakan pernyataan positif: buka mulutmu.

ANAK USIA SEKOLAH

Posisi

1. Menyukai duduk
2. Kooperatif hampir semua posisi
3. Anak kecil menyukai kehadiran orangtua
4. Anak yang lebih besar menyukai privasi

Urutan

1. Lakukan dari kepala ke kaki
2. Pemeriksaan genetalia boleh lakukan paling akhir pada anak yang lebih besar
3. Hargai kebutuhan privasi

Persiapan

1. Minta untuk melepaskan pakaian sendiri
2. Biarkan untuk memakai celana dalam
3. Beri skort untuk dipakai
4. Jelaskan tujuan peralatan dan kepentingan prosedur,seperti otoskop yang diperlukan untuk mendengar
5. Ajarkan tentang fungsi tubuh dan perawatannya.

REMAJA

Posisi

1. Sama dengan anak usia sekolah
2. Berikan pilihan tentang keberadaan orang tua

Urutan

1. Sama dengan anak usia sekolah yang lebih besar

Persiapan

1. Izinkan melepaskan pakaian sendiri
2. Beri skort
3. Buka hanya area yang diperiksa
4. Hargai kebutuhan privasi
5. Jelaskan temuan-temuan selama pemeriksaan : ototmu kuat dan padat
6. Beri keterangan tentang perkembangan seksual : payudaramu sedang berkembang seperti seharusnya
7. Tekankan kenormalan perkembangan
8. Periksa genitalia seperti bagian tubuh yang lain :dapat dilakukan di akhir

GARIS BESAR PENGKAJIAN FISIK

A. Pengukuran Pertumbuhan

1. Tinggi/panjang badan
2. Panjangdari dahi ke bokong atau tinggi duduk
3. Berat badan
4. Lingkar kepala
5. Lingkar dada
6. Ketebalan lipat kulit dan lingkar lengan

B. Pengukuran fisiologis

1. Suhu
2. Nadi
3. Pernafasan
4. Tekanan darah

C. Penampilan umum

D. Kulit

E. Struktur aksesoris

F. Nodus limfe

G. Kepala

H. Mata

I. Telinga

J. Hidung

K. Mulut dan tenggorok

L. Dada

M. Jantung

N. Abdomen

O. Genitalia

1. Pria
2. Wanita

P. Anus

Q. Punggung dan ekstremitas

R. Pengkajian neurologis

1. Status mental
2. Fungsi motorik
3. Fungsi sensorik
4. Refleks (tendon dalam)
5. Saraf kranial



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (v) pada skala dengankriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

NO	KOMPONEN PENILAIAN	NILAI		
		1	2	3
	A. Persiapan 1) Memeriksa catatan keperawatan dan medis klien 2) Menyiapkan alat ▪ Stetoskop ▪ Tensimeter anak ▪ Timbangan anak ▪ Termometer ▪ Meteran tinggi badan ▪ Midline ▪ Palu refleks ▪ Pen light ▪ Spekulum hidung ▪ Spatula ▪ Bak instrumen ▪ Baki alas dan penutup 3) Mencuci tangan			
	B. Orientasi 4) Mengucapkan salam, panggil klien dengan namanya dan keluarganya 5) Memperkenalkan diri 6) Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan 7) Menyatakan kontrak waktu			
	C. Antropometri - Pemeriksaan BB (usia 6 bulan BB bertambah sekitar 1 kg/bln, > 6 bln BB naik $\pm 0,5$ kg/bln, > 1 tahun ke atas BB naik $\pm 0,25$ kg/bln, > 2 tahun $\pm 2,3$ kg/ bln) - Pemeriksaan Tinggi Badan - Pemeriksaan Balita : LLA dan LK - Pemeriksaan TTV : pemeriksaan Tensi Darah, Nadi, Suhu (Rectal, Axila, Oral), Respirasi			
	PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE			
	D. RAMBUT 8) Melakukan inspeksi dan palpasi rambut untuk mengetahui warna, kelebatan, dan distribusi pertumbuhan rambut			

kepala E. KEPALA 9) Melakukan inspeksi kepala disemua sudut yg meliputi ukuran, bentuk, kesimetrisan muka 10) Melakukan palpasi kepala untuk mengetahui adanya benjolan atau massa, pembengkakan dan nyeri tekan 11) Melakukan gerakan memutar yg lembut dengan ujung jari, mulai dari depan kemudian turun ke bawah mll garis tengah kemudian melakukan palpasi setiap sudut bagian kepala, pada bayi palpasi dilakukan u/ mengetahui ukuran fontanel F. MUKA 12) Melakukan inspeksi kulit muka, warna, distribusi dan kondisi rambut, kesimetrisan organ: alis, mata, hidung, mulut dan telinga 13) Memerintahkan klien untuk mengangkat alis mata, mengerutkan dahi, mengembungkan pipi kemudian tersenyum dan menunjukkan gigi-gigi G. MATA 14) Melakukan inspeksi bagian mata: bola mata, kelopak mata, konjungtiva, sclera, pupil, 15) Memeriksa ketajaman penglihatan H. HIDUNG 16) Melakukan palpasi hidung luar scr perlahan-lahan 17) Melihat kedua lubang hidung dengan menggunakan spekulum hidung 18) Melihat garis dari hidung(mukosa dan rambut hidung) 19) Mencatat jika adda pembengkakan, kemerahan, cairan 20) Melihat posisi septum nasal diantara kedua lubang hidung 21) Melihat turbin inferior dan medialis 22) Melihat membran mukosa dan mengecek adanya cairan yang purulen atau polip hidung I. MULUT 23) Mengatur posisi duduk klien, sejajar 24) Mengamati bibir utk mengetahui adanya kelainan kongenital, palatolabioskizis, warna bibir, lesi, dan massa 25) Mengamati gigi klien dengan cara menganjurkan klien membuka mulut; jika perlu menggunakan spatula 26) Mengamati keadaan setiap gigi : posisi, jarak, warna, jumlah gigi, tumbuh lambat/tidak 27) Selaput lendir mulut : warna, peradangan, pembengkakan. 28) Lidah kering/tidak, kotor/tidak, tremor/tidak, warna, ukuran, gerakan 29) Palatum : warna, terbelah tidak J. TENGGOROK 30) Pemeriksaan tenggorok dilakukan dengan menggunakan alat skalpel, anak disuruh mengeluarkan lidah dan mengatakan 'ah' yang keras, selanjutnya spaltel diletakkan pada lidah sedikit ditekan kebawah. Perhatikan : uvula, epiglottis, tonsil besarnya, warna, paradangan, eksudat, kriptes) K. TELINGA 31) Melakukan inspeksi telinga luar: ukuran, bentuk, warna,			
---	--	--	--

lesi dan massa			
32) Melakukan palpasi dengan cara memegang telinga dengan jempol dan jari telunjuk			
33) Melakukan palpasi kartilago telinga luar secara simetris, catat bila ada nyeri			
34) Melakukan pengkajian telinga bagian dalam, pada anak-anak telinga ditarik ke bawah			
35) Mengamati pintu masuk lubang telinga dan memperhatikan ada tidaknya peradangan, perdarahan, kotoran/serumen			
36) Melakukan pemeriksaan ketajaman pendengaran			
L. LEHER			
37) Pada leher perhatikanlah : panjang/pendeknya, kelenjar leher, letak trakhea, pembesaran kelenjar tiroid, pelebaran vena, pulsasi karotis, dan gerakan leher.			
M. PEMERIKSAAN ABDOMEN			
INSPEKSI			
38) Memeriksa kontur abdomen			
39) Memeriksa warna dan keadaan kulit abdomen			
40) Memeriksa umbilikus terhadap warna, bau, umbilikus			
AUSKULTASI			
41) Melakukan auskultasi thd bising usus dengan menekan bel dan diafragma stetoskop dengan rata diatas abdomen			
42) Mendengarkan dikeempat kuadran dan menghitung bising usus disetiap kuadran selama 1 menit penuh, sebelum memutuskan bahwa bising usus tidak ada, perawat harus mendengarkan minimal 5 menit			
PERKUSI			
43) Dengan perkusi secara tdk langsung, melakukan perkusi secara sistematis pada semua area, abdomen : flatness normal ditemukan sepanjang batas iga kanan dan 1-3 cm di bawah iga dari hepar, bunyi pekak diatas simfisis pubis menunjukkan kandung kemih yg penuh pada anak kecil dan merupakan keadaan normal, timpani normalnya diseluruh abdomen			
PALPASI			
■ Palpasi dilakukan dengan cara : anak disuruh bernafas dalam, kaki dibengkokkan di sendi lutut, palpasi dilakukan dari kiri bawah ke atas, kemudian dari kanan atas ke bawah. Apabila ditemukan bagian yang nyeri, dipalpasi paling akhir. Perhatikan : adanya nyeri tekan , dan tentukan lokasinya. Nilai perabaan terhadap hati, limpa, dan ginjal.			
N. PEMERIKSAAN DADA			
INSPEKSI			
44) Memperhatikan bentuk dada (iga, sternum, dan columna vertebralis) dari depan dan belakang			
45) Mencari adanya deformitas			
46) Memperhatikan ruang intercosta, mencekung, atau adanya retraksi pada saat inspirasi pada pernapasan			
PALPASI			
47) Meletakkan kedua telapak tangan pada bagian dada			
48) Meminta klien menarik napas			

	49) Merasakan gerakan dada, membandingkan kanan dan kiri 50) Melakukan dari belakang klien seperti diatas 51) Merasakan vokal fremitus dengan palpasi, meminta klien mengucapkan angka 88, membandingkan kanan dan kiri 52) Memperhatikan dada bagian depan di daerah jantung 53) Merasakan pulsasi yg ada (iktus cordis) dengan memakai keempat jari kanan dalam palpasi di ruang intercostalis 4 dan 5 dengan ibu jari pada linea medio klavikularis kiri, bila ada kelainan besar jantung, maka iktus kordis akan bergeser sesuai kelainan PERKUSI 54) Meminta klien utk berbaring dan perawat berdiri disebelah kanan klien 55) Melakukan perkusi scr sistematis dari atas ke bawah, membandingkan kanan dan kiri 56) Melakukan perkusi dalam di daerah sub klavikula 57) Meminta klien untuk mengangkat tangan dan melakukan perkusi sisi samping mulai dari ketiak 58) Melakukan perkusi thorax belakang, meminta klien untuk duduk tegak 59) Melakukan perkusi dari atas ke bawah, membandingkan kanan dan kiri AUSKULTASI 60) Minta klien untuk bernapas pelan dengan mulut terbuka 61) Melakukan auskultasi secara sistematis, mendengarkan scr lengkap satu periode inspirasi dan ekspirasi 62) Melakukan auskultasi di daerah depan di atas klavikula 63) Melakukan ausultasi di bagian belakang dada (punggung), mulai dari atas ke bawah 64) Bandingkan kanan dan kiri, perhatikan bila ada perubahan suara 65) Catat suara yg didapatkan pada waktu auskultasi O. PEMERIKSAAN EKTRIMITASBAWAH ■ Kelainan bawaan, panjang dan bentuknya dan pembengkakan tulang. <i>Persendian Periksa</i> : suhu, nyeri tekan, pembengkakan, cairan, kemerahan, dan gerakan. <i>Otot Perhatikan</i> : nyeri, dan tonus P. PEMERIKSAANGENETALIA Untuk anak perempuan : ■ Ada sekret dari uretra dan vagina/tidak. ■ Labia mayor : perlengketan / tidak ■ Himen : atresia / tidak ■ Klitoris : membesar / tidak. Untuk anak laki-laki : ■ Penis : membesar / tidak ■ Skrotum : membesar / tidak, ada hernia / tidak. ■ Testis : normal sampai puber sebesar kelereng. Reflek kremaster : gores paha bagian dalam testis akan naik dalam skrotum Q. ANUS DAN REKTUM ■ Anus diperiksa rutin sedangkan rektum tidak. ■ Untuk anus, perhatikan : Daerah pantat adanya tumor, meningokel, dimple, atau			
--	--	--	--	--

	abces perianal, Fisura ani dan Prolapsus ani. ■ Pemeriksaan rektal : anak telentang, kaki dibengkokkan, periksa dengan jari kelingking masuk ke dalam rektum. Perhatikan : Atresia ani, Tonus sfingter ani, Fistula rektovaginal, Ada penyempitan / tidak. R. TERMINASI 66) Berikan penjelasan pada orang tua 67) Melakukan kontrak selanjutnya 68) Melakukan dokumentasi pemeriksaan fisik			
--	---	--	--	--

Jumlah Nilai : $\frac{\text{jumlah skore}}{54} \times 100$

Penguji

(.....)

BAB II

MENGUKUR ANTROPOMETRI

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Melakukan pengukuran BB
2. Melakukan pengukuran TB
3. Melakukan Pengukuran Lila, lingkaran dada dan lingkaran kepala



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
MENGUKUR TINGGI BADAN

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (v) pada skala dengankriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
A	Persiapan alat			
	1. Alat pengukur tinggi badan			
	2. Buku catatan dan alat tulis			
B.	Pelaksanaan			
	1. Mintalah ibu si anak untuk melepaskan sepatu si anak dan melepaskan hiasan atau dandanan rambut yang mungkin dapat mempengaruhi hasil pengukuran TB anak.			
	2. Mintalah si ibu untuk membawa anak tersebut ke papan ukur dan berlutut di hadapan si anak. Mintalah si ibu agar berlutut dengan kedua lutut di sebelah kanan si anak.			
	3. Berlututlah anda dengan lutut sebelah kanan di sebelah kiri anak tersebut. Ini akan memberikan kesempatan maksimum kepada anda untuk bergerak.			
	4. Tempatkan kedua kaki si anak secara merata dan bersamaan di tengah-tengah dan menempel pada alat ukur/dinding. Tempatkan tangan kanan anda sedikit di atas mata kaki si anak pada ujung tulang kering, tangan kiri anda pada lutut si anak dan dorong ke arah papan ukur/dinding. Pastikan kaki si anak lurus dengan tumit dan betis menempel di papan ukur/dinding.			
	5. Mintalah si anak untuk memandang lurus ke arah depan atau kepada ibunya yang berdiri di depan si anak. Pastikan garis pandang si anak sejajar dengan tanah.			

