

ISBN 978-623-7256-76-2



BMP.UKI : SDM.ES-29-KA-PK-2020

BUKU MATERI PEMBELAJARAN
PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK

DISUSUN OLEH :

- 1. Ns. Sri Melfa Damanik, M. Kep**
- 2. Ns. Erita Sitorus, M.Kep**

PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI

UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA

2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karuniaNya buku materi pembelajaran praktikum keperawatan anak ini dapat diselesaikan. Buku materi pembelajaran ini disusun untuk memenuhi proses pembelajaran mata kuliah Keperawatan Anak yang ada pada kurikulum Pendidikan DIII Keperawatan dan sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran baik di kelas, laboratorium maupun klinik/lapangan sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan sehingga proses pembelajaran yang dibahas mengikuti standar yang sudah dibuat.

Dengan diterbitkannya buku materi pembelajaran ini diharapkan mahasiswa dan dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah dan berorientasi pada pendekatan *Student Center Learning* sehingga pembelajaran yang dilakukan dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan memotivasi mahasiswa dapat belajar dengan disiplin dan mampu menghadapi soal uji kompetensi dengan baik

Terima kasih kepada tim penyusun dan semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku materi pembelajaran ini. Semoga buku materi pembelajaran ini dapat bermanfaat bagi dosen dan mahasiswa Prodi Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Jakarta, 10 Februari 2020

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
Praktik pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir.....	1
Praktik mempertahankan status pernafasan bayi baru lahir	8
Praktik mempertahankan termoregulasi dan perawatan metode kanguru	22
Praktik pemberian nutrisi langsung, ogt, feeding drip, cawan	31
Praktik perawatan pada bayi resiko tinggi.....	38
Praktik asuhan keperawatan anak sehat.....	48
Praktik simulasi, deteksi dini tumbuh kembang anak (SDIDTK)	50
Praktik pengisian Buku KIA/KMS.....	84
Praktik pemberian imunisasi dasar.....	90
Praktik pemberian ASI.....	100
Praktik pijat bayi dan memandikan bayi.....	105
Praktik asuhan keperawatan anak sakit	116
Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan oksigenasi	118
Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan nutrisi	141
Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan cairan	

dan elektrolit	148
Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan aktivitas	157
Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman.....	165
Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan eliminasi	178
Praktik terapi bermain pada anak	184
Praktik cara penggunaan form MTBS dan MTBM.....	188
DAFTAR PUSTAKA	197

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir.....	2
Tabel 2 SOP pemeriksaan fisik bayi baru lahir	5
Tabel 3 SOP tindakan resusitasi bayi baru lahir.....	18
Tabel 4 SOP Perawatan metode Kangguru	30
Tabel 5 SOP Pemberian nutrisi melalui Cup Feeding.....	35
Tabel 6. SOP Pemberian nutrisi melalui NGT/OGT	36
Tabel 7 SOP Pemberian Fototerapi	45
Tabel 8 SOP Perawatan bayi dalam inkubator	46
Tabel 9 SOP Antropometri.....	72
Tabel 10 SOP Pemeriksaan perkembangan dengan KPSP.....	74
Tabel 11 SOP Penilaian Tes daya Dengar (TDD).....	77
Tabel 12 SOP Penilaian Tes Daya Lihat (TDL).....	79
Tabel 13 SOP Penilaian Deteksi Penimpangan Mental Emosional.....	81
Tabel 14 SOP Penilaian deteksi Autisme pada anak.....	83
Tabel 15. Format penilaian buku KIA.....	87
Tabel 16. SOP Format penilaian Buku KMS	89
Tabel 17. SOP Pemberian Imunisasi BCG.....	93
Tabel 18. SOP Pemberian Imunisasi HB 0	94
Tabel 19. SOP Pemberian Imunisasi Pentavalen	96
Tabel 20. SOP Pemberian Imunisasi Polio	97
Tabel 21. SOP Pemberian Imunisasi Campak.....	98
Tabel 22. SOP Pemberian ASI.....	103
Tabel 23. SOP Pemberian Pijat bayi	111
Tabel 24. SOP Memandikan Bayi.....	114
Tabel 25. SOP Melatih nafas dalam batuk efektif.....	130
Tabel 26. SOP Fisioterapi dada.....	131
Tabel 27. SOP Pemberian oksigen.....	133
Tabel 28. SOP Pemberian terapi inhalasi.....	135
Tabel 29. SOP Suction/penghisapan lendir	137
Tabel 30. SOP Pemberian tranfusi darah	139
Tabel 31. SOP Pemasangan NGT	144

Tabel 32. SOP Pemberian makan melalui NGT.....	146
Tabel 33. Rumus kebutuhan cairan pada anak	150
Tabel 34. Standar volume urin normal.....	151
Tabel 35. Besar IWL menurut usia	152
Tabel 36. SOP Pemasangan infus	155
Tabel 37. SOP Latihan ROM.....	163
Tabel 38. SOP Tindakan Tepid Sponge	174
Tabel 39. SOP tindakan menolong anak dengan kejang	176
Tabel 40. SOP Perawatan Kolostomi.....	182
Tabel 41. SOP Terapi bermain.....	186
Tabel 42. SOP Cara penggunaan MTBS.....	192
Tabel 43. SOP Cara penggunaan MTBM.....	194

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Alur resusitasi pada bayi baru lahir	10
Gambar 2. Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir	23
Gambar 3. Posisi Kangguru	28
Gambar 4. Pengukuran panjang bayi/anak	53
Gambar 5. Cara mengukur tinggi badan.....	54
Gambar 6. Cara mengukur kepala	58
Gambar 7. Posisi menyusui dan perlekatan yang benar	101
Gambar 8. Cara melepaskan isapan bayi.....	102
Gambar 9. Cara menyendawakan bayi	102
Gambar 10. Pemijatan di daerah kaki.....	106
Gambar 11. Pemijatan telapak kaki	106
Gambar 12. Pemijatan daerah perut	107
Gambar 13. Pemijatan daerah dada	107
Gambar 14. Pemijatan daerah tangan	108
Gambar 15. Pemijatan daerah wajah	108
Gambar 16. Pemijatan daerah punggung.....	109

PRAKTIK PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI BARU LAHIR

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktik ini akan memberikan pemahaman dalam melakukan pemeriksaan fisik pada bayi, menemukan kelainan - kelainan yang mungkin ditemukan pada bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan dapat:

1. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir
2. Mengetahui keadaan normal atau kelainan yang ditemukan pada bayi

B. URAIAN MATERI

Banyak perubahan yang terjadi pada bayi untuk menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

Beberapa prinsip pemeriksaan bayi baru lahir antara lain :

1. Jelaskan prosedur pada orang tua dan minta persetujuan tindakan
2. Cuci dan keringkan tangan , pakai sarung tangan
3. Pastikan pencahayaan baik
4. Periksa apakah bayi dalam keadaan hangat, buka bagian yang akan diperiksa (jika bayi telanjang pemeriksaan harus dibawah lampu pemancar) dan segera selimuti kembali dengan cepat
5. Periksa bayi secara sistematis dan menyeluruh

Persiapan Alat

1. Tempat tidur pemeriksaan

2. Sarung tangan
3. Timbangan bayi
4. Pengukur -panjang bayi
5. Lampu sorot
6. Pita pengukur
7. Pengukur lila
8. Termometer
9. Stetoskop
10. Jam
11. Senter
12. Sabun, air dan handuk tangan

Tabel 1
Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir

No	Pemeriksaan fisik yang dilakukan	Keadaan normal
1	Lihat postur tonus dan aktivitas	Posisi tungkai dan lengan fleksi. Bayi sehat akan bergerak aktif
2	Lihat kulit	Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul
3	Hitung pernafasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis	Frekuensi nafas normal 40-60 kali per menit Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam
4	Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis	Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit
5	Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer	Suhu normal adalah 36,5-37,5 C
6	Lihat dan raba bagian kepala	Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian saat proses persalinan umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol dapat sedikit membonjol saat bayi menangis

7	Lihat mata	Tidak ada kotoran/sekret
8	Lihat bagian dalam mulut (masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit)	Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah Nilai kekuatan isap bayi (Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa)
9	Lihat dan raba perut Lihat tali pusat	Perut bayi datar, teraba lemas Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat
10	Lihat punggung dan raba tulang belakang	Kulit terlihat utuh tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
11	Lihat ekstremitas	Hitung jumlah jari tangan dan kaki Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok kedalam atau keluar. Lihat gerakan ekstremitas
12	Lihat lubang anus : Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar	Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir
13	Lihat dan raba alat kelamin luar (Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil)	Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir
14	Timbang bayi (Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil kurangi selimut)	Berat 2,5-4 kg. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali. Penurunan berat badan maksimal 10 %
15	Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	Panjang lahir normal 48-52 cm Lingkar kepala normal 33-37 cm
16	Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya	Kepala dan badan dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya. Bibir bawah melengkung keluar sebagian besar areola berada di dalam mulut bayi. Menghisap dalam dan pelan kadang disertai berhenti sesaat.

C. LATIHAN : Pemeriksaan Fisik Bayi

Kasus : Seorang bayi perempuan baru saja lahir dengan berat badan lahir 2000 gram. Kondisi bayi stabil dan tidak mengalami asfiksia.

Tugas :

- Buat kelompok masing-masing berperan sebagai perawat, ibu pasien dan observer
- Lakukan pemeriksaan fisik dengan menggunakan phantom
- Gunakan SOP Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

1. Persiapan

a. Alat

- Alat pengukur tanda vital bayi (termometer, stetoskop, jam)
- Timbangan bayi
- Kaos kaki, topi bayi

b. Lingkungan

- Desainlah lingkungan seperti di ruang perawatan
- Atur lingkungan yang aman dan nyaman serta libatkan orang tua

c. Pembagian peran

2. Prosedur

a. Pra Interaksi

b. Interaksi

c. Post interaksi

Tabel 2
SOP Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemeriksaan fisik bayi		
2	Siapkan alat dan ruang pemeriksaan yang hangat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan dan gunakan sarung tangan		
8	Tempatkan bayi di tempat tidur pemeriksaan dalam posisi terlentang		
9	Lepaskan pakaian bayi dan nilai keadaan umum bayi: a. Ukuran keseluruhan (perbandingan bagian tubuh bayi proporsional atau tidak) b. Kepala badan dan ekstremitas (periksa apakah ada kelainan) c. Tonus otot, tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif/tidak) d. Warna kulit dan bibir (kemerahan/kebiruan) e. Tangis bayi (melengking, merintih atau normal)		
10	Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : a. Periksa laju nafas dengan melihat tarikan nafas pada dada b. Periksa laju jantung dengan menggunakan stetoskop dan petunjuk waktu c. Periksa suhu dengan menggunakan termometer aksila		
11	Lakukan pengukuran: a. Panjang badan bayi b. Timbang berat badan bayi		
12	Periksa bagian kepala bayi : a. Ubun-ubun datar b. Sutura, molase c. Penonjolan atau daerah cekung d. Ukur lingkar kepala		

13	Periksa telinga (lihat hubungan antara letak telinga, mata dan kepala, serta adakah kelainan), periksa lubang telinga ada atau tidak, ada cairan atau tidak		
14	Periksa mata akan tanda infeksi, periksa bola mata ada atau tidak sekret		
15	Periksa hidung dan mulut, periksa lobang hidung ada sekat atau tidak, langit-langit, bibir, reflek hisap dan reflek rooting		
16	Periksa leher bayi untuk pembengkakan dan pembesaran kelenjar		
17	Periksa dada (perhatikan bentuk dada dan puting), simetris atau tidak, tarikan dada saat nafas berbunyi atau tidak, bunyi jantung normal atau tidak.		
18	Periksa bahu, kengan dan tangan, dan perhatikan gerakan dan kelengkapan jari tangan, serta periksa reflek graps		
19	Periksa sistem saraf (reflek moro) dengan cara bertepuk tangan		
20	Periksa bagian perut dan periksa bagaimana bentuknya, adakah penonjolan sekitar talipusat pada saat bayi menangis, dakah perdarahan dari tiga pembuluh darah serta lembek (pada saat tidak menangis)		
21	Periksa alat kelamin 1. Laki-laki a. Testis berada di skrotum b. Penis berlubang c. Letak lobang penis normal atau tidak 2. Perempuan a. Vagina berlubang b. Uretra berlubang c. Labio minora dan mayora		
22	Periksa tungkai dan kaki, periksa gerakan dan kelengkapannya		
23	Periksa punggung dan anus akan adanya pembengkakan atau cekungan, spina bifida dan adanya anus		
24	Periksa kulit, perhatikan akan adanya pembengkakan verniks, atau bercak hitam serta tanda lahir		
25	Rapikan bayi dengan lembut dan hati-hati		
26	Cuci tangan kembali setelah melakukan pemeriksaan dan keringkan		
27	Berikan kembali bayi pada ibunya dan beritahukan hasil pemeriksaan		
Tahap terminasi			