	6. Dengan tangan kiri anda peganglah dagu si anak. Dengan perlahan-lahan ketatkan tangan anda.. Jangan menutupi mulut atau telinga si anak. Pastikan bahu si anak rata, dengan tangan di samping, dan kepala, tulang bahu dan pantat menempel di papan ukur/dinding. 7. Mintalah si anak untuk mengambil nafas panjang 8. Dengan tangan kanan anda, turunkan meteran alat pengukur hingga pas di atas kepala si anak. Pastikan anda menekan rambut si anak. Jika posisi si anak sudah betul, baca dan catatlah hasil pengukuran dengan desimal satu di belakang koma dengan melihat angka di dalam kaca pengukuran. 9. Naikkan meteran dari atas kepala			
C.	Evaluasi 1. Mencatat hasil 2. Mengembalikan alat			

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

_____, 20
Pembimbing

()



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
MENGUKUR BERAT BADAN

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (v) pada skala dengankriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
A.	Persiapan alat 1. Timbangan 2. Catatan dan alat tulis			
B.	Pelaksanaan a. Anak bisa berdiri 1. Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah anak tersebut untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang. 2. Pastikan posisi badan anak dalam keadaan berdiri tegak, mata/kepala lurus ke arah depan, kaki tidak menekuk. Pewawancara dapat membantu anak tersebut berdiri dengan baik di atas timbangan dan untuk mengurangi gerakan anak yang tidak perlu yang dapat mempengaruhi hasil penimbangan. 3. Setelah anak berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan digital. Mintalah anak tersebut untuk turun dulu dari timbangan dan pewawancara harus segera mencatat hasil penimbangan tersebut b. Bayi/Anak belum bisa berdiri 1. Jika anak belum bisa berdiri, maka minta ibu/pengasuh untuk menggendong tanpa selendang. Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah ibu dengan menggendong sang anak untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang. 2. Pastikan posisi ibu, badan tegak, mata lurus ke depan, kaki tidak menekuk dan kepala tidak menunduk ke bawah. Sebisa mungkin bayi/anak dalam keadaan tenang ketika ditimbang. 3. Setelah ibu berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan			

C.	digital. Mintalah ibu tersebut untuk turun dulu dari timbangan dan pewawancara harus segera mencatat hasil penimbangan tersebut 4. Ulangi proses pengukuran, kali ini hanya ibu saja tanpa menggendong anak Evaluasi 1. Mencatat hasil 2. Mengembalikan alat			
----	---	--	--	--

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

-----, 20
Pembimbing

()



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
MENGUKUR LILA

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (v) pada skala dengankriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanparagu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
A.	Persiapan alat			
	1. Meteran			
	2. Alat tulis dan buku catatan			
B.	Pelaksanaan			
	1. Cara pengukuran lingkar lengan :			
	2. Usahakan pengukuran dilakukan sejajar dengan pandangan mata, duduk jika dimungkinkan. Anak yang masih terlalu kecil bisa dipegang oleh ibunya.			
	3. Minta tolong ibunya untuk menyingkap baju yang menutupi lengan kiri si anak.			
	4. Ukurlah titik tengah lengan atas sang anak. Dengan cara sebagai berikut :			
	5. Lingkarkan pita ukur pada lengan sang anak			
	6. Pastikan bahwa pita benar-benar rata melingkari lengan			
	7. Periksa tekanan pita pada lengan anak, jangan terlalu kencang atau terlalu longgar.			
	8. Jika sudah lihat hasil pengukuran dan catat			
C.	Evaluasi			
	1. Mencatat hasil			
	2. Mengembalikan alat			

Catatan : _____

Nilai Rata-rata : _____

_____, 20

Pembimbing

()

BAB III

TEPID SPONGING

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian tepid sponging
2. Menjelaskan tujuan tepid sponging
3. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan tindakan tepid sponging
4. Menjelaskan urutan prosedur kerja tindakan tepid sponging
5. Meredemonstrasikan tindakan tepid sponging
6. Mendokumentasikan hasil tindakan tepid sponging

Tepid sponging adalah bentuk umum untuk mandi terapeutik. Tepid sponging dilakukan bila anak mengalami demam tinggi. Prosedur ini meningkatkan control kehilangan panas tubuh melalui proses evaporasi dan konduksi. Karena proses pendinginan terjadi dengan lambat dan fluktuasi dapat dihindari. Penggunaan air hangat mencegah menggigil pada anak yang dapat menyebabkan kenaikan suhu tubuh akibat menggigilnya otot. Orang tua yang mempunyai anak kecil harus belajar bagaimana melakukan tepid sponging yang aman di rumah. Anak-anak kecil beresiko mengalami kejang bila terjadi demam tinggi. Pada perawat dilingkungan perawatan kesehatan dapat melakukan tepid sponging sambil meminta instruksi tambahan untuk kontrol suhu.

I. Definisi

Tepid sponging adalah melakukan kompres dengan air hangat untuk menurunkan demam.

II. Tujuan

Menurunkan demam

III.Persiapan alat-alat

1. Baskom mandi
2. Air bersuhu normal (37 derajat celcius)
3. Selimut mandi
4. Termometer
5. Waslap
6. Sarung tangan disposable

IV.Prosedur

1. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan bila perlu
Rational: mengurangi transmisi mikroorganisme
2. Jelaskan padaanak bahwa tujuan tepid sponging adalah untuk mendinginkan tubuh dengan perlahan. Uraikan dengan singkat langkah-langkah prosedur
Rational: prosedur dapat menimbulkan ketidaknyamanan karena penggunaan air dingin. Ansietas terhadap prosedur dapat meningkatkan suhu tubuh.
3. Tutup tirai atau pintu ruangan
Rational: mempertahankan privasi klien
4. Ukur suhu dan nadi klien
Rational: memberikan dasar untuk mengukur pengaruh sponging
5. Letakkan bantal tahan air di bawah anak dan lepaskan pakaian.
Rational: bantalan mencegah membasahi linen tempat tidur.Melepaskan pakaian untuk memberikan kemudahan pada semua permukaan kulit.
5. Pertahankan selimut mandi di atas bagain tubuh yang tidak di kompres. Tutup jendela dan pintu untuk mencegah aliran udara ke dalam ruangan.
Rational: selimut mencegah menggigil
6. Periksa suhu air
Rational: air normal mencegah menggigil
7. Celupkan waslap dalam air dan letakkan waslap yang sudah basah di bawah masing-masing aksila dan lipatan paha. Bila menggunakan bak mandi, rendam anak selama 2-3 menit.
Rational: aksila dan lipat paha adalah area yang mengandung pembuluh darah superficial besar. Penggunaan kompres membantu penurunan suhu inti tubuh melalui proses konduksi. Perendaman memungkinan pelepasan panas lebih efektif.

8. Dengan perlahan kompres ekstremitas selama 5 menit. Periksa respon klien.
Rational: mencegah penurunan suhu tubuh tiba-tiba dan meminimalkan resiko terjadinya menggigil.
9. Keringkan ekstremitas dan akji ulang nadi dan suhu tubuh anak. Observasi respon klien terhadap terapi
Rational: respon klien terhadap terapi dimonitor untuk mencegah perubahan suhu tiba-tiba
10. Lanjutkan mengkompres ekstremitas lain, punggung dan bokong setiap 5 menit. Kaji ulang suhu dan nadi tiap 15 menit.
Rational: pajankan semua bagian tubuh untuk kompres membantu penurunan suhu tubuh.
11. Ganti air dan lakukan kembali kompres pada aksila dan lipatan paha sesuai kebutuhan.
Rational : suhu air meningkat sebagai akibat pemajanan pada permukaan tubuh anak yang hangat
12. Bila suhu tubuh turun sedikit di atas normal (38 derajat celcius)hentikan prosedur.
Rational : ini mencegah perubahan suhu ke tingkat subnormal
13. Keringkan ekstremitas dan bagian tubuh secara menyeluruh. Selimuti anak dengan selimut mandi
Rational : mengeringkan dan menyelimuti anak mencegah menggigil.
Menyelimuti terlalu tebal dapat meningkatkan suhu tubuh.
14. Rapikan kembali peralatan dan ganti linen tempat tidur bila basah
Rational : mengontrol transmisi infeksi
15. Ukur suhu tubuh anak
Rational : mengindikasikan respon terhadap terapi
16. Catat pada catatan perawat bahwa prosedur telah dilakukan dan dihentikan, perubahan vital sign, seperti adanya menggigil
Rational : mengkomunikasikan perawatan yang telah diberikan dalam bentuk akurat dan tepat waktu.

Kewaspadaan Perawat

Bila anak menggigil, hentikan prosedur. Menggigil menyebabkan kenaikan suhu tubuh.

Penyuluhan Klien

Ajarkan orangtua cara melakukan mandi kompres di rumah. Suhu diatas 39 derajat celcius umumnya menandakan kebutuhan untuk kompres. Penambahan alcohol pada air harus boleh dilakukan bila telah mendapatkan instruksi dari dokter anak. Penambahan alcohol pada air meningkatkan resiko keracunan alcohol melalui inhalasi.

Pertimbangan Pediatric

Suhu anak dapat meningkat secara tiba-tiba karena mekanisme pengaturan suhunya belum matang. Seringkali satu-satunya tanda penting adalah kulit terasa hangat. Mungkin akan lebih mudah untuk merendamkan bayi atau anak kecil ke dalam bak mandi berisi air normal ketimbang melakukan tepid sponging. Pemajanan semua bagian tubuh secara bersamaan meningkatkan kehilangan panas. Perendaman juga mengurangi kecendrungan anak untuk menangis, yang dapat meningkatkan suhu tubuh. Kepala dan bahu anak harus selalu disokong dengan kuat selama perendaman.



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
TEHNIK KOMPRES TEPID SPONGE WATER

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda silang (X) pada skala dengan criteria berikut :

4. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
5. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
6. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanparagu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

No.	Langkah/ Tugas	Nilai		
		1	2	3
1.	PERSIAPAN ALAT - Handuk kecil 1 - Sapu tangan/waslap 5 - Selimut - Baju mandi (jika ada) - Perlak - Handscone disposable - Thermometer aksila (digital/ raksa) - Mangkuk / bak berisi air hangat - Baju klien 2 Pasang - Sprei			
2.	PERSIAPAN KLIEN 1. Mengkaji kondisi pasien 2. Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan pada klien 3. Inform Consent			
3.	PROSEDUR TINDAKAN 1. Membawa alat – alat kedekat pasien 2. Menutup tirai, pintuatau jendela sebelum memulai prosedur 3. Mencuci tangan 4. Mengatur posisi klien senyaman mungkin 5. Menempatkan perlak di bawah klien 6. Memakai handscoon 7. Ukur axila 8. Membuka pakaian klien dengan hati-hati 9. Mengisi bak dengan air hangat, suhu air 28 – 32 °C 10. Memasukkan waslap / sapu tangan ke dalam bak 11. Memeras waslap / sapu tangan dan menempatkan handuk atau sapu tangan di dahi, ketiak dan selakangan			

	12. Mengusap bagian ektrimitas klien selama 5 menit 13. Kemudian mengusap punggung klien selama 5-10 menit 14. Memonitor respon klien sambil mengeringkan tubuh klien 15. Mengganti pakaian dengan pakaian yang tipis dan menyerap keringat 16. Mengganti sprengi (bila memungkinkan) dan memindahkan perlak dan alat – alat yang dipakai 17. Mencuci tangan 18. Dokumentasi			
--	---	--	--	--

Catatan :-----

Penguji

(.....)

BAB IV

PENGISAPAN (SUCTION) HIDUNG DAN MULUT

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

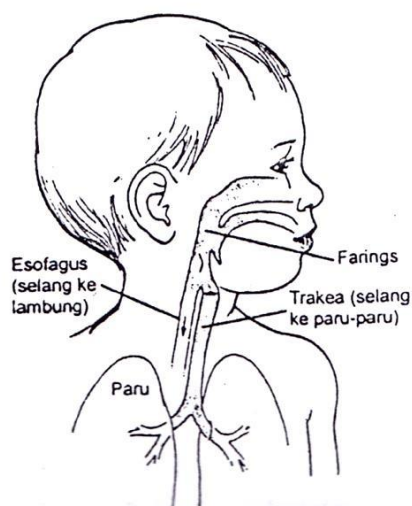
Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan tujuan melakukan pengisapan(suction)
2. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan pengisapan (suction)
3. Menjelaskan urutan prosedur pelaksanaan pengisapan(suction)
4. Mendemonstrasikan tindakan pengisapan (suction)

Pengisapan (suction) dilakukan untuk menjaga agar jalan nafas (hidung dan mulut) (Gbr.1) tetap bersih dari mucus sehingga anak dapat bernafas dengan lebih mudah. Pengisapan tidak dilakukan secara rutin tetapi hanya bila diperlukan.

Pengisapan dilakukan pada hal-hal berikut :

- Anak mengalami kesulitan bernafas
- Cuping hidung anak melebar (meregang)
- Anda mendengar bunyi gelembung udara melewati mukus.