28	Berikan kembali bayi pada ibunya dan beritahukan hasil pemeriksaan		
29	Evaluasi perasaan ibu/ayah		
30	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
31	Bereskan alat		
32	Cuci tangan		
33	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Pemeriksaan fisik bayi} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK MEMPERTAHANKAN STATUS PERNAFASAN BAYI BARU LAHIR

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan wawasan tentang bagaimana menjaga status pernafasan dan melakukan resusitasi pada bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda dapat:

1. Menilaidan mempertahankan status pernafasan bayi baru lahir.
2. Melakukan resusitasi pada bayi

B. URAIAN MATERI

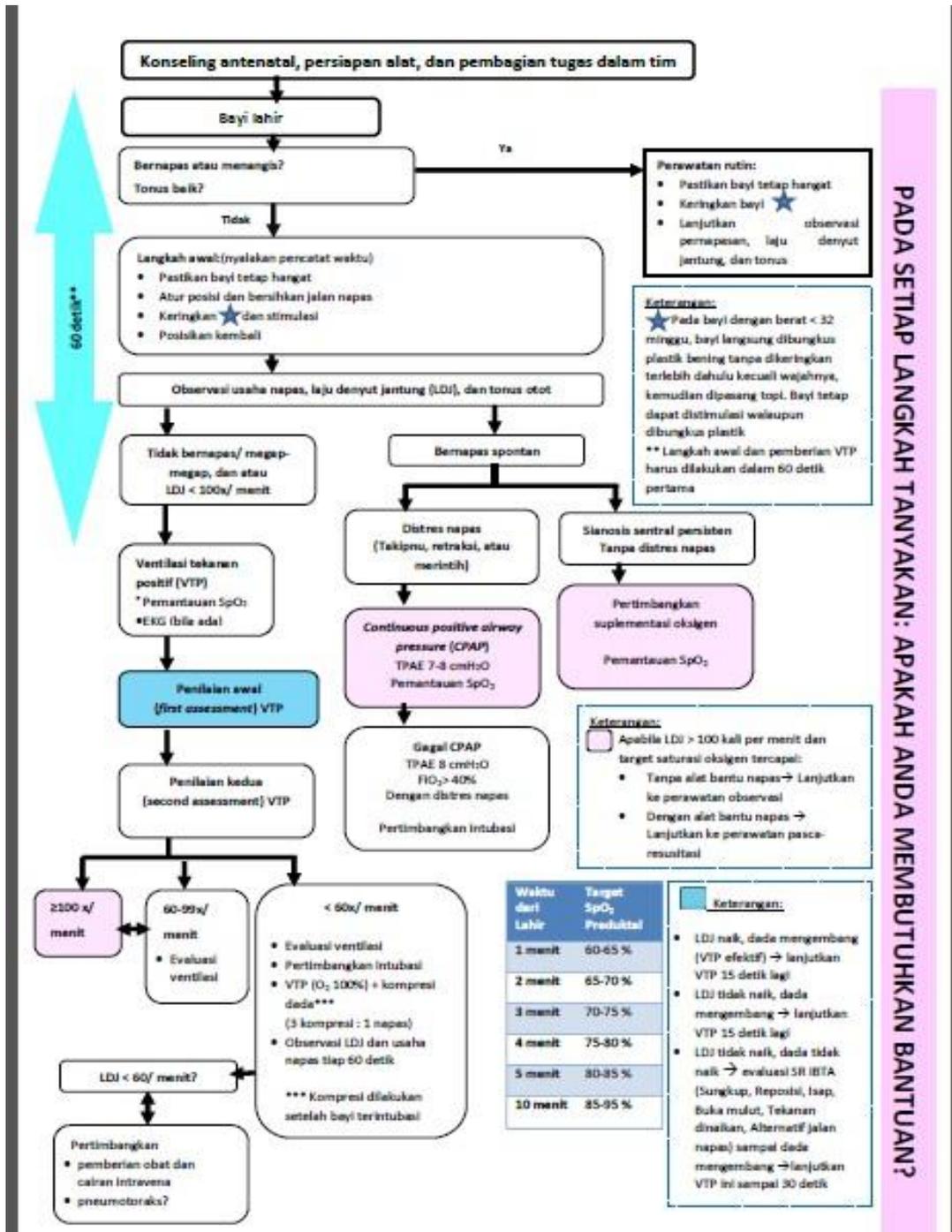
Banyak perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan interne (dalam kandungan Ibu) yang hangat dan segala kebutuhannya terpenuhi (oksigen dan nutrisi) ke lingkungan eksterna (diluar kandungan ibu) yang dingin dan segala kebutuhannya memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhinya. Saat ini bayi tersebut harus mendapat oksigen melalui sistem sirkulasi pernafasannya sendiri yang baru, mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula yang cukup, mengatur suhu tubuh dan melawan setiap penyakit. Periode adaptasi terhadap kehidupan di luar rahim disebut Periode Transisi. Transisi yang paling nyata dan cepat terjadi adalah pada sistem pernafasan dan sirkulasi, sistem termoregulasi, dan dalam kemampuan mengambil serta menggunakan glukosa. Perubahan Sistem Pernafasan.

Faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi :

- a. Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- b. Tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara kedalam

paru-paru secara mekanis. Interaksi antara sistem pernafasan, kardiovaskuler dan susunan syaraf pusat menimbulkan pernafasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan.

Upaya pernafasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan [arlnqan alveolus dalam paru-paru untuk pertama kali. Kegawatan pernafasan dapat terjadi pada bayi dengan gangguan pernafasan yang dapat menimbulkan dampak yang cukup berat bagi bayi berupa kerusakan otak atau bahkan kematian. Bayi baru lahir memerlukan adaptasi untuk dapat bertahan hidup diluar rahim, terutama pada menit-menit pertama kehidupannya. Bila didalam rahim kebutuhan nutrisi dan terutama oksigen dipenuhi seluruhnya oleh ibu melalui sirkulasi uteroplaster, saat lahir dan tali pusat dipotong, bayi baru lahir harus segera melakukan adaptasi terhadap keadaan ini yaitu harus mendapatkan atau memproduksi oksigennya sendiri. Sebagian besar (kurang lebih 80%) bayi baru lahir dapat bernafas spontan, sisanya mengalami kegagalan bernafas karena berbagai sebab sehingga memerlukan tindakan resusitasi. Tujuan dari resusitasi ialah memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung dan alat vital lainnya.



Gambar 1
Alur resusitasi pada bayi lahir

Langkah-langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir:

1. Persiapan

Perlengkapan resusitasi harus selalu tersedia dan siap digunakan pada setiap persalinan. Penolong telah mencuci tangan dan mengenakan sarung tangan DTT/steril. Persiapan lainnya adalah sebagai berikut:

- a. Tempat resusitasi datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b. Tiga lembar handuk atau kain bersih dan kering
 - Untuk mengeringkan bayi
 - Untuk menyelimuti tubuh dan kepala bayi
 - Untuk ganjal bahu bayi
- c. Alat pengisap plender
 - Bola karet bersih dan kering
 - Pengisap steril
- d. Alat penghantar udara/ oksigen
- e. lampu 60 watt dengan jarak dari lampu ke bayi sekitar 60 cm
- f. Jam
- g. Stetoskop

2. Penilaian bayi baru lahir dan segera setelah lahir

- 1) Sebelum lahir:
 - a. Apakah bayi cukup bulan?
 - b. Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
- 2) Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan). Sambil menempatkan bayi di atas perut atau dekat perineum ibu, lakukan penilaian (selintas):
 - a. Apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap?
 - b. Apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak dengan aktif?

3. Keputusan untuk melakukan resusitasi

lakukan resusitasi jika pada penilaian terdapat keadaan sebagai berikut:

- 1) Jika bayi tidak cukup bulan dan atau bayi megap-megap tak bernapas dan atau tonus otot bayi tidak baik. bayi lemas -potong tali pusat, kemudian lakukan langkah awal resusitasi.
- 2) Jika air ketuban berempur mekonium:
Sebelum melakukan langkah awal resusitasi, lakukan penilaian, apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap.
 - a) Jika menangis atau bernapas/ tidak megap-megap, klem dan potong tali pusat dengan cepat, tidak diikat dan tidak dibubuhi apapun, kemudian lakukan langkah awal resusitasi.
 - b) Jika megap-megap atau tidak bernapas, lakukan pengisapan terlebih dahulu dengan membuka lebar, usap mulut dan isap lendir di mulut, klem dan potong tali pusat dengan cepat, tidak diikat dan tidak dibubuhi apapun, kemudian dilakukan langkah awal resusitasi.

4. Tindakan resusitasi

Sambil memotong tali pusat, beritahu ibu dan keluarga bahwa bayi mengalami masalah sehingga perlu dilakukan tindakan resusitasi, minta ibu dan keluarga memahami upaya ini dan minta mereka ikut membantu mengawasi ibu.

- 1) Selimuti bayi dengan handuk/ kain yang diletakkan di atas perut ibu, bagian muka dan dada bayi tetap terbuka.
- 2) Pindahkan bayi ke tempat resusitasi
- 3) Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu yaitu kepala sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu (gunakan handuk/ kain yang telah disiapkan dengan ketebalan sekitar 3 cm dan dapat disesuaikan).

- 4) Bersihkan jalan napas dengan mengisap lendir di mulut sedalam <5 cm dan kemudian hidung (jangan melewati euping hidung).
- 5) Keringkan bayi (dengan sedikit tekanan) dan gosok muka/dada/ perut/ punggung bayi sebagai rangsangan taktil untuk merangsang pernapasan. Ganti kain yang basah dengan kain yang bersih dan kering. Selimuti bayi dengan kain kering, Bagian wajah dan dada terbuka.
- 6) Reposisikan kepala bayi dan nilai kembali usaha napas.
(Langkah 1-6 dilakukan dalam waktu , 30 menit)
- 7) Nilai hasil awal, buat keputusan dan lakukan tindakan:
 - a. Jika bayi bernapas normal/ tidak megap-megap dan atau menangis, lakukan asuhan pasca resusitasi
 - b. Jika bayi tidak bernapas spontan atau napas megap-megap, lakukan ventilasi.

5. Ventilasi

- 1) Ventilasi dapat dilakukan dengan tabung dan sungkup ataupun dengan balon dan sungkup. Jika menggunakan tabung dan sungkup:
 - a. Udara sekitar harus dihirup ke dalam mulut dan hidung penolong kemudian dihembuskan lagi ke jalan napas bayi melalui mulut-tabung-sungkup
 - b. Untuk memasukkan udara baru, penolong harus melepaskan mulut dari pangkal tabung untuk menghirup udara segar dan baru memasukkannya kembali ke jalan napas bayi (bila penolong tidak melepaskan mulutnya dari pangkal tabung, mengambil napas dari hidung dan langsung meniupkan udara, maka yang masuk adalah udara ekspirasi dari paru penolong)

- c. Jika menggunakan balon sungkup udara dimasukkan ke bayi dengan meremas balon.
- 2) Pastikan bagian dada bayi tidak terselimuti kain agar penolong dapat menilai pengembangan dada bayi waktu peniupan udara/ peremasan balon.
 - 3) Pasang sungkup melingkupi hidung, mulut dan dagu (perhatikan perlekatan sungkup dan wajah bayi).
 - 4) Ventilasi Pereobaan : Tiup pangkal tabung atau remas balon 2 kali dengan tekanan 30 cm air mengalirkan udara ke jalan napas bayi
 - a. Perhatikan gerakan dinding dada naiknya dinding dada mencerminkan mengembangnya paru dan udara masuk dengan baik
 - b. Bila dinding dada tidak naik/ mengembang periksa kembali:
 - 1) Perlekatan sungkup, adakah kebocoran?
 - 2) Posisi kepala, apakah dalam posisi menghindu?
 - 3) Apakah ada sumbatan jalan napas oleh lendir pada mulut atau hidung? Lakukan koreksi dan ulangi ventilasi pereobaan
 - 5) Ventilasi Definitif/ Lanjutan: Setelah ventilasi pereobaan berhasil maka lakukan ventilasi definitif dengan jalan meniupkan udara pada tabung atau meremas balon dengan tekanan 20 cm air, frekwensi 20 kali dalam waktu 30 detik.
 - 6) Lakukan penilaian ventilasi, buat keputusan dan lanjutan tindakan:
 - a. Jika bayi bernapas normal dan atau menangis, hentikan ventilasi kemudian lakukan asuhan pasca resusitasi
 - b. Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas, lanjutkan tindakan ventilasi,
 - 7) Jika bayi belum bernapas spontan atau megap-megap, lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik selanjutnya dan lakukan penilaian ulang - lihat Langkah 16 bagian 1 dan 2, demikian

selanjutnya

- a. Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas dan resusitasi telah lebih dari 2 menit - nilai jantung, siapkan rujukan, lanjutkan ventilasi
- b. Pada penilaian ulang hasil ventilasi berikutnya, selain penilaian napas lakukan juga penilaian denyut jantung bayi
- c. Jika bayi tidak bernapas dan tidak ada denyut jantung, ventilasi tetap dilanjutkan tetapi jika hingga 10 menit kemudian bayi tetap tidak bernapas dan denyut jantung tetap tidak ada, pertimbangkan untuk menghentikan resusitasi.