Gbr. 1. Jalan Nafas anak. Pengisapan harus memberikan farings dari mukus

Persiapan alat:

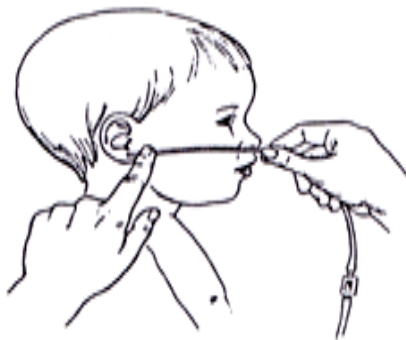
1. Mesin penghisap dengan selang
2. Kateter penghisap (suction)
3. Wadah bersih untuk membilas kateter
4. Nierbeken
5. Sarung tangan
6. Tissue

Persiapan pasien:

1. Perawat memperkenalkan diri
2. Perawat menjelaskan tujuan
3. Perawat menyiapkan posisi anak yang nyaman

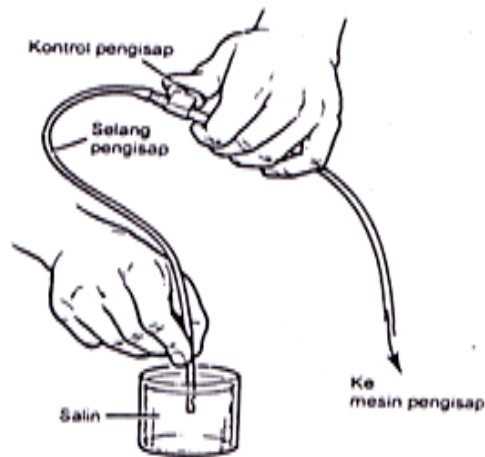
Prosedur pelaksanaan:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air
2. Pasang sarung tangan
3. Buka kemesan kateter penghisap (suction) dan sambungkan dengan mesin suction.
4. Pastikan bahwa mesin suction sudah dipasang dan dapat berfungsi
5. Ukur selang untuk jarak yang akan anda masukkan. Tempatkan ujung kateter pada daun telinga anak dan tandai jaraknya sampai ujung hidung anak. Pegang kateter pada tanda ini (Gbr.2)



Gbr.2. Mengukur panjang kateter yang akan dimasukkan

6. Tempatkan ujung kateter suction pada air bersih dan tempatkan ibu jari anda di atas lubang untuk mendapatkan pengisapan (Gbr.3).



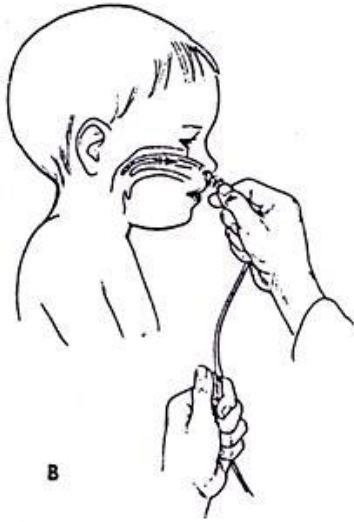
Gbr. 3. Membilas dan melumasi kateter dengan ibu jari pada control pengisap

7. Masukkan kateter penghisap pada salah satu lubang hidung sesuai dengan pengukuran (tidak ada pengisapan) (Gbr.4)



Gbr. 4. Memasukkan kateter dengan ibu jari tidak di atas control pengisap

8. Tempatkan ibu jari anda pada lubang pengisap untuk mendapatkan pengisapan
9. Putar kateter dengan gerakan perlahan dan stabil pada saat anda melepasnya (Gbr.5). Baik pemasukan kateter maupun pengisapan kateter tidak boleh lebih dari 5 detik. Cobalah untuk menahan napas anda pada saat ibu jari anda pada lubang pengisap. Hal ini akan mengingatkan anda terhadap waktu.



Gbr. 5. Mengeluarkan kateter dengan ibu jari di atas control pengisap

10. Perhatikan mukus. Periksa adanya perubahan warna, bau dan konsistensi.
11. Bilas kateter pengisap dengan air bersih dengan ibu jari anda pada lubang penghisap
12. Biarkan anak menarik napas dalam beberapa kali.
13. Ulangi prosedur ini sebanyak 2 kali atau lebih (bila perlu pada mucus yang banyak).
Ulangi untuk lubang yang lain.
14. Setelah penghisapan hidung, anda dapat menggunakan kateter yang sama untuk membersihkan mulut.
15. Puji anak atas kerjasamanya
16. Cuci tangan anda.



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
SUCTION PADA ANAK

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda silang (X) pada skala dengan kriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

NO.	KEGIATAN	NILAI		
		1	2	3
I	PENGKAJIAN			
	1. Mengkaji akan adanya kebutuhan penghisapan lendir. 2. Mengauskultasi bunyi nafas; <i>stridor</i> . 3. Mengobservasi tanda-tanda vital, terutama nadi dan pernafasan. 4. Mengobservasi status respirasi klien ; sesak nafas, gelisah, hipoksia atau adanya sianosis.			
II	INTERVENSI			
	1. Persiapan Alat : a. Alat Nonsteril. 1) Alat penghisap lendir (suction) dengan botol berisi larutan desinfektan, misal: Lysol 2%. 2) Pinset. 3) Sarung tangan/ handscoen dalam bak instrumen 4) 2 kom kecil tertutup: 1 kom kecil tertutup berisi aquades / NaCl 0,9% dan 1 kom kecil tertutup berisi larutan desinfektan (savlon 1:100) 5) Tongue spatel bila perlu. 6) Kertas tissue. 7) Kantong balutan kotor. 8) Plester dan gunting. 9) 1 botol NaCl 0,9%. 10) Nierbeken / bengkok.			

	11) Oksigen. 12) Handuk / lap tangan 13) Sabun cuci tangan b. Alat Steril. 1) Kateter penghisap (suction) steril. c. Persiapan Klien : 1) Menjelaskan prosedur dan tujuan dilakukannya penghisapan lendir.			
III	IMPLEMENTASI			
	1. Menutup sampiran (kalau perlu). 2. Mencuci tangan. 3. Mengatur posisi klien. 4. Meletakkan nierbeken didekat klien. 5. Memakai handscoen bersih. 6. Menghubungkan kateter suction ke pipa suction. 7. Menyalakan mesin, masukkan kateter penghisap ke dalam kom berisi aquades / NaCl 0,9%. 8. Memasukkan ujung kateter dengan tangan kanan ke dalam mulut / hidung sampai kerongkongan 9. Melepaskan jepitan dan penghisap lendir dengan menarik dan memasukkan kateter dengan perlahan-lahan dengan arah diputar. Lama penghisapan $\pm$ 10 – 15 detik dalam 3 menit untuk mencegah hypoxia. 10. Menarik kateter dan bersihkan dengan aquadest / NaCl 0,9%. 11. Mengulangi prosedur sampai jalan nafas bebas dari lender. 12. Mematikan mesin dan lepaskan kateter dari selang penghisap. 13. Merapihkan pasien dan kembalikan keposisi semula. 14. Merapihkan alat dan lepas sarung tangan. 15. Mencuci Tangan.			
IV	EVALUASI			
	1. Mengauskultasi suara nafas dan bandingkan kondisi saluran nafas sebelum dan sesudah penghisapan lendir. 2. Mengidentifikasi adanya perbaikan status respiratorik.			
V	DOKUMENTASI			
	1. Mencatat hasil pengkajian saluran nafas sebelum dan sesudah penghisapan, ukuran kateter yang digunakan, lama penghisapan, rute penghisapan, toleransi klien, tekanan mesin yang digunakan, karakteristik lendir (jumlah, bau, warna, dan konsistensi lendir). 2. Mencatat respon klien selama prosedur.			
VI	SIKAP			
	1. Sistematis. 2. Hati-hati.			

	3. Berkomunikasi. 4. Mandiri. 5. Teliti. 6. Tanggap terhadap respon klien. 7. Rapih. 8. Menjaga privacy. 9. Sopan.			
--	--	--	--	--

Catatan :-----

Penguji

(.....)

BAB V

MELAKUKAN DRAINASE POSTURAL

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian drainase postural
2. Menjelaskan tujuan melakukan drainase postural
3. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan drainase postural
4. Menjelaskan urutan prosedur pelaksanaan drainase postural
5. Mendemonstrasikan tindakan drainase postural

Mucus adalah penutup yang melindungi bagian dalam paru dan jalan nafas. Mucus menangkap debu dan kotoran dalam udara yang kita hirup dan membantu mencegah iritasi paru. Bila ada infeksi atau iritasi lain, tubuh menghasilkan lebih banyak mucus tebal dan membantu paru menghindari infeksi. Bila mucus kental ini menyumbat jalan nafas, pernafasan menjadi sulit. Drainase postural dilakukan untuk membantu tubuh menghilangkan kelebihan mucus. Serangkaian tindakan drainase postural membantu menghilangkan mucus kental dari paru ke dalam trakea yang dapat dibatukkan keluar.

Drainase postural dapat dilakukan 2–3 kali sehari. Tindakan ini harus dilakukan ketika anak terjaga, sebelum waktu tidur, dan kira-kira 1½jam sebelum makan siang dan makan malam. Tindakan ini tidak boleh dilakukan setelah makan karena latihan batuk dapat menyebabkan anak muntah. Latihan harus selesai dalam 30–40 menit sebelum makan, sehingga anak mempunyai kesempatan untuk istirahat dan makan.

Anak harus ditempatkan pada beberapa posisi yang berbeda untuk drainase postural. Perawat harus menyesuaikan prosedur dengan usia dan kekuatan anak. Setiap sesi biasanya selesai 20–30 menit dan terdiri dari 4–6 posisi. Posisi lain yang belum digunakan dilakukan pada drainase postural berikutnya di hari yang sama.

Teknik-teknik yang perlu dilakukan

1. Menungkupkan Tangan (Perkusi)

Posisikan tangan seperti ketika menampung cairan kemudian balikkan (Gbr.1). Keseluruhan lengkung tangan harus menyentuh dada anak. Gambar-gambar dengan area berbayang berikut menunjukkan letak tangan anda untuk setiap posisi. Tangan ditungkupkan selama kira-kira 1 menit pada setiap posisi. Minta anak menggunakan kaos sehingga tangan anda tidak menyentuh kulit anak. Bila dilakukan dengan benar, tindakan ini tidak akan menyakiti anak atau menyebabkan kulit anak menjadi merah, seperti ditampar.



Gbr.1. Posisi menungkupkan tangan yang benar

2. Vibrasi

Mempelajari vibrasi memerlukan sedikit latihan. Pertama, tempatkan satu tangan anda di atas tangan anda yang lain, kemudian kendorkan otot lengan bawah anda dengan cepat (Gbr.2). Tindakan ini akan menimbulkan vibrasi yang bila dilakukan pada kulit maka vibrasi akan melewati paru untuk melepaskan mucus. Vibrasi dilakukan ketika anak mengeluarkan udara.



Gbr.2. Posisi tangan yang benar untuk melakukan vibrasi

Alat Bantu pemberian posisi

Bayi dan anak kecil dapat diposisikan di pangkuan perawat. Untuk anak yang lebih besar dapat digunakan papan atau tempat tidur pada ketinggian yang nyaman. Bantal dapat membantu memposisikan anak dengan nyaman.

Persiapan alat:

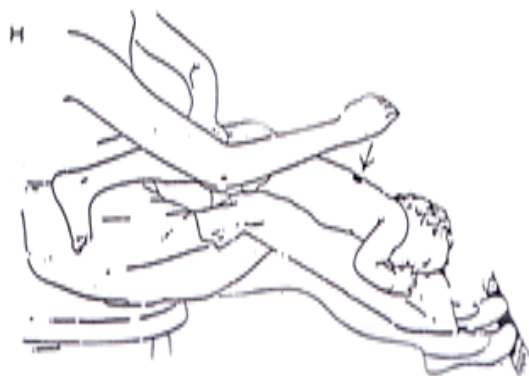
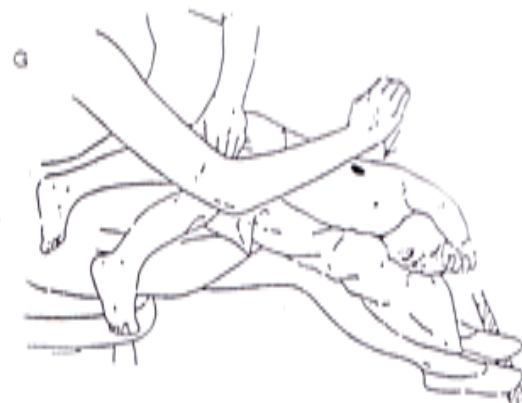
1. Suction bila perlu
2. Stetoskop
3. Nierbeken
4. Tissue

Persiapan pasien:

1. Perawat memperkenalkan diri
2. Perawat menjelaskan tujuan
3. Perawat menyiapkan posisi anak yang nyaman

Prosedur Pelaksanaan:

1. Tempatkan anak pada posisi seperti Gbr.A
2. Beritahu anak untuk menarik napas dalam. Anak juga dapat menggunakan botol tiup khusus, coba untuk meniup balon atau meniup gelembung. Hal ini dapat membantu anak menarik napas dalam dan dapat menyebabkan anak batuk.
3. Tungkupkan tangan di tempat yang beri tanda gelap pada gambar selama kira-kira 1 menit.
4. Kemudian minta anak untuk menarik napas dalam dan vibrasikan area tersebut saat ia mengeluarkan udara. Ulangi sampai 3 kali pernapasan. Bila anak terlalu kecil untuk memahami bagaimana bernapas dalam dan perlahan, Vibrasi saja selama beberapa pernapasan.
5. Beritahu anak untuk batuk. Jika anak tidak dapat batuk bila berbaring, bantu ia untuk duduk agar batuk dapat dilakukan dengan baik.
6. Ulangi langkah 1-5 untuk setiap posisi yang berbeda (Gbr. B sampai I)
7. Meskipun hanya satu sisi yang diperlihatkan diatas, tetapi ingat bahwa prosedur tersebut harus diulangi untuk kedua sisi, sisi kanan dan sisi kiri.





YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
FISIOTERAPI DADA POSTURAL DRAINAGE

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (√) pada skala dengan kriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanparagu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		1	2	3
A.	Persiapan			
	1. Identifikasi anak yang memerlukan tindakan fisioterapi dada			
	2. Identifikasi kontraindikasi dilakukan fisioterapi dada			
	3. Kaji usia anak, tingkat perkembangan, kemampuan untuk memahami prosedur dan kemampuan kooperatif			
	4. Cek instruksi dokter			
	5. Rencanakan waktu fisioterapi dada di antara waktu tidur, sebelum makan atau 1,5 jam setelah makan			
	6. Persiapan alat:			
	a. Stetoskop			
	b. Meja yang dapat dimiringkan			
	c. 1-4 bantal			
	d. Air minum			
B.	Prosedur			
	10. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada orangtua/anak			
	11. Mengajarkan anak batuk efektif bila perlu			
	Cara batuk efektif :			
	a. Mengajarkan untuk menarik napas, secara pelan dan dalam, dengan menggunakan pernapasan diafragma			
	b. Mengajarkan pasien menahan napas selama +- 2 detik			

	c. Menganjurkan pasien untuk batuk 2 kali dengan mulut terbuka d. Menganjurkan pasien tarik napas ringan 12. Memberikan bronchodilator sebelum tindakan jika ada 13. Mengatur posisi anak sesuai dengan hasil pengecekan, menggunakan bantal untuk mensupport anak dalam posisi drainage : a. Bila sputum berada di paru-paru bawah maka letak kepala harus lebih rendah dari dada. Posisi anak dalam keadaan tengkurap. b. Bila posisi sputum di paru-paru bagian atas maka kepala harus lebih tinggi. Posisi anak dalam keadaan telentang. c. Bila sputum di bagian paru-paru samping/lateral, maka posisikan anak dengan miring ke samping, tangan lurus ke atas kepala dan kaki seperti memeluk guling 14. Melakukan perkusi clapping hand dengan tangan menepuk secara bergantian : a. Bila posisinya telentang, tepuk-tepuk (dengan posisi tangan melekat) bagian dada sekitar 3-5 menit. <i>Catatan : Menepuk bayi cukup dilakukan dengan menggunakan 3 jari.</i> b. Dalam posisi tengkurap, tepuk-tepuk daerah punggungnya sekitar 3-5 menit. c. Dalam posisi miring, tepuk-tepuk daerah tubuh bagian sampingnya. 15. Melakukan vibrasi dada saat anak mengeluarkan nafas dengan cara : letakkan kedua tangan diatas bagian samping depan dari cekungan iga dan getarkan secara perlahan-lahan. (ulangi vibrasi selama 2-3 mnt) atau hingga pasien ingin batuk dan mengeluarkan sputum 16. Bila pasien sudah batuk, berhenti sebentar dan anjurkan untuk menampung sputum di pot sputum 17. Melakukan tindakan yang sama hingga lendir bersih 18. Jika lendir masih belum bersih dapat dilakukan suction dengan cara : a. Memasukkan kateter penghisap ke dalam kom berisi aquades atau NaCL 0,9% untuk mencegah trauma mukosa b. Memasukkan kateter penghisap dalam keadaan tidak menghisap c. Menarik lendir dengan memutar kateter penghisap sekitar 3-5 detik d. Membilas kateter dengan aquades atau NaCL 0,9% e. Melakukan hingga lendir bersih 19. Gunakan waktu kira-kira 20 sampai 30 menit untuk tiap sesi 20. Perhatikan anak dengan cermat untuk tanda-tanda adanya kelelahan. Postural drainase harus dihentikan sebelum anak lelah. Tindakan ini dapat dilanjutkan setelah anak beristirahat 21. Mencatat respon yang terjadi pada pasien 22. Mengajarkan kepada orangtua cara melakukan fisioterapi			
--	--	--	--	--

	dada akan dilakukan juga di rumah (kondisi rawat jalan)			
	23. Memberikan kesempatan kepada orangtua untuk melakukan fisioterapi dada pada anak			
	24. Merapikan pasien dan membereskan alat			
	25. Mencuci tangan 6 langkah			
	26. Mendokumentasikan tindakan			
C.	Sikap			
	1. Teliti			
	2. Tanggung jawab			
	3. Jujur			

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

_____, 20
Pembimbing

()

BAB VI

MERAWAT ANAK DENGAN KOLOSTOMI

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan tujuan melakukan perawatan anak dengan kolostomi
2. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan perawatan anak dengan kolostomi
3. Menjelaskan urutan prosedur pelaksanaan perawatan anak dengan kolostomi
4. Mendemonstrasikan tindakan perawatan anak dengan kolostomi

Stoma adalah sebuah lubang yang dibuat di abdomen dan usus dilekatkan pada kulit. Hal ini memungkinkan terjadinya pengosongan usus melalui lubang tersebut, bukan melalui rektum. Karena itulah area tersebut harus dijaga agar tetap bersih untuk mencegah terjadinya iritasi kulit. Alat ostomi (kantong) ditempatkan di atas stoma untuk menampung feses.

Kantong akan tetap utuh untuk periode waktu yang berbeda. Kantong harus diganti dengan jadwal rutin atau lebih cepat dari jadwal bila terjadi kebocoran. Setiap kali kantong diganti, area tersebut harus dibersihkan dan dikeringkan dan barrier baru harus dipasang.

PersiapanAlat:

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1. Waslap | 8. Hanscoon |
| 2. Barrier kulit | 9. Kom berisi alkohol |
| 3. Pasta stoma | 10. Kom berisi kasa |
| 4. Kantong | 11. Bengkok |
| 5. Botol pembilas | 12. Pinset 2 buah |
| 6. Pispot | 13. NaCl |
| 7. Pengalas | |

PersiapanPasien :

1. Perawat memperkenalkan diri
2. Perawat menjelaskan tujuan

3. Perawat menyiapkan posisi anak yang nyaman

Prosedur Pelaksanaan:

1. Cuci tangan
2. Lepaskan kantong dan barier kulit yang lama
3. Cuci kulit dan keringkan dengan perlahan
4. Perhatikan ada tidaknya kemerahan atau iritasi
5. Potong barier kulit sesuai ukuran
6. Pasang barier kulit. Bila menggunakan jenis barier berperakat, lepaskan dulu penutup kertas perekatnya
7. Lepaskan penutup perekat dari kantong
8. Tempatkan kantong dengan stoma dibagian tengah dan tekan perlahan dari tepi luar stoma.
9. Tutup ujung kantong dengan klem atau pengikat dari karet.
10. Cuci tangan

Pengosongan kantong:

1. Bila sepertiga kantong sudah penuh, buka bagian bawah kantong di atas toilet atau wadah lain dan biarkan feces mengalir.
2. Bilas bagian dalam kantong setiap hari dengan mengucurkan air dari botol untuk menghilangkan semua feces. Isi kantong dengan sedikit air dan goncangkan air memutar untuk membersihkan kantong dengan seksama. Kemudian tuang isi kantong diatas toilet
3. Buat sumbu dari tisu toilet untuk mengeringkan bagian dalam kantong sedalam 2,5 cm. Bersihkan bagian luar dan kaitkan kembali klem atau pengikat karet.
4. Cuci tangan

Perawatan kulit:

Perlindungan kulit sekitar kolostomi adalah bagian yang sangat penting dari perawatan anak. Bila kulit sekitar kolostomi teriritasi (basah atau merah), membantu menyembuhkan area tersebut secepat mungkin menjadi suatu hal yang sangat penting. Barrier harus selalu digunakan agar kulit tetap bebas dari feces. Barrier dapat dibuat dengan mencampurkan salep zing oksida dan bedak karaya. Pasta dapat dioleskan pada sekitar ostomi. Duoderm-CGF adalah barrier tipe wafer siap pakai yang dioleskan pada kulit sampai 7 hari.



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
PERAWATAN KOLOSTOMI

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (√) pada skala dengan kriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanparagu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
1.	<u>Persiapan alat :</u> 1. Colostomy bag atau cincin tumit, bantalan kapas, kain berlubang, dan kain persegi empat 2. Kapas sublimite/kapas basah, NaCl 3. Kapas kering atau tissue 4. 1 pasang sarung tangan bersih 5. Kantong untuk balutan kotor 6. Baju ruangan / celemek 7. Bethadine (bila perlu) bila mengalami iritasi 8. Zink salep 9. Perlak dan alasnya 2. 10. Plester dan gunting 11. Bila perlu obat desinfektan 12. Bengkok 13. Set ganti balut <u>Persiapan Klien</u> 1. Memberitahu klien 2. Menyiapkan lingkungan klien 3. Mengatur posisi tidur klien <u>Langkah-langkah :</u> 1. Cuci tangan 2. Gunakan sarung tangan 3. Letakkan perlak dan alasnya di bagian kanan atau kiri pasien sesuai letak stoma 4. Meletakkan bengkok di atas perlak dan didekatkan ke tubuh pasien 5. Mengobservasi produk stoma (warna, konsistensi, dll) 6. Membuka kantong kolostomi secara hati-hati dengan menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien			

7. Meletakan colostomy bag kotor dalam bengkok 8. Melakukan observasi terhadap kulit dan stoma 9. Membersihkan colostomy dan kulit disekitar colostomy dengan kapas sublimat / kapas hangat (air hangat)/ NaCl 10. Mengeringkan kulit sekitar colostomy dengan sangat hati-hati menggunakan kassa steril 11. Memberikan zink salep (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma 12. Menyesuaikan lubang colostomy dengan stoma colostomy 13. Menempelkan kantong kolostomi dengan posisi vertical/horizontal/miring sesuai kebutuhan pasien 14. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi 15. Merekatkan/memasang kolostomy bag dengan tepat tanpa udara didalamnya 16. Merapikan klien dan lingkungannya 17. Membersihkan alat-alat dan membuang kotoran 18. Melepas sarung tangan 19. Mencuci tangan 20. Membuat laporan Sikap : - Hati-hati sehingga tidak membasahi daerah sekitar. - Menggunakan waktu seefektif mungkin.			
---	--	--	--

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

-----, 20
Pembimbing

()

BAB VII

RESUSITASI JANTUNG PARU (RJP) BAYI

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian resusitasi jantung paru (RJP) pada bayi
2. Menjelaskan tujuan melakukan resusitasi jantung paru (RJP) pada bayi
3. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan resusitasi jantung paru (RJP) pada bayi
4. Menjelaskan urutan prosedur pelaksanaan resusitasi jantung paru (RJP) pada bayi
5. Mendemonstrasikan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) pada bayi

Resusitasi jantung paru (RJP) adalah cara untuk memfungsikan kembali jantung dan paru. Jantung memompa darah ke seluruh tubuh untuk memberikan nutrisi dan oksigen ke system tubuh yang berbeda. Saat darah mengalir melalui paru, oksigen diambil darah dan karbon dioksida dilepaskan. Saat bayi bernafas, oksigen dibawa ke tubuh dan karbon dioksida dihembuskan keluar.

RJP dilakukan ketika seseorang tidak bernafas atau ketika jantung berhenti berdenyut seperti head injury, terhambat jalan nafas, shock elektrik hebat, infeksi berat, dan reaksi alergi hebat.

Pengkajian

1. Perhatikan warna bayi untuk melihat apakah warna tersebut normal (Gbr. 1)

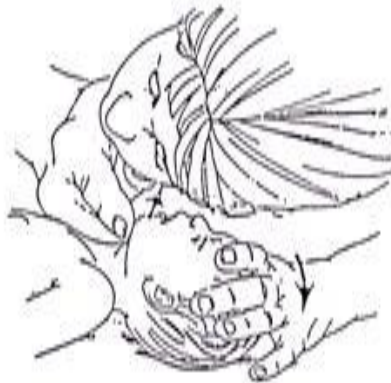


Gbr.1. Pengkajian warna dan pernafasan bayi

2. Perhatikan bayi untuk menentukan apakah ia masih bernapas
3. Perhatikan apakah dada bayi bergerak
4. Tempatkan telinga anda di dekat hidung dan mulut bayi dan dengarkan aliran udara
5. Jentikkan kaki bayi bila ada perubahan warna kulit atau bila bayi tidak bernapas
6. Mulailah RJP jika bayi tetap tidak bernapas setelah kakinya dijentikkan.
7. Bila ada orang lain bersama anda, minta orang tersebut menghubungi nomor telepon darurat untuk mendapatkan bantuan.

Jalan Napas (Airway)

1. Tempatkan bayi terlentang di atas permukaan keras
2. Posisikan kepala dengan tepat dan buka jalan napas dengan menempatkan tangan anda pada dahi dan tangan yang lain dibawah tulang rahang bawah dekat bagian tengah dagu. Kemudian angkat dan sedikit tengadahkan kepala ke arah belakang sehingga posisi hidung mengarah ke atap (Gbr.2)



Gbr.2. Posisi yang tepat untuk membuka jalan napas bayi

3. Bila anda melihat adanya benda asing, muntahan atau mukus, anda harus membersihkan mulut anak sebelum memberikan napas buatan.
4. Hilangkan mucus, muntahan, benda asing dengan memasukkan jari telunjuk anda dan gerakkan jari melewati dari bagian belakang tenggorokan kearah anda dengan memiringkan kepala anak. Tindakan penyapuan ini dilakukan untuk membantu mengeluarkan benda asing (Gbr.3).

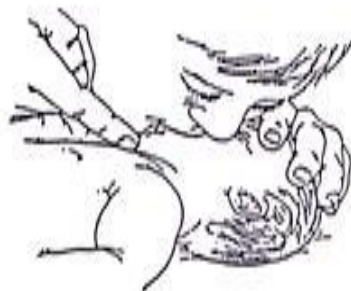


Gbr.3. Sapuan jari untuk mengeluarkan benda asing dari mulut bayi

5. Bila mulut sudah bersih, posisikan kembali kepala bayi dan observasi dada bayi untuk menentukan apakah bayi sudah mulai bernapas. Tempatkan telinga anda di dekat mulut bayi, perhatikan, dengarkan dan rasakan napas bayi selama 3 samapai 5 detik.

Pernapasan (Breathing)

6. Bila pernapasan belum juga terjadi, anda harus mulai memberikan napas buatan pada bayi
7. Buka mulut anda dengan lebar. Tutupi hidung dan mulut bayi dengan mulut anda (Gbr.4). Bila bayi besar, tutup mulutnya dengan mulut anda dan tekan hidungnya dengan ibu jari dan jari telunjuk (Gbr.5)



Gbr.4. Menutup mulut dan hidung untuk bayi untuk bernapas



Gbr.5. Menjepit hidung dan menutup mulut pada bayi yang besar

8. Berikan dua kali napas lambat, kira-kira 1 samapai 1 ½ detik lamanya, berhenti diantaranya untuk menghirup udara. Setiap napas yang diberikan harus cukup untuk membuat dada bayi meninggi.