6. Tindakan pasca resusitasi

1) Bila resusitasi berhasil, lakukan:

- a. Pemantauan tanda bahaya
- b. Perawatan tali pusat
- c. Inisiasi menyusu dini
- d. Pencegahan hipotermi'
- e. Pemberian vitamin K1
- f. Pencegahan infeksi (Pemberian salep mata dan imunisasi hepatitis B)
- g. Pemeriksaan fisik
- h. Pencatatan dan pelaporan.

2) Bila perlu rujukan:

- a. Konseling untuk merujuk bayi beserta ibu dan keluarga
- b. melanjutkan resusitasi
- c. Memantau tanda bahaya
- d. perawatan tali pusat
- e. Mencegah hipotermi
- f. Memberikan vitamin K

- g. Mencegah infeksi (pemberian salep mata)
- h. Membuat surat rujukan
- i. Melakukan pencatatan dan pelaporan.

Jika saat merujuk keadaan bayi membaik dan tidak perlu resusitasi, berikan vitamin K1 serta salep mata dan susui bayi jika tidak ada kontra indikasi.

3) Bila resusitasi tidak berhasil:

- a. Melakukan konseling pada ibu dan keluarga
- b. Memberikan petunjuk perawatan payudara
- c. Melakukan pencatatan dan pelaporan.

4) Lakukan pencegahan infeksi pada seluruh peralatan resusitasi yang digunakan:

- a. Dekontaminasi, pencucian dan DTT terhadap tabung dan sungkup serta alat penghisap dan sarung tangan yang dipakai ulang
- b. Dekontaminasi dan pencucian meja resusitasi, kain dan selimut
- c. Dekontaminasi bahan dan alat habis pakai sebelum dibuang ke tempat aman.

7. Rekam medik tindakan resusitasi

Catat secara rinci:

- a. Kondisi saat lahir
- b. Waktu dan langkah resusitasi
- c. Hasil resusitasi
- d. Keterangan rujukan apabila dirujuk.

C. LATIHAN : PRAKTIK RESUSITASI BAYI BARU LAHIR

Kasus : Seorang bayi baru lahir dengan berat badan lahir 2300 gram. Bayi lahir cukup bulan dengan persalinan Sectio. Pasien tampak mengalami kesulitan bernafas. Ekstremitas tampak kebiruan.

Tugas : Buat kelompok yang beranggotakan 3 orang dengan masing-masing peran (ibu pasien, perawat dan observer). Lakukan resusitasi pada bayi sesuai SOP

1. Persiapan Alat

- a. Tempat resusitasi datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b. Tiga lembar handuk atau kain bersih dan kering
 - 1) Untuk mengeringkan bayi
 - 2) Untuk menyelimuti tubuh dan kepala bayi
 - 3) Untuk ganjal bahu bayi
- c. Alat pengisap plender
 - 1) Bola karet bersih dan kering
 - 2) Pengisap steril
- d. Alat penghantar udara/ oksigen
- e. lampu 60 watt dengan jarak dari lampu ke bayi sekitar 60 cm
- f. Jam
- g.. Stetoskop

2. Persiapan Lingkungan

- a. Siapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang tindakan resusitasi bayi di rumah sakit

3. Pembagian Peran

- a. Bentuk kelompok
- b. Tentukan peran: keluarga pasien, dan perawat

4. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi .
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 3
SOP Tindakan resusitasi bayi baru lahir

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemeriksaan fisik bayi		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Beritahu keluarga kemungkinan terjadi asfiksia bayi baru lahir. Gunakanbahasayang mudah dipahami		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
Tahap kerja			
6	Gunakan celemek, masker, penutup kepala dan sepatu boot (jika perlu)		
7	Lepaskan semua perhiasan yang dipakai, cud kedua tangan hingga siku dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan keringkan tangan dengan handuk satu kali pakai		
8	Gunakan sarung tangan		
9	Lakukan penilaian awal segera setelah bayi lahir : a. Adanya mekonium kental pada bagian tubuh bayi/cairan mekonium (jika ada lakukan penghisapan lendir setelah kepala bayi lahir) b. Apakah BBL tidak menangis atau tidak bernafas spontan c. Segera tentukan apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi, dengan melihat apakah bayi : Tidak bernafas - Megap-megap - Frekuensi pernafasan dibawah 30 kali /menit		

	LANGKAH AWAL (diselesaikan dalam waktu < 30 detik)		
10	Jaga bayi tetap hangat dengan mempertahankan selimut yang melingkupi tubuh bayi		
11	Atur posisi kepala dan leher bayi menjadi sedikit tengadah (setengah ekstensi) untuk membuka jalan nafas dengan mengganjal bahu bayi dengan lipatan kain		
12	Isap lendir dimulai dari mulut + 5 cm kemudian hidung + 3 cm		
13	Keringkan dan melakukan rangsangan taktil dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> • Keringkan muka, kepala dan tubuh bayi dengan sedikit tekanan • Tepuk/sentil lembut telapak kaki bayi • Gosok punggung, perut dan dada bayi dengan telapak tangan • Ganti kain dan bungkus bayi, biarkan dada bayi terlihat 		
14	Atur kembali posisi kepala bayi dan bungkus bayi		
15	Nilai kembali pernafasan bayi: normal, tidak bernafas atau megap megap. a.. Bila bayi bernafas normal : letakkan bayi pada dada ibu dan selimuti bayi bersama ibunya dan anjurkan ibu untuk segera menyusui bayinya b. Bila bayi tidak bernafas, menggap-mengap, atau menangis lemah segera lakukan tindakan ventilasi bayi		
	VENTILASI		
16	Pastikan posisi kepala sudah benar kemudian memasang sungkup sehingga melingkupi hidung, mulut, dan dagu		
17	Lakukan ventilasi percobaan (2x) dengan eara meniup pangkal tabung atau menekan balon dengan tekanan 30 em air sarnbil mengamati gerakan dada bayi a. Jika dada mengembang lanjutkan ventilasi b. Jika dada tidak mengembang perbaiki perlekatan sungkup/posisi bayi, lihat apakah ada lendir, jika ada hisap lendir.		
18	Lakukan ventilasi tekanan positif eVTP) 20 X dalam 30 detik dengan tekanan 20 em air sarnbil memperhatikan pengembangan dada bayi a. Bila bayi mulai bernafas normal : hentikan ventilasi seera bertahap dan pantau kondisi bayi seera seksama b. BUa bayi belum bernafas : lakukan kembali tindakan ventilasi		
19	Hentikan ventilasi bertahap jika bayi :		