Sirkulasi (Circulation)

9. Setelah memberikan dua kali napas buatan dan melihat adanya peninggian dada, tetapi bayi belum juga bernapas sendiri, periksalah nadinya.
10. Letakkan telunjuk dan jari tengah anda di bagian dalam siku bayi di sisi yang paling dekat dengan tubuh (Gbr.6). Rasakan ada tidaknya nadi selama 5 sampai 10 detik



Gbr.6. memeriksa nadi lengan

11. Bila nadi ada tetapi napas tidak ada, tindakan penyelamatan pernapasan harus dilakukan sampai bayi bernapas. Untuk bayi, frekuensinya harus 1 kali napas setiap 3 detik, atau 20 kali napas per menit. Mungkin hanya penyelamatan pernapasan aja yang diperlukan bayi
12. Bila nadi tidak ada , mulai kompresi dada.
13. Cari posisi yang tepat untuk kompresi dada. Gambar garis imajinasi yang menghubungkan kedua puting bayi. Sambil memegang kepala bayi pada posisi yang tepat . Tempatkan dua jari dengan jarak satu jari di bawah garis imajinasi pada tulang dada (Gbr.7)



Gbr.7. Mencari lokasi yang tepat untuk kompresi dada

14. Dengan telunjuk dan jari tengah, tekan lurus ke bawah pada tulang dada 1,25 cm samapai 2,5 cm. Ulangi hal ini sebanyak 30 kali. Berhenti dan berikan bayi 2 kali napas setelah 30 kompresi. Agar tidak terlalu cepat, hitung 1 dan 2 dan 3 dan.....30 di pikiran anda (Gbr.8)



Gbr.8. Menggabungkan pernapasan dan kompresi dada

15. Setelah 2-4 siklus (1 siklus = 30 kompresi 2 napas), berhenti dan periksa nadi selama 5 detik.
16. RJP dapat dihentikan jika:
- Bayi mulai bernapas dan frekuensi jantung kembali normal
 - Anda digantikan dengan seseorang yang dapat melakukan RJP
17. Bila bayi mulai bernapas sendiri dan tidak ada cedera yang dicurigai, tempatkan bayi pada posisi miring dengan kepala bersandar pada lengan dan ujung kaki sedikit menekuk (Gbr.9)



Gbr.9. Posisi pemulihan



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK

RESUSITASI JANTUNG PARU (CAB) PADA ANAK DAN BAYI

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda cek (√) pada skala dengan kriteria berikut :

1. Perlu Perbaikan: langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu: Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir: Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanparagu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
1.	<u>Langkah-langkah :</u> - Amankan (3S) • Safety staff, situation, survivor - Kaji respon (panggil, guncangan lembut, rangsang nyeri) - Aktifkan EMS (call for help) <u>RJP PADA ANAK</u> Untuk usia 1-8 tahun, prinsip serupa dengan dewasa. Perbedaanannya : - Bila anda sendiri, lakukan 5 siklus kompresi dan nafas, sekitar 2 menit, sebelum menelepon petugas emergensi atau menggunakan AED. - Gunakan hanya satu tangan untuk melakukan kompresi jantung. - Pemberian nafas lebih hati-hati. - Perbandingan kompresi dan nafas seperti dewasa, 30 : 2. Ini satu siklus. Setelah member nafas, segera mulai siklus berikut. - Setelah 5 siklus (sekitar 2 menit) RJP, bila tidak ada respon dan tersedia AED, gunakan sesuai perintah mesin. Gunakan pada pediatric bila ada. Bila tidak ada, gunakan pada dewasa. Lanjutkan hingga anak bergerak atau pertolongan tiba.			
2.	<u>RJP PADA BAYI</u> - Kebanyakan henti jantung pada bayi karna kehabisan oksigen, seperti pada tenggelam atau tercekik. Bila diketahui adanya obstruksi jalan nafas, lakukan pertolongan pertama untuk tercekik. Bila anda tidak tahu kenapa bayi tidak bernafas, lakukan RJP. Untuk memulai, nilai situasi. Tepuk bayi dan lihat responnya, seperti gerakan, namun jangan guncang sang bayi. - Bila tidak ada respon, ikuti prosedur CAB di bawah dan kapan minta bantuan adalah sebagai berikut :			

	1 .bila anda sendiri dan dibutuhkan RJP, lakukan RJP selama 2 menit, sekitar 5 siklus, sebelum menelepon nomor emergensi. Bila ada penolong lain, suruh dia menelepon ketika anda menolong bayi. CIRCULATION Perbaiki sirkulasi darah bila nadi karotis tidak teraba - Bayangkan garis horizontal antara puting bayi. Letakkan 2 jari dari satu tangan tepat di bawah garis tersebut, pada pertengahan dada. - Dengan mantap kompres dada sekitar sepertiga hingga setengah kedalaman dada. - Hitung keras-keras ketika anda memompa dalam kecepatan irama sesuai. Anda harus memompa sebanyak 100-200 kali permenit. - Beri 2 nafas setelah 30 kompresi - Lakukan RJP sekitar 2 menit atau setelah 5 siklus, sebelum memanggil bantuan kecuali seseorang dapat menelepon saat anda menolong bayi. - Lanjutkan RJP hingga anda melihat tanda kehidupan atau hingga professional menggantikan anda bila anda kurang yakin akan kemampuan anda. AIRWAY : bersihkan jalan nafas - Letakkan bayi pada punggungnya apada alas yang rata dan mantap, seperti meja. Lantai atau tanah boleh juga. - Hati-hati tekuk kepala ke belakang dengan mengangkat dagu dengan satu tangan dan dorong kening ke bawah dengan tangan lainnya. - Dengan tidak lebih dari 10 detik, letakkan telinga anda dekat mulut bayi dan periksa adanya nafas : lihat adanya gerak dada, dengar adanya bunyi nafas, dan rasakan adanya nafas pada pipi dan telinga anda. BREATHING : pernafasan untuk pasien tidak bernafas Pernafasan pertolongan dapat dilakukan dari mulut ke mulut atau mulut ke hidung bila mulut cedera berat atau tidak dapat dibuka. - Tutup mulut dan hidung bayi dengan mulut anda - Siapkan pemberian 2 nafas bantu. Gunakan kekuatan pipi anda untuk memberikan tiupan udara (bukan nafas dalam dari paru-paru anda) untuk memberikan nafas pada mulut bayi secara perlahan pada tiap kalinya, sekitar satu detik untuk member nafas setiap kalinya. Perhatikan apakah dada terangkat. Bila ya, beri nafas bantu kedua. Bila dada tidak terangkat, ulangi tekukan kepala, maneuver angkat dagu dan beri nafas kedua. - Bila dada tetap tidak terangkat, periksa mulut untuk memastikan tidak ada benda asing disana. Bila ada benda asing, sapu keluar dengan jari anda. Bila jalan nafas			
--	---	--	--	--

	tampaknya tersumbat, lakukan tindakan pertama bayi tercekik. - Kembali kompresi dada untuk memperbaiki sirkulasi. <u>Sikap :</u> - Hati-hati dan teliti. - Menggunakan waktu seefektif mungkin.			
--	--	--	--	--

Catatan: _____

-----, 20
Pembimbing

()

BAB VIII

MEMBERI MAKAN PADA PASIEN BAYI / ANAK MELALUI SELANG PENDUGA LAMBUNG (NGT)

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2 x 50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menyebutkan pengertian memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga (NGT)
2. Menyebutkan tujuan memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga (NGT)
3. Menyiapkan alat-alat untuk memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga (NGT)
4. Menjelaskan urutan prosedur kerja memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga (NGT)
5. Mendemonstrasikan memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga (NGT)
6. Mendokumentasikan hasil memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga (NGT)

I. DEFINISI

Memberi makan pada pasien bayi/anak melalui selang penduga lambung (NGT) adalah :
Memasukkan makanan dan cairan ke lambung melalui selang penduga lambung (NGT)

II. TUJUAN

- ❖ Memenuhi kebutuhan nutrisi
- ❖ Memenuhi kebutuhan obat

III. DILAKUKAN KEPADA

- ❖ Anak yang tidak dapat menelan, tidaksadar, terus-menerus muntah, tidak mau makan dalam jangka waktu lebih dari satu hari.
- ❖ Anak yang tidak boleh makan melalui mulut (labioplastik, traceotomi, dan sebagainya)

IV. PERSIAPAN

1. Alat

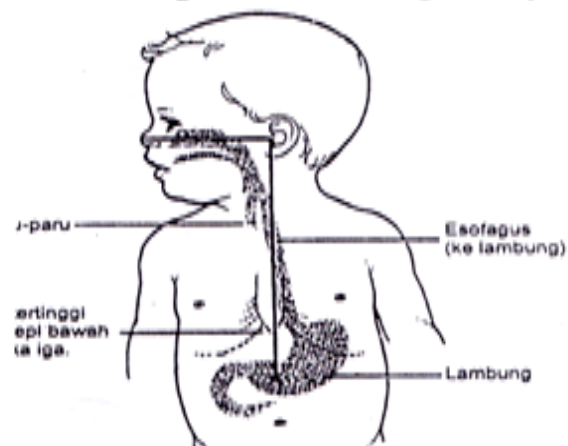
Baki berisi :

- A. NGT dengan ukuran sesuai dengan kebutuhan, dimasukkan dalam mangkok berisi air matang hangat.
- B. Corong / spuit 10 – 20 cc
- C. Serbet makan
- D. Nierbeken
- E. Plester dan gunting
- F. Makanan cair yang hangat sesuai kebutuhan
- G. Air teh / air matang dalam tempatnya
- H. Obat yang telah dicairkan (bila perlu)
- I. Kipas untuk membersihkan hidung

2. Pasien : mengadakan pendekatan kepada anak / keluarga dengan memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan tingkat perkembangan dan kemampuan berkomunikasi.

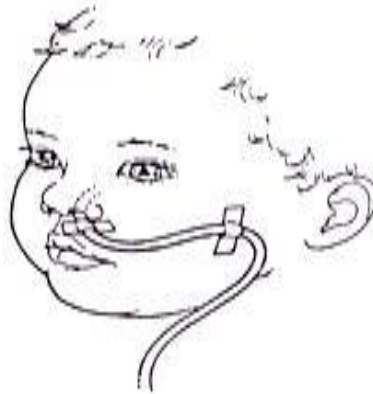
V. PELAKSANAAN ;

- 1. Anak diatur dalam posisi semi fowler. Pada anak yang gelisah bila tidak ada orang lain yang membantu, pasang restrein. Pada bayi dibedong.
- 2. Serbet makan dipasang di atas dada. Nierbeken diletakkan di samping pipi.
- 3. Lubang hidung dibersihkan.
- 4. NGT diukur panjangnya dari titik tengah antara pusat dan titik tertinggi dari rangka iga bagian bawah ke daun telinga dan ke hidung, selanjutnya diberi tanda (Gambar. 1)



1. Mengukur panjang selang yang akan dimasukkan titik tengah antara pusat dan titik tertinggi dari rangka iga bagian bawah ke daun telinga dan ke hidung.

5. Pangkal NGT dilipat / ditutup dengan tangan kiri dan ujungnya dimasukkan melalui hidung secara perlahan – lahan sambil membimbing / memperhatikan keadaan umum anak, sampai batas yang diberi tanda.
6. Memeriksa apakah NGT betul – betul masuk ke dalam lambung dengan cara :
 - ❖ Mengisap cairan lambung dengan spuit
 - ❖ Memasukkan udara ke dalam lambung 2 – 3 cc dengan spuit, sambil didengarkan dengan stetoskop. Bila terdengar bunyi letupan, berarti posisi NGT sudah tepat.
7. Udara diisap kembali
8. Pangkal NGT ditutup kemudian difiksasi (Gambar. 2)



Gbr. 2. Rekatkan selang agar tidak mencederai hidung anak.

9. Corong / spuit dipasang pada pangkal NGT
10. Beri kenyamanan pada anak selama pemberian makan (Gambar. 3)



Gbr. 3. Memberi kenyamanan pada anak selama pemberian makan. Perhatikan bahwa bagian dasar spuit berada sejajar dengan bahu anak.

11. Tuangkan sedikit air matang / teh (pada bayi 2 – 5 cc) disusul dengan makanan cair melalui pinggir corong
12. Bila makanan cair sudah habis, tuangkan lagi sedikit air matang.
13. Setelah selesai memberi makan, Posisikan anak dalam keadaan semi fowler dan miringkan ke kanan selama setengah jam.
14. Pada bayi, setelah pemberian makanan melalui NGT, bayi diangkat dan punggungnya ditepuk – tepuk, kemudian dibaringkan miring.
15. Alat – alat dibersihkan, dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula
16. Catat macam dan jumlah makanan cair yang diberikan dan reaksinya pada lembar catatan perawatan.
17. Observasi keadaan umum selanjutnya.



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
MEMASANG PIPA LAMBUNG (NGT)

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda silang (X) pada skala dengan criteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
1.	<u>Persiapan Alat-alat :</u> - Pipa lambung ukuran anak 12-14 Fr (untuk Bayi ukuran 6 Fr) - K/p xylocain (jelly) - Stethoscope / spuit 10cc - Gelas/ kom berisi air - Tongspatel - bengkok - Handuk atas - Penutup pipa lambung - Kantong penampung - Plester dan gunting - Lidi kapas - Tissue			
2.	<u>Persiapan Pasien :</u> - Memberitahu pasien - Menutup tabir di lingkungan pasien - Mengatur bantal atau posisi tidur pasien (terlentang dengan bantal atau posisi fowler)			
3.	<u>Langkah-langkah :</u> - Mencuci tangan - Meletakkan handuk dibawah kepala pasien - Mengukur panjangnya penduga lambung (dari pangkal hidung ke telinga bawah lalu ke prosesus xiphoideus) - Memberi batas panjangnya penduga lambung yang harus dimasukkan - Memberi xylocain pada penduga lambung sepanjang			

	7,5 x 10 cm - Membersihkan hidung klien dengan kapas lidi - Minta klien untuk menghembuskan nafas dari hidung, salah satu dari lubang hidung di tutup dan dilakukan juga pada lubang hidung lainnya. - Memasukkan penduga lambung ke salah satu lubang hidung : - Pada awalnya posisi kepala ekstensi bila pipa sudah masuk sampai dengan oropharynx, posisi kepala fleksi - Bila pasien batuk-batuk, berhenti memasukkan pipa lambung dan pasien dianjurkan nafas dalam, setelah pasien relaks lanjutkan memasukkan pipa lambung - Mengetes apakah sudah masuk lambung dengan : 1. menghisap cairan lambung, lihat aka nada cairan bewarna agak kekuningan, berarti ini masuk ke lambung. 2. memasukkan udara 5cc – 10cc dan di dengar dengan stethoscope pada perut sebelah kiri quadrant atas, jika terdengar bunyi ini berarti masuk ke lambung. 3. Mencelupkan slang ke kom atau gelas yang berisi air, lihat apakah ada gelembung udara jika ada, berarti slang masuk ke saluran pernapasan, maka slang harus dibuka. - Menambahkan penduga lambung dengan plester - Menutup penduga atau penyambung penduga dengan plastic penampung - Merapihkan pasien - Membereskan alat-alat - Mencuci tangan <u>Sikap :</u> - Hati-hati - Sabar - Peka terhadap reaksi pasien			
4.				

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

-----, 20
Pembimbing

()

BAB IX

MEMBERIKAN CAIRAN MELALUI VENA DENGAN WING NEEDLE

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2 x 50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menyebutkan pengertian memberi cairan melalui vena dengan wing needle
2. Menyebutkan tujuan pemberian cairan melalui vena dengan wing needle
3. Menyiapkan alat-alat untuk memberikan cairan melalui vena dengan wing needle
4. Menjelaskan urutan prosedur pemberian cairan melalui vena dengan wing needle
5. Mendemonstrasikan pemberian cairan melalui vena dengan wing needle
6. Mendokumentasikan hasil tindakan pemberian cairan melalui vena dengan wing needle

DEFINISI:

Memberikan cairan melalui vena dengan wing needle adalah : memasukkan cairan ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan waktu yang lama dengan menggunakan jarum bersayap dan infus set.

TUJUAN:

- ❖ Mencukupi kebutuhan tubuh akan cairan dan elektrolit
- ❖ Sebagai tindakan pengobatan
- ❖ Memberi zat makanan pada pasien yang dapat/tidak boleh makan melalui mulut

DILAKUKAN KEPADA :

Semua pasien :

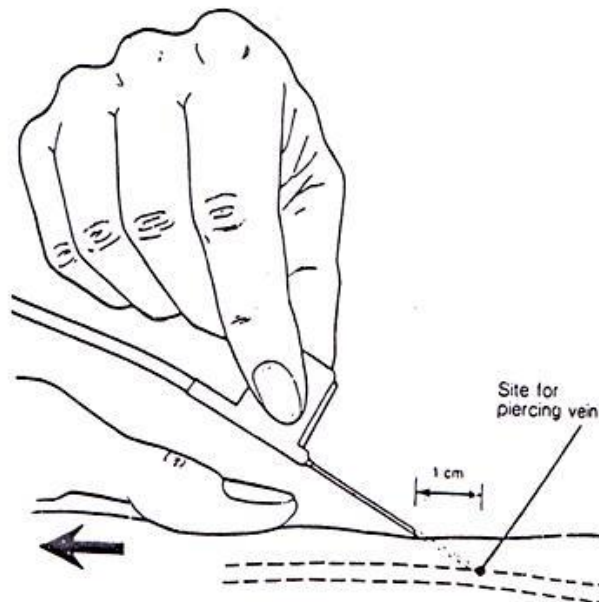
1. Dehidrasi
2. Sebelum transfusi darah
3. Pasien pascabedah, sesuai program pengobatan
4. Yang tidak dapat/tidak boleh makan dan minum
5. Yang memerlukan pengobatan yang pemberiannya harus dengan cara infus

PERSIAPAN

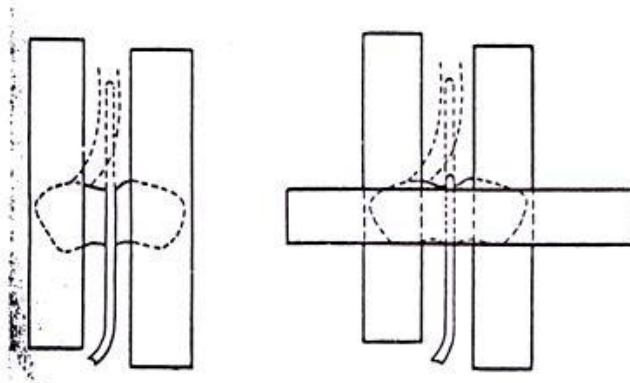
1. Seperangkat infus set steril
2. Wingneedle steril
3. Cairan yang diperlukan
4. Kapas alcohol dalam tempatnya
5. Betadin 10 %
6. Alat cukur
7. Kain pengalas + perlak
8. Gunting verband
9. Kapas alcohol
10. Kasa steril
11. Korentang dalam tempatnya
12. Plester
13. Nierbeken
14. Standar infus
15. Spalk dalam keadaan siap pakai (bila perlu)

PELAKSANAAN :

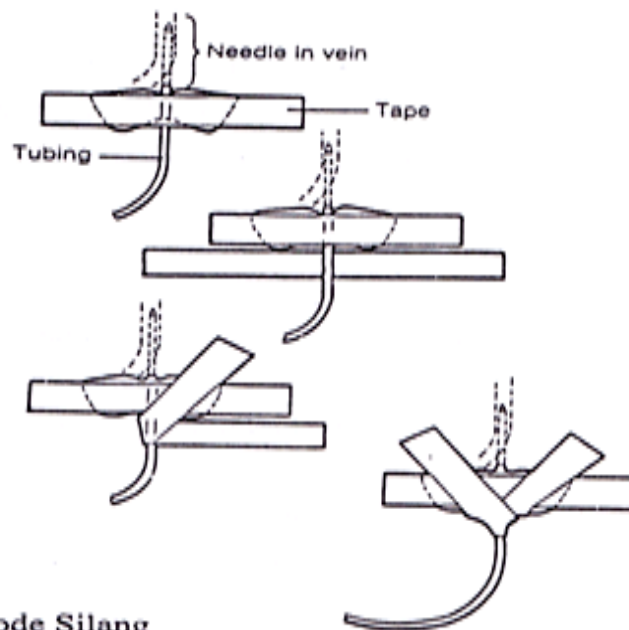
1. Alat – alat di bawa ke dekat pasien
2. Perawat cuci tangan
3. Pasien dibedong dan ditidurkan terlentang
4. Perlak dan kain pengalas dipasang di bawah anggota tubuh yang akan dipasang infus (pada bayi di bawah kepala)
5. Daerah yang akan ditusuk dicukur dan dibersihkan
6. Botol cairan digantung,tutup botol didesinfeksi dengan kapas alcohol.lalu tusukkan slang udara,kemudian slang infus dipasang dan disambung dengan wengneedle
7. Tutup jarum dibuka, cairan dialirkan sampai ke luar, sehingga tidak ada udara dalam slang saluran infus. Selanjutnya diklem dan jarum ditutup kembali.
8. Daerah permukaan kulit yang akan ditusuk didesinfeksi denngan kapas alcohol.lalu jarum ditusukkan ke vena dengan lubang jarum menghadap ke atas.



9. Bila berhasil maka darah akan masuk ke dalam selang dan klem dilonggarkan untuk melihat kelancaran cairan atau tetesan.
10. Bila tetesan lancar, jarum difiksasi dengan cara :
 - a. Metode H
 - b. Metode Silang



Metode H



Metode Silang

11. Di bawah sayap jarum diberi kasa untuk penahan
12. Slang diatur membentuk huruf U atau melingkar kemudian dipester.
13. Tetesan cairan infus diatur sesuai kebutuhan
14. Anggota tubuh yang dipasang infus, posisinya diatur agar jarum infus tidak bergerak atau berubah letaknya. Bila perlu gunakan spalk.
15. Setelah pemasangan infus selesai, pasien dirapikan dan posisinya diatur senyaman mungkin
16. Peralatan dibersihkan dan dikembalikan ke tempat semula.
17. Bila pemberian infus selesai, infus distop, plester dilepas dan wingneedle dicabut. Bekas tusukan ditekan dengan kapas alkohol, kemudian ditutup dengan kain kasa steril dan dipester.

PERHATIAN :

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
2. Pertahankan cara kerja aseptik
3. Jika jarum harus dipindah atau dilepas, bekas tusukan harus didesinfeksi dan beri antibiotik
4. Selama melaksanakan prosedur ini usahakan agar pasien tidak bergerak – gerak.
5. Selama pasien mendapat infus harus diawasi :
 - a. keadaan umum
 - b. tetesan cairan

- c. adanya pembengkakan pada daerah tusuk
 - d. adanya kebocoran
6. Bila cairan infus diberikan dalam waktu lama, yang harus diperhatikan ialah :
- a. slang infus diganti setelah 4 x 24 jam
 - b. wengneedle diganti setelah 2 x 24 jam
7. Penusukan jarum bersayap dapat dilakukan pada :
- a. vena kepala pada bayi
 - b. vena – vena lain pada anak besar
8. Selang infuset ada 2 macam :
- a. skala 1 cc = 60 tts/menit (microdrip)
 - b. skala 1 cc = 20 tts/menit (macrodrip)

BAB X

NEBULIZER

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2 x 50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Melakukan tindakan nebulizer pada anak



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
PEMASANGAN NEBULIZER

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda silang (X) pada skala dengan criteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
1.	Cuci tangan, siapkan perlengkapan, letakkan di samping tempat tidur klien			
2.	Persiapkan klien			
3.	Jelaskan tujuan pada klien			
4.	Jelaskan prosedur pada klien			
5.	Beri kesempatan klien untuk bertanya			
6.	Beri kesempatan klien untuk memanipulasi inhaler dan kalengnya, jelaskan dan peragakan cara memasang kaleng dengan inhaler			
7.	Jelaskan tentang dosis terukur dan ingatkan tentang kelebihan penggunaan inhaler, termasuk efek samping			
8.	Lepaskan penutup dan pegang inhaler tegak, genggam dengan ibu jari dan dua jari berikutnya (telunjuk dan jari tengah)			
9.	Kocok inhaler			
10.	Ekstensikan kepala sedikit ke belakang dan hembuskan napas			
11.	Buka mulut, letakkan inhaler dengan jarak 0,5 cm (1-2 inci) dari mulut/ sambung spacer atau mounth piece inhaler, letakkan mounth piece inhaler atau spacer ke mulut			
12.	Tekan ke bawah inhaler guna melepas obat sekali sapuan sambil menghirup perlahan			
13.	Napas perlahan selama 2-3 “			
14.	Tahan napasselama kurang lebih 10’			
15.	Ulangi semprotan sesuai instruksi, tunggu 1’ antara setiap semprotan			
16.	Jelaskan bahwa mungkin klien merasa ada sensasi tersedak pada tenggorokkan yang disebabkan oleh droplet obat pada faring atau lidah			
17.	Anjurkan klien untuk membuang kaleng obat dan membersihkan inhaler dengan air hangat			
18.	Anjurkan klien untuk mengulang inhalasi sebelum jadwal dosis			

	berikutnya			
19	Lakukan evaluasi terhadap klien dengan mengkaji			
20	Lakukan evaluasi terhadap klien dengan mengkaji respon klien dan kemampuan klien dalam memperagakan penggunaan inhaler			
21	Dokumentasikan prosedur dan respon klien			

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

-----, 20
Pembimbing

()

BAB XI

TEST RAMPLEED

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2 x 50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian test rampleed
2. Menjelaskan Tujuan Test Rampleed
3. Melaksanakan prosedur test rampleed



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
TES RUMPLE LEED

Pengertian :

Tes Rumple Leed adalah pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien dengan DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) dengan cara menetapkan tekanan darah klien sebelumnya.

Tujuan :

1. Membantu penegakan diagnosis DHF secara dini.
2. Mengetahui tanda-tanda perdarahan yang sering terjadi, seperti *petekie*.

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda silang (X) pada skala dengan criteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu

NO	TINDAKAN	NILAI		
		1	2	3
I	PENGKAJIAN			
	1. Mengkaji kembali program/instruksi medic.			
	2. Mengkaji status hemodinamik klien; tanda-tanda vital.			
	3. Mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap (terutama Hb, Ht, leukosit, dan trombosit).			
II	INTERVENSI			
	A. Persiapan Alat :			
	1. Tensimeter dengan mansetnya.			
	2. Alat tulis.			
	B. Persiapan Klien :			
	1. Mencuci tangan.			
	2. Mengatur posisi klien berbaring telentang.			
	3. Mengukur tekanan darah klien.			