	<p>a. Mulai bernafas normal/tidak menggap - menggap dan atau menangis kuat maka lakukan asuhan pasearesusitasi</p> <p>b. Jika bayi bernafas menggap-mengap atau tidak bernafas melanjutkan tindakan ventilasi</p>		
	VENTILASI TEKANAN POSITIF DAN KOMPRESI DADA (jika frekuensi jantung < 60x/menit setelah dilakukan VTP efektif)		
20	Siapkan petugas 2 orang untuk melakukan VTP dan kompresi dada 23 Mengatur posisi 1 petugas berada pada posisi di kepala dan 1 petugas berada disamping dekat kepala bayi		
21	Lakukan penilaian pada dada dan menempatkan tangan dengan benar (petugas yang melakukan kompresi dada)		
22	Tempatkan sungkup wajah secara efektif dan memantau gerakan dada		
23	<p>Tarik garis khayal diantara dua puting susu, letakkan jari tengah dan manis di sebelah jari telunjuk, pindahkan ketiga jari tersebut ke tengah sternum, posisi jari tegak, angkat jari telunjuk, pertahankan jari tengah dan jari manis, melakukan kompresi dada dengan kedalaman + 1/3 diameter antero-posterior dada, lama penekanan lebih pendek dari lama pelepasan curah jantung maksimum :</p> <p>a. Lakukan tindakan ventilasi tekanan positif dan kompresi dada: 1 siklus : 3 kompresi dan 1 ventilasi dalam 2 detik (3: 1)</p> <p>b. Frekuensi : 90 kompresi + 30 ventilasi dalam 1 menit (berarti 120 kegiatan per menit)</p> <p>c. Dilakukan dalam 30 detik 15 siklus</p>		
	TINDAKAN PASCA RESUSITASI		
	RESUSITASI BERHASIL		
24	Lakukan asuhan pasca resusitasi apabila bayi sudah mulai bernafas normal dengan melakukan pemantauan secara seksama pada bayi pasca resusitasi selama 2 jam Apakah bayi sianosis?		
25	Jaga bayi tetap hangat dan kering		
26	<p>Berikan bayi kepada ibu apabila nafas bayi dan warna kulit normal</p> <p>Bayi Perlu dirujuk apabila :</p> <p>a. Frekuensi pernapasan kurang dari 30 kali per</p>		

	menit atau lebih dari 60 kali per menit b. Adanya retraksi (tarikan) interkostal c. Bayi merintih (bising napas ekspirasi) atau megap• megap (bising napas inspirasi) d. Tubuh bayi pucat atau kebiruan e. Bayi lemas		
	RESUSITASI TIDAK BERHASIL/GAGAL		
27	Hentikan resusitasi jika bayi tidak bernafas setelah 20 menit, denyut jantung tidak ada, pupil medriasis, sejak awal resusitasi maka tindakan dinyatakan gagal dan bayi dinyatakan meninggal		
28	Rapikan dan membersihakan alat-alat dan dikembalikan ke tempat semula		
29	Lepaskan sarung tangan		
30	Cuci tangan		
Tahap terminasi			
31	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
32	Evaluasi perasaan ibu ayah, kondisi bayi		
33	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
34	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
35	Bereskan alat		
36	Cuci tangan		
37	Dokumentasikan tindakan dan kondisi bayi		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Pemeriksaan fisik bayi} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK MEMPERTAHANKAN TERMOREGULASI DAN PERAWATAN METODA KANGURU

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktik ini akan memberikan wawasan tentang bagaimana mempertahankan termoregulasi pada bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda dapat:

1. Mempertahankan termoregulasi
2. Melakukan perawatan metoda kanguru

B. URAIAN MATERI

1. Mempertahankan Termoregulasi

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilanganpanastubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia. Walaupun demikian, bayi tidak boleh menjadi hipertermia (temperatur tubuh lebih dari 37,5°C)

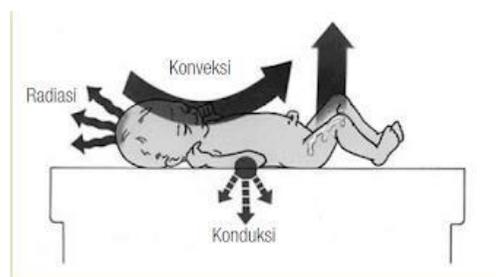
2. Mekanisme Kehilangan Panas

Bayi Baru lahir dapat kehilanganpanas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakanjalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu

cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- 2) Konduksi adalah kehilangan .panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi/pendingin ruangan.
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).



Gambar 2
Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir

Cegah terjadinya kehilanganpanasmelalui upaya berikut:

- 1) Ruangbersalin yang hangat. Suhu ruangan minimal 25° (Tutup semua

- pintu dan jendela.
- 2) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.
 - 3) Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi
 - 4) Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu
 - 5) Inisiasi Menyusu Dini : tanpa bantuan, bayi baru lahir yang ditempatkan pada dada atau perut ibu secara alami dapat mencari sendiri sumber air susu ibu (ASI) dan menyusu.
 - 6) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas
Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
 - 7) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusu. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat bayi dapat

dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut. Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil, Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan BBL.

- 8) Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.
- 9) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat
Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.
- 10) Transportasi hangat
Bayi yang perlu dirujuk, harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan.
- 11) Pelatihan untuk petugas kesehatan dan konseling untuk keluarga
Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan dan keluarga tentang hipotermia meliputi tanda-tanda dan bahayanya.

Setelah bayi dilahirkan dan berhasil melalui adaptasi dari intra ke ekstra uterin, bayi harus dijaga tetap hangat. Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk menjaga bayi tetap hangat adalah:

- 1) Jelaskan kepada ibu bahwa menjaga bayi tetap hangat adalah sangat penting untuk menjaga bayi tetap sehat
- 2) Bayi memakai pakaian yang lembut, hangat, kering dan bersih.

- Bayi memakai tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki
- 3) Yakinkan bayi menggunakan baju dan diselimuti
 - 4) Bayi harus dirawat gabung dengan ibunya sehingga ibu mudah menjangkau bayinya
 - 5) Apabila bayi harus dipisah dengan ibunya, yakinkan bayi menggunakan pakaian yang hangat dan diselimuti
 - 6) Raba telapak kaki bayi, bila teraba dingin bisa dilakukan kontak kulit ke kulit, atau ditambah selimut dan lakukan penilaian ulang
 - 7) Jaga ruangan tetap hangat

3. Perawatan Metode Kanguru

Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan alternatif pengganti incubator dalam perawatan BBLR, dengan beberapa kelebihan antara lain: merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu adanya kontak kulit bayi ke kulit ibu, dimana tubuh ibu akan menjadi thermoregulator bagi bayinya, sehingga bayi mendapatkan kehangatan (menghindari bayi dari hipotermia), PMK memudahkan pemberian ASI, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang. PMK dapat menurunkan kejadian infeksi, penyakit berat, masalah menyusui dan ketidakpuasan ibu serta meningkatnya hubungan antara ibu dan bayi serta meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi.

- 1) PMK intermiten : Bayi dengan penyakit atau kondisi yang berat membutuhkan perawatan intensif dan khusus di ruang rawat neonatologi, bahkan mungkin memerlukan bantuan alat. Bayi dengan kondisi ini, PMK tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan jika ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator. PMK- dilakukan dengan durasi

minimal satu jam, secara terus-menerus per hari. Setelah bayi lebih stabil, bayi dengan PMK intermiten dapat dipindahkan ke ruang rawat untuk menjalani PMK kontinu.

- 2) PMK kontinu : Pada PMK kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil, dan bayi harus dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen. Kemampuan untuk minum (seperti menghisap dan menelan) bukan merupakan persyaratan utama, karena PMK sudah dapat dimulai meskipun pemberian minumannya dengan menggunakan pipa lambung. Dengan melakukan PMK, pemberian ASI dapat lebih mudah prosesnya sehingga meningkatkan asupan ASI

4. CARA MELAKUKAN PERAWATAN METODE KANGURU

- 1) Persiapan alat
 - a. Alat pengukur tanda vital bayi (Thermometer, stetoskop, jam)
 - b. Timbangan bayi
 - c. Gendongan kangguru dan topi bayi
- 2) Persiapan orang tua
 - a. Cuci tangan (ibu atau ayah yang melakukan PMK)
 - b. Buka pakaian .ates ibu atau ayah kemudian di ganti dengan .beju khusus untuk perawatan kangguru yang disediakan
- 3) Tahap Pelaksanaan
 - a. Beri bayi pakaian, topi, popok/diapers dan kaus kaki yang telah dihangatkan lebih dahulu
 - b. Letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel kedada ibu
 - c. Posisi bayi diamankan agar tidak jatuh dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri dan dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Ujung pengikat berada tepat

dibawah kuping bayi. Posisi kepala bayi seperti ini bertujuan untuk menjaga saluran nafas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. Hindari posisi kepala merunduk ke depan dan sangat tengadah. Pangkal paha bayi haruslah dalam posisi fleksi dan ekstensi seperti dalam posisi "kodok". Tanganpun harus dalam posisi fleksi.

- d. Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain tersebut menutupi dada si bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaliknya berada disekitar epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernafasan perut, nafas ibu akan merangsang bayi.
- e. Ajarkan ibu cara bagaimana memasukkan dan mengeluarkan bayi dari gendongan yaitu dengan cara 1) pegang bayi dengan satu tangan diletakkan dibelakang leher sampai punggung bayi, 2) Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran nafas ketika bayi berada pada posisi tegak dan 3) tempatkan tangan lainnya dibawah perut bayi.



Gambar 3
Posisi Kanguru

C. LATIHAN: PRAKTIK PERAWATAN METODE KANGURU

KASUS : Seorang bayi laki-laki baru saja lahir dengan berat badan lahir 1800 gram. Saat ini berat badan 2100 gram. Kondisi bayi stabil, bayi direncanakan

akan dilakukan PMK

Tugas : Latih ibu memberikan PMK pada bayi dengan menggunakan phantom sesuai SOP perawatan metoda Kanguru.

1) Persiapan Alat

- a. Alat pengukur tanda vital bayi (termometer, stetoskop, jam)
- b. Timbangan
- c. Gendongan bayi, topi, kaos kaki

Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang tindakan resusitasi bayi di rumah sakit

Pembagian Peran

- a. Bentuk kelompok
- b. Tentukan peran: model keluarga pasien, dan model peran perawat

2) Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi .
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 4
SOP Perawatan metode kangguru

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan Perawatan metode kangguru		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan (ibu atau ayah yang akan melakukan PMK)		
8	Buka pakaian atas ibu atau ayah		
9	Posisikan bayi di dada ibu atau ayah		
10	Pertahankan posisi dengan menggunakan gendongan bayi/baju kangguru		
11	Tepi kain penggendong bagian atas harus dibawah telinga bayi		
12	Pakaikan topi bayi		
13.	Pakai kembali baju atas ibu atau ayah		
Tahap terminasi			
14	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
15	Evaluasi perasaan ibu/avah		
16	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
17	Bereskan alat		
18	Cuci tangan		
19	Dokumentasikan tindakan dan kondisi bayi		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Perawatan metode kangguru} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK PEMBERIAN NUTRISI LANGSUNG, OGT, FEEDING DRIP, CAWAN

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan wawasan kepada anda tentang bagaimana melakukan pemberian nutrisi pada bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

1. Melakukan pendidikan kesehatan cara pemberian ASI
2. Melakukan pemberian nutrisi melalui OGT
3. Melakukan pemberian nutrisi melalui *cup feeding* atau cawan