	4. Menghitung batas tekanan yang akan dipertahankan (MAP) : $\frac{\text{Sistole} + \text{Diastole}}{2} = \dots \text{ mmHg}$			
	5. Memompa kembali manset pada batas yang sudah ditentukan berdasarkan perhitungan, dan pertahankan selama 5-10 menit.			
	6. Menurunkan tekanan secara perlahan-lahan dan membuka manset.			
	7. Memperhatikan timbulnya petekie pada kulit dibawah lengan bawah bagian medial pada sepertiga proksimal.			
	8. Membaca hasil test : <i>Positif</i> atau <i>Negatif</i> .  Keterangan : Buat lingkaran/segiempat ukuran 2,5 cm x 2,5 cm di daerah mediana cubiti, jika terlihat petekie didalam lingkaran /segiempat berarti positif Nilai rujukan : ○ < 10 : normal (nagatif) ○ 10 – 20 : dubia (ragu-ragu) ○ > 20 : abnormal (positif)			
	9. Mencuci tangan.			
III	1. Mengevaluasi adanya petekie setelah dilakukan test.			
	2. Mengobservasi tanda-tanda vital.			
	3. Mengevaluasi adanya tanda-tanda perdarahan.			
IV	DOKUMENTASI			
	1. Mencatat waktu dan pelaksanaan prosedur.			
	2. Mencatat hasil dari pemeriksaan : <i>Positif</i> atau <i>Negatif</i> .			
TOTAL				

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

_____, 20
Pembimbing

()

BAB XII

MTBM DAN MTBS

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2 x 50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian MTBM dan MTBS
2. Menjelaskan Tujuan MTBM dan MTBS
3. Mengaplikasikan MTBM dan MTBS

MATERI MTBS & MTBM

A. PENGERTIAN

MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) sama dengan IMCI(Integrated Management Of Childhood Illness). Tahun 1997 → Depkes RI bekerjasama dengan WHO dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) melakukan adaptasi modul MTBS WHO. Modul tersebut digunakan dalam pelatihan pada bulan November 1997. Sejak itu penerapan MTBS di Indonesia berkembang secara bertahap dan up-date modul MTBS dilakukan secara berkala sesuai perkembangan program kesehatan di Depkes dan ilmu kesehatan anak melalui IDAI.

B. TUJUAN

Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang terkait dengan penyebab utama penyakit pada balita, melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan fasilitas kesehatan dasar (puskesmas, pustu, polindes).

C. PELAKSANA STRATEGI

- Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus.
- Memperbaiki sistem kesehatan agar penanganan penyakit-2 pada balita lebih efektif.
- Memperbaiki praktek keluarga & masyarakat dalam perawatan di rumah dan pola pencarian pertolongan.

D. KEUNTUNGAN

- Penghematan biaya
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
- Rasionalisasi pemakaian obat

- Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu/keluarga dalam perawatan di rumah
- Mengoptimalkan pendayagunaan tenaga kesehatan
- Meningkatkan rujukan kasus tepat waktu
- Memperbaiki perencanaan dan manajemen kesehatan

E. TAHAP-TAHAP APLIKASI MTBS

1. Memeriksa tanda bahaya umum :

Tanyakan :

Apakah anak bisa minum atau menyusui?

Apakah anak selalu memuntahkan semuanya?

Apakah anak kejang?

Lihat :

Apakah anak letargis atau tidak sadar ?

2. Memeriksa apakah anak batuk atau sukar bernafas

Tanyakan keluhan utama :

Apakah anak menderita batuk atau sukar bernafas ?

Bila jawaban iya,

Tanya : berapa lama? (jika > 3 minggu berarti batuk kronis : TBC, asma dll)

Lihat : hitung napas dalam 1 menit?

Batas napas cepat sesuai umur anak :

Perhatikan, adakah tarikan dinding dada ke dalam ?

Dengar : adanya stridor/bunyi kasar yang terdengar saat anak menarik napas ?

Contoh kasus

Azizah anak perempuan umur 18 bulan. Berat badan 11,5 kg. Panjang badan 81 cm, suhu badan 37,5 °C. Ibu membawa anaknya ke klinik karena batuk dan sukar bernafas. Ini adalah kunjungan pertama untuk penyakit ini.

Petugas kesehatan memeriksa azizah untuk tanda-tanda bahaya umum. Azizah bisa minum, tidak muntah, tidak kejang. Ia sadar dan tidak letargis. Ibu mengatakan bahwa azizah batuk selama 6 atau 7 hari. Azizah duduk tenang dipangkuan ibunya. Petugas kesehatan menghitung napasnya dalam 1 menit, ternyata 41 kali per menit. Jadi azizah bernapas cepat.

Petugas kesehatan tidak melihat adanya tarikan dinding dada ke dalam dan tidak mendengar stridor.

TATA LAKSANA BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tangga kunjungan : 20 agustus 2014

Nama anak : Azizah L/P umur : 18 bln BB : 11,5 kg PB/TB = 81 CM Suhu = 37,5 °C

Tanyakan : anak ibu sakit apa ? Batuk, sukar bernapas, kunjungan pertama ? ✓
kunjungan ulang ? –

Penilaian (lingkari semua gejala yang ditemukan)

3. Memeriksa apakah anak diare ?

Tanya :Apakah anak diare?

Jika YA, Tanyakan :

Sudah berapa lama?__hari (jika lebih dari 14 hari atau lebih = diare persisten)

Adakah darah dalam tinja ?

Lihat dan Raba (periksa tanda-tanda dehidrasi):

Lihat keadaan umum anak :

apakah : letargis atau tidak sadar ?

Gelisah atau rewel?

Lihat :

Apakah matanya cekung?

Beri anak minum, apakah :

- ✓ Tak bisa minum/malas minum?
- ✓ Haus, minum dengan lahap?
 - Cubit kulit perut, apakah kembali :
 - ✓ Sangat lambat (>2 detik)?
 - ✓ Lambat ?
 - ✓ Segera ?

Contoh kasus

Riani anak perempuan, umur 4 bulan dibawa ke klinik karena diare selama 5 hari. Ia tidak menunjukkan tanda bahaya umum dan tidak batuk. Petugas menilai diare anak.

Riani terlihat gelisah dan rewel. Saat diberikan minum riani haus dan minum dengan lahap.

4. Memeriksa apakah anak demam ?

Tanya : Apakah anak demam?(suhu >37,5 0C)

Tentukan Daerah risiko malaria: Tinggi-rendah-tanpa resiko.

Jika saudara bekerja didaerah risiko rendah malaria atau tanpa resiko malaria, tanyakan :

Apakah anak itu pergi keluar daerah ini dalam 2 minggu terakhir? Jika YA, Kemana....?

Tanya : sudah berapa lama ? Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari ?

Keterangan : jika disebabkan oleh virus, demam akan menghilang dalam beberapa hari.

Jika lebih dari 7 hari kemungkinan tipoid → Rujuk

Tanya : apakah anak pernah mendapat obat anti malaria dalam 2 minggu terakhir?

Tanya : apakah anak sakit campak dalam 3 bulan terakhir?

Lihat dan Raba adanya kaku kuduk: jika anak bisa menggerakkan dan menundukkan lehernya, berarti tidak ada kaku kuduk.

Lihat adakah pilek

Lihat tanda-tanda CAMPAK:

Ruam kemerahan dikulit yang menyeluruh dan

Terdapat salah satu dari : batuk, pilek atau mata merah

Jika anak menderita campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir:

Lihat : adanya luka dimulut, jika Ya, apakah dalam atau luas ?

Lihat adakah nanah pada mata ?

Lihat adakah kekeruhan pada kornea?

5. Klasifikasi Demam berdarah jika demam 2 hari sampai 7 hari

- Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus ?
- Apakah ada perdarahan dari hidung atau gusi yang berat ?
- Apakah anak muntah?

Jika, YA :

Apakah sering?

Apakah berdarah seperti kopi?

- Apakah beraknya berwarna hitam?
- Apakah ada nyeri ulu hati atau anak gelisah ?

Periksa :

1. Perhatikan tanda-tanda syok :

Ujung ekstremitas terasa dingin

Nadi terasa lemah atau tidak terasa

2. Lihat adanya perdarahan dari hidung atau gusi yang berat

3. Lihat adanya petekie

4. Jika sedikit dan tidak ada tanda lain dari DBD, lakukan uji torniket jika mungkin.

Cara melakukan uji torniket (Rumple leed) :

1. Aliran darah pada lengan atas dibendung dengan manset anak, selama 5 menit pada tekanan antara sistolik dan diastolik
2. Lihat pada bagian depan lengan bawah, apakah timbul bintik-bintik merah tanda perdarahan
3. Hasil uji torniket dianggap positif (+) apabila ditemukan sebanyak 10 atau lebih petekie pada daerah seluas diameter 2,8 cm (1 inchi). Jika sebelum 5 menit sudah didapatkan 10 petekie uji torniket dihentikan.

Contoh kasus

Seorang anak umur 2 tahun dibawa ke klinik karena demam selama 2 hari. Ia tidak menunjukkan tanda bahaya apapun, tidak batuk atau sukar bernapas atau diare.

RDT

6. Penilaian masalah telinga

Tanya : apakah anak mempunyai masalah telinga ? Ya_____tidak _____

Jika Ya tanyakan :

Apakah telinganya sakit?

Adakah nanah / cairan keluar dari telinganya?

jika Ya, berapa lama?

Lihat dan Raba :

Lihat adakah cairan/nanah keluar dari telinga?

Raba, adakah pembengkakan yang nyeri dibelakang telinga/mastoiditis?

7. Memeriksa status gizi

Lihat : apakah anak tampak sangat kurus

Lihat : adanya pembengkakan dikedua punggung kaki

Tentukan status gizi berdasarkan berat badan menurut panjang atau tinggi badan :

BB/PB (TB) < -3 SD

BB/PB (TB) > -3 SD - < -2 SD

BB/PB (TB) -2 SD -+ 2 SD

CEK GRAFIK STATUS GIZI

8. Memeriksa ANEMIA

Lihat : adanya keputihan pada telapak tangan :

Sangat pucat

Agak pucat

9. Memeriksa status imunisasi

Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini :

BCG	HB 0	HB 1	HB 2	HB3
DPT-1	DPT-2	DPT-3	Campak	
Polio 1	Polio 2	Polio 3		

10. Memeriksa pemberian vitamin A :

Dibutuhkan Vitamin A :

Ya √ Tidak_____

Apakah diberikan vitamin A hari ini ?

Ya √ Tidak_____

KASUS

Tanggal 20 agustus 2014

Mentari anak perempuan, umur 9 bulan, berat badan 9 kg, tinggi badan 78 cm dan suhu 38 0C.

Ibu berkata anak teraba panas dan mengeluh nyeri ulu hati sejak sehari yang lalu, ia bisa minum, tidak muntah, tidak kejang dan masih sadar serta tidak letargis. Anak tidak batuk dan tidak diare.

Karena suhu badan mentari 38 0C, petugas kesehatan melanjutkan memeriksa untuk gejala yang berhubungan dengan demam.

Daerah tersebut resiko rendah malaria dan anak tidak pergi ke daerah lain. Ibu juga memberitahu bahwa ia demam selama 3 hari, tidak menderita campak selama 3 bulan terakhir. Pada pemeriksaan RDT hasilnya positif falsiparum.

Tidak ada kaku kuduk, pilek, mata merah dan ruam yang menyeluruh. Karena demam kurang dari 7 hari, petugas kesehatan melakukan penilaian untuk DBD. Anak tidak muntah, hidung dan gusinya tidak berdarah dan beraknya biasa saja.

Yang dikeluhkan adalah nyeri ulu hati sejak kemarin. Tidak ditemukan perdarahan dari hidung atau gusi atau bintik perdarahan pada kulit. Ujung ekstremitas tidak dingin, nadinya normal dan anak itu tidak gelisah.

Telinga mentari nyeri dan tampak cairan/nanah keluar dari telinga, hal tersebut sudah terjadi selama 9 hari.

Dilihat dari status gizinya tidak ditemukan tanda-tanda kelainan gizi diatas.

Saat pemeriksaan : telapak tangan mentari tidak pucat.

Karena umur mentari 9 bulan, dan belum mendapatkan imunisasi campak dan polio 4 sehingga hari ini diberikan imunisasi tersebut. Mentari juga mendapatkan vitamin A hari ini.

Petugas tidak menilai masalah / keluhan lain.

BAB XIII

IMUNISASI

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. menjelaskan pengertian imunisasi.
2. menjelaskan tujuan pemberian imunisasi.
3. menyiapkan alat – alat untuk melakukan tindakan imunisasi.
4. menjelaskan urutan prosedur kerja tindakan imunisasi.
5. meredemonstrasikan tindakan imunisasi.
6. mendokumentasikan hasil tindakan imunisasi.

Angka kematian bayi di Indonesia tergolong tinggi di banding negara lain. Sekitar 9,8 % dari 184 ribu bayi lahir di negeri ini menyongsong maut setiap tahunnya gara – gara mengidap tetanus. Pertengahan tahun 1980-an, di Indonesia, tetanus menjadi penyebab pertama kematian bayi di bawah usia satu bulan. Meski tahun 1995, ancaman tetanus sudah menurun, tetapi perlu upaya serius untuk mengatasinya. Begitu banyak penyakit menular yang bias menyebabkan gangguan serius pada perkembangan fisik dan mental anak – anak. Imunisasi bertujuan melindungi anak – anak dari penyakit melalui pemberian vaksin dalam bentuk suntikan ataupun oral. Vaksin akan merangsang tubuh untuk memproduksi antibody yang akan “ berperang “ melawan penyakit dan hanya diberikan pada anak – anak yang sehat. Setelah vaksinasi terkadang anak menjadi demam. Berikan obat pereda panas atau minta nasihat dokter bila demam berlanjut.

I. PENGERTIAN

Imunisasi adalah : suatu upaya untuk melindungi seseorang terhadap penyakit menular tertentu agar kebal dan terhindar dari penyakit infeksi tertentu.

II. TUJUAN

1. Menurunkan angka morbiditas
2. Menurunkan angka mortalitas
3. Menurunkan sekuele
4. Mengendalikan wabah

III. PEMBERIAN IMMUNISASI

Lahir di rumah sakit

UMUR	JENIS IMMUNISASI		
0 BLN	BCG	POLIO I	HB I
2 BLN	DPT I	POLIO II	HB II
3 BLN	DPT II	POLIO III	
4 BLN	DPT III	POLIO IV	
9 BLN	CAMPAK		HB III

Lahir di rumah

UMUR	JENIS IMMUNISASI		
2 BLN	BCG	POLIO I	DPT I
3 BLN	HB I	POLIO II	DPT II
4 BLN	HB II	POLIO III	DPT III
9 BLN	HB III	POLIO IV	CAMPAK

IV. CARA PEMBERIAN

A. POLIO

Immunisasi aktif terhadap penyakit polio

Alat : vaksin polio dan penetes

- Tiap botol disertai pipet. Vaksin dapat diteteskan langsung ke dalam mulut anak atau dengan sendok yang telah berisi air gula / aquades.
- Hindarkan agar ujung pipet tidak tersentuh
- Teteskan 2 tetes (0,1 ml)
- Vaksin polio oral harus diberi secara oral dan tidak boleh diberikan secara perenteral.
- Kocok baik – baik sebelum dipakai

EFEK SAMPING : vaksin polio paling aman

KONTRA INDIKASI : Leukimia dan disgammaglobulinemia

B. DPT

Immunisasi aktif secara simultan terhadap difteri, tetanus dan pertusis.

Alat : spuit disposable 1 CC, vaksin DPT, kapas alcohol

Cara pemberian :

- Vaksin dikocok sebelum digunakan
- Suntikan diberikan secara IM/SC (0,5 ml) dengan menggunakan alat suntik steril 1 x pakai
- Lokasi yang dianjurkan pada anterolateral paha bagian atas.

PERHATIAN KHUSUS : penyuntikan tidak dianjurkan pada daerah pantat/bokong anak dan secara IC dan IC karena akan menimbulkan reaksi lokal

EFEK SAMPING :

- Biasanya hanya gejala ringan bersifat sementara seperti : kemerahan dan pembengkakan pada lokasi suntikan
- Kadang – kadang terjadi demam tinggi dan iritabilitas dalam 24 jam setelah penyuntikan

KONTRA INDIKASI : Gangguan cerebral, saraf, HIV

C. CAMPAK

Imunisasi terhadap penyakit campak

Alat : vaksin campak, spuit 1 cc, kapas alcohol

Cara pemberian :

- Diberikan pada lengan bagian atas sebanyak 0,5 ml secara SC
- Dalam keadaan wabah dapat dilakukan mulai umur 6 bulan disusul suntikan 6 bulan kemudian dengan dosis 0,5 ml.

EFEK SAMPING :

- Diare, rash, conjungtivitis
- Fibrile convulsion, ensefalitis, ensefalopati jarang

KONTRA INDIKASI :

- Infeksi akut disertai demam
- Defisiensi imunologik
- Pengobatan intensif yang bersifat immunosupresif
- Rentan terhadap protein telur, kanamisin, eritromisin

D. BCG

Imunisasi aktif terhadap penyakit TBC

Alat : spuit disposable 1 ml (skala 1/100) , vaksin campak

Cara pemberian :

- Sesudah vaksin diencerkan harus segera dipakai dalam 3 jam dan sisanya harus di buang
- Penyuntikan IC di M. deltoideus
- Dosis : bayi , 1 tahun = 0,05 ml : anak = 0,1 ml
- Penyuntikan harus dilakukan secara perlahan – lahan ke arah permukaan dengan diameter 8 – 10 mm
- Jangan menggunakan alcohol / desinfektan setelah penyuntikan. Pemberian dilakukan sedini – dininya pada bayi dan diulang setelah umur 5 – 7 tahun dan 12 – 15 tahun

EFEK SAMPING :

Lokal : 1 minggu timbul indurasi dan eritema dan akhirnya menjadi pustula yang pecah menjadi ulkus,sembuh spontan 8 – 12 minggu

Regional : kadang – kadang terdapat pembesaran kelenjar ketiak/leher terasa padat,tidak sakit,tidak demam. Hilang sendiri 3 – 6 bulan

KOMPLIKASI :

- Abses pada anak . 1 tahun oleh karena suntikan terlalu dalam. Tidak perlu pengobatan akan sembuh sendiri
- Limfadenitis supurative oleh karena suntikan terlalu dalam. Tidak perlu pengobatan oleh karena sembuh sendiri.

KONTRA INDIKASI :

Penyakit akut dengan panas tinggi dan penyakit kulit berat.

CARA MELARUTKAN VAKSIN BCG

1. Gergaji leher ampul tetapi jangan sampai patah, di dalam ampul masih tetap hampa
2. Untuk mencegah terhembusnya serbuk vaksin waktu ampul dipatahkan, maka masukkan ampul ke dalam kantong plastik yang telah tersedia
3. Patahkan leher ampul
4. Lepaskan kantong plastik perlahan – lahan
5. tambahkan sebagian pelarut ke dalam ampul dengan alat suntik 5 ml yang steril dan kering dengan jarum panjang. Untuk bayi 1 tahun = 4 ml ; untuk anak = 2 ml.
6. Goyangkan ampul dengan hati – hati sampai serbuk vaksin melarut,kemudian tambahkan sisa pelarut dan usahakan membuat suspensi yang homogen dengan jalan mengisap dan mengeluarkan kembali 2 – 3 kali,



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
PEMBERIAN IMUNISASI

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan memberi tanda silang (X) pada skala dengan kriteria berikut :

1. Perlu perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yang dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/mengingatkan hal-hal yang tidak terlaluberarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutansesuai dengan urutan.

No	Langkah / tugas	NILAI		
		1	2	3
I	Persiapan			
1	Persiapan alat :			
	Siapkan bahan dan alat untuk pemberian imunisasi a. Kapas DTT, kapas kering steril, kapas alkohol b. S spuit 1cc untuk BCG jarum steril no. 25 atau 27 c. S spuit 3 cc dan jarum steril no. 22 d. bengkok e. kassa f. spuit 5 cc g. gergaji ampul h. vaksin BCG dan pelarut, vaksin campak dan pelarut, vaksin DPT combo, vaksin HB(uniject), vaksin polio i. dropler polio j. gunting plester k. bak instrumen l. handscoon m. phantom bayi, baju dan bedong bayi n. safety box			
2	Persiapan klien :			

	a. Menentukan status imunisasi yang akan diberikan			
	b. Memastikan kondisi kesehatan anak untuk diimunisasi			
	c. Lakukan inform consent dan jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada orang tua klien			
II	Langkah Tindakan			
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian dikeringkan			
4	Memakai handscoon			
Pemberian Imunisasi HB 0				
5	Buka kantong alumunium/plastik dan keluarkan unijectnya			
6	Pegang Uniject pada bagian leher dan bagian tutup jarum. Aktifkan Uniject dengan cara mendorong tutup jarum ke arah leher dengan tekanan dan gerakan cepat.			
7	Saat Uniject diaktifkan akan terasa hambatan dan rasa menembus lapisan.			
8	Membersihkan daerah injeksi dengan kapas DTT dengan cara sirkuler			
9	Buka tutup jarum			
10	Selanjutnya tetap pegang Uniject pada bagian leher dan tusukkan jarum pada pertengahan paha bayi (anterolateral paha kanan) secara intra muskular (IM) 90 °. Tidak perlu dilakukan aspirasi.			
11	Pijat reservoir dengan kuat untuk menyuntikkan vaksin Hepatitis B. Jangan memasang kembali tutup jarum.			
12	Bila telah selesai tekan lembut dengan kapas kering steril			
13	Buang Uniject yang telah dipakai tersebut kedalam wadah alat suntik bekas yang telah tersedia (<i>safety box</i>).			
Pemberian Imunisasi BCG				
14	Mematahkan ampul dengan gergaji ampul			

15	Melarutkan vaksin BCG dengan aquades steril 4 cc dengan cara memegang bagian atas barel diantara telunjuk dan jari tengah tangan kanan, tangan kiri memegang botol vaksin dan memasukan aquades kedalamnya dengan melalui dinding botol ampul vaksin BCG			
16	Menghisap vaksin BCG dengan spuit 1 cc dengan dosis 0,05 cc			
17	Mengganti jarum steril			
18	Mengatur posisi bayi dan pilih tempat penyuntikan di M. Deltoideus kanan (lengan kanan atas)			
19	Membersihkan kulit dengan kapas DTT secara sirkuler			
20	Pegang semprit dan jarum dalam posisi paralel dengan kulit, dengan lubang jarum menghadap keatas			
21	Mengangkat kulit sedikit dengan menggunakan ujung jarum (posisi 15°) dan masukan jarum perlahan sampai seluruh lubang jarum masuk kedalam kulit			
22	Menyuntikan obat sampai kulit terlihat sedikit menonjol			
23	Setelah selesai, menarik jarum dengan sekali gerakan halus			
24	Minta ibu untuk tidak mengusap-usap daerah bekas suntikan			
Pemberian Imunisasi DPT dan Hepatitis B (DPT combo)				
25	Memilih daerah otot yang akan disuntik di M. Quadriceps (antero-lateral paha)			
26	Menghisap vaksin yang akan diberikan sesuai dengan dosis dengan cara pegang botol vaksin dan ujung barel dengan tangan kiri, tariklah pangkal piston, dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kanan kearah bawah dengan posisi tegak lurus			
27	Mengganti jarum dan yakinkan bahwa jenis dan dosis obat yang diberikan sudah tepat			
28	Membersihkan daerah yang akan disuntikan dengan kapas DTT			
29	Bila memungkinkan pegang bagian otot yang akan disuntik dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk			
30	Memasukan jarum tegak lurus melalui kulit			
31	Melakukan aspirasi perlahan untuk meyakinkan bahwa ujung jarum tidak menusuk ke pembuluh darah			
32	Bila telah selesai, menarik jarum dengan sekali gerakan halus dan tekan dengan kapas kering steril			

33	Catat tempat penyuntikan ini dan pilih tempat lain untuk penyuntikan berikutnya			
Pemberian Imunisasi Campak				
34	Patahkan ampul dengan gergaji ampul			
35	Melarutkan vaksin campak kering dengan aquadest 5 cc			
36	Menghisap vaksin yang telah dilarutkan dengan dosis 0,5 cc			
37	Mengganti jarum semprit dengan jarum no. 25			
38	Memilih daerah yang akan diimunisasi (M. Deltoideus) kiri			
39	Mengatur posisi bayi yang akan diberikan imunisasi			
40	Membersihkan daerah yang akan disuntik dengan kapas DTT			
41	Menyuntikan jarum dengan cepat dan kuat pada sudut 45 ⁰ (kemudian lepaskan cubitan kulit bila dilakukan)			
42	Melakukan aspirasi perlahan untuk meyakinkan bahwa ujung jarum tidak menusuk ke pembuluh darah			
43	Bila telah selesai, tarik jarum dengan sekali gerakan halus dan tekan dengan kapas steril kering			
Pemberian imunisasi polio				
44	Memasang dropper polio dengan benar			
45	Mengatur posisi bayi			
46	Membuka mulut bayi dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri			
47	Tangan kanan memegang vaksin polio dan meneteskan vaksin sebanyak 2 tetes			
Setelah selesai pemberian imunisasi				
48	Menjelaskan kemungkinan terjadinya efek samping setelah pemberian imunisasi			
49	Mencatat tindakan/ imunisasi yang telah diberikan dalam KMS			
50	Menjadwalkan kunjungan berikutnya.			
jumlah				

BAB XIV

DDST

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan Pra profesi keperawatan anak, Mahasiswa Profesi Ners akan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dalam rentang sehat sakit.

Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti proses pembelajaran di laboratorium selama 2x50 menit, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menjelaskan definisi DDST
2. Menjelaskan Tujuan DDST
3. Mengaplikasikan DDST



YAYASAN WIJAYA HUSADA BOGOR
PRODI PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA

DAFTAR TILIK
MELAKUKAN DDST

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan member tanda silang (X) pada skala dengan criteria berikut :

1. Perlu Perbaikan : langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau ada yg dihilangkan
2. Mampu : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi kurang tepat dan atau pelatih perlu membantu/ mengingatkan hal-hal yang tidak terlalu berarti
3. Mahir : Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan.

No	Komponen	Nilai		
		1	2	3
A.	Persiapan alat 1 Format penilaian Denver II 2 Kotak berisi alat-alat bantu tes			
B.	Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan kontrak waktu 2. Menyiapkan alat termasuk mengisi data pemeriksaan dan klien/pasien pada form. Penilaian Denver II 3. Mencuci tangan			
C.	Tahap Orientasi 1. Memberikan salam kepada pasien dan menyapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan 4. Mempersiapkan lingkungan tempat pemeriksaan			
D.	Tahap Kerja 1. Memberi petunjuk pada klien/pasien cara melakukan tes, kemudian meminta klien/pasien untuk melakukannya			

	2. Melakukan tes mulai dari item yang paling mudah 3. Melakukan tes secara urut dari item yang menggunakan sedikit energi 4. Memberi pujian pada anak bila dapat melakukan tes 5. Menuliskan skor pada form. Denver II setiap satu tindakan tes 6. Menyimpulkan hasil tes setelah menyelesaikan minimal 5 tindakan tes			
E.	Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi sesuai dengan tujuan 2. Berpamitan dengan pasien/klien 3. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan			

Catatan :

Nilai Rata-rata : _____

_____, 20
Pembimbing

()

DAFTAR PUSTAKA

- Cecyly L. *Buku saku keperawatan pediatric*. Edisi 3. Jakarta: EGC. 2002.
- Sumarmo, S. 2002. *Buku ajar ilmu kesehatan anak*. Jakarta: FKUI. 2002.
- Carpenito, L.J. *Ilmu Keperawatan Anak Edisi III. Buku Kedokteran*. Jakarta: EGC. 2008.
- Davey, P. *At a Glance Medicine*, Alih Bahasa: Anissa Rachmalia. Jakarta: Erlangga. 2006.
- Doengos, M.E. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan Pendokumentasian Perawatan Pasien Ed. 3*. Alih Bahasa: I Made Kariasa Jakarta: EGC. 2002.
- Ngastiyah. *Keperawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC. 2005.
- Suradi & Yuliani, R. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Jakarta : ISBN. 2006.

MODUL PRA PROFESI

KEPERAWATAN ANAK

Ns. Retno Dwi Shanti, S.Kep., M.Kep., .Sp.Kep.M.B

Buku ini berisi tentang ketrampilan dasar yang harus dikuasai mahasiswa selama mengikuti stase/tahapan pra profesi Keperawatan Anak dalam rangkaian program profesi ners, yang meliputi ketrampilan-ketrampilan serta SOP yang harus dikuasai mahasiswa yang berkaitan dengan Keperawatan Anak.

ISBN 978-602-5982-42-2