B. URAIAN MATERI

Bayi baru lahir mengalami beberapa perubahan dari kehidupan di dalam rahim dan kehidupan di luar rahim. Dalam rangka memenuhi kebutuhan nutrisinya, beberapa perkembangan telah terjadi diantaranya perkembangan oral yaitu palatum, lidah dan bibir, epiglottis, laring dan pipi. Begitu pula dengan reflek menelan dan reflek menghisap yang telah berkembang sesuai dengan usia gestasi bayi. Reflek menelan pada bayi muncul pada minggu ke- 32 gestasi, reflek menghisap muncul pada minggu ke-34 gestasi. Proses pemberian nutrisi dalam hal ini adalah pemberian minum pada bayi baru lahir berdasarkan ada atau tidaknya reflek menelan dan menghisap. Bila reflek menelan belum ada, maka pemberian nutrisi pada bayi baru lahir dilakukan dengan OGT. Bila reflek menelan sudah ada, tetapi reflek menghisap belum ada, maka pemberian minum pada bayi baru lahir dilakukan dengan cawan atau sendok, dan bila reflek menelan dan menghisap telah ada, maka bayi bisa langsung menyusu pada ibu (Fitriana, 2012). Cara pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi baru lahir :

1. Menyusu langsung

Menyusu adalah proses pemberian air susu ibu kepada bayi (ASI) dari payudara ibu. Bayi menggunakan reflek menghisap untuk mendapatkan dan menelan ASI. Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh seringnya bayi menyusu. Makin jarang bayi disusui, maka produksi ASI akan berkurang.

2. Menyusu dengan menggunakan cawan (*cup feeding*)

Pemberian minum pada bayi baru lahir dapat dilakukan dengan menggunakan cawan, dan cawan juga dapat diberikan pada bayi dengan berat badan lahir rendah sampai mereka matur menyusu langsung pada payudara ibu.

Cara pemberian minum dengan cawan (DepkesRI, 2010)

- a. Ukur jumlah ASI dalam cawan
- b. Posisikan bayi pada posisi setengah tegak di pangkuan ibu
- c. Posisikan cawan di bibir bayi
- d. Letakkan cawan pada bibir bawah secara perlahan
- e. Sentuhkan tepi cawan sedemikian rupa hingga ASI menyentuh bibir bayi
- f. Jangantuangkan ASI ke mulut bayi
- g. Bayi akan bangun, membuka mulut dan mata kemudian akan minum
- h. Bayi akan menghisap ASI dan sedikit ada yang tumpah
- i. Bayi kecil akan memasukkan susu ke mulutnya dengan lidahnya
- j. Bayi menelan ASI
- k. Bayi mendapat minum dengan cawan secara cukup, apabila bayi menelan sebagian besar ASI dan menumpahkan sebagian kecil serta berat badannya meningkat

3. Pemberian nutrisi melalui *Oro Gastric Tube* (OGT)

Bayi yang lahir sebelum 34 minggu gestasi belum mempunyai kekuatan dan koordinasi untuk minum secara efektif dari payudara ibu. Praktik umum yang digunakan di unit neonatal untuk pemberian nutrisi adalah melalui OGT. Penggunaan OGT pada bayi sampai mereka mempunyai kemampuan penuh untuk beralih ke *oral feeding*. OGT bisa digunakan untuk pemberian minum pada bayi yang belum mampu untuk mengisap secara efisien.

Prosedur pemberian nutrisi melalui OGT :

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b. Cuci tangan
- c. Atur posisi bayi senyaman mungkin
- d. Pasang pengalas
- e. Letakkan bengkak
- f. Periksa sisa makan di lambung dengan menggunakan spuit yang diaspirasikan ke pipa lambung. Jika residu tidak ada atau sedikit, berikan nutrisi melalui OGT.
- g. Buka klem atau penutup OGT
- h. Pasangkan spuit pada pangkal pipa
- i. Masukkan air matang kurang lebih 2 cc
- j. Berikan ASI/susu formula sesuai program.. Bila ada obat, masukkan obat kemudian bilas dengan air minum.
- k. Klem pipa penduga
- l. Catat hasil dan respon bayi selama pemberian makan
- m. Cuci tangan

C. LATIHAN: PRAKTIK PEMBERIAN NUTRISI MELALUI CAWAN

Kasus : Seorang bayi perempuan usia 2 hari, dengan berat badan lahir 1700 gram. Saat ini reflek hisap bayi belum baik, namun sudah ada reflek menelan.

Tugas : Lakukan tindakan pemberian nutrisi melalui cawan pada bayi dengan pantom

1. Persiapan Alat

- a. ASI/susu formula
- b. Lap/Celemek
- c. *CupFeeding/Cawan*
- d. Tissue

Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan bayi di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua

Pembagian Peran

- a. Bentuk kelompok
- b. Tentukan peran: model ibu pasien, dan model peran perawat
- c. Tentukan observer untuk mengobservasi tindakan pemberian nutrisi melalui cawan yang dilakukan praktika dengan menggunakan format pemberian nutrisi melalui cawan

2. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi

- 2) Kerja
- 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 5
SOP Pemberian nutrisi melalui cup feeding (cawan)

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemerian nutrisi melalui cawan		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Ukur jumlah ASI dalam cawan		
9	Posisikan bayi pada posisi setengah tegak di pangkuan ibu		
10	Posisikan cawan di bibir bayi		
11	Letakkan cawan pada bibir bawah secara perlahan		
12	Sentuhkan tepi cawan sedemikian rupa hingga ASI menyentuh bibir bayi		
13	Jangan tungkan ASI ke mulut bayi		
14	Biarkan bayi menyusu sampai ASI dalam cawan habis		
15	Bersihkan mulut bayi dari sisa ASI/susu		
16	Sendawakan bayi		
17	Cuci tangan		
Tahap terminasi			
18	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
19	Evaluasi jumlah ASI yang masuk dan respon Bayi/anak		
20	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
21	Bereskan alat		

22	Cuci tangan		
23	Dokumentasikan tindakan dan asupan nutrisi bayi		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

Tabel 6
SOP Pemberian nutrisi melalui ngt/ogt

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemerian nutrisi melalui NGT/OGT		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Atur posisi bayi senyaman mungkin		
9	Pasang pengalas		
10	Letakkan bengkok		
11	Periksa sisa makanan di lambung dengan menggunakan spuit yang diaspirasikan ke pipa lambung. Jika residu tidak ada atau sedikit berikan nutrisi melalui NGT/OGT		
12	Buka klem atau penutup NGT/OGT		
13	Pasang spuit pada pangkal pipa		
14	Masukkan air matang kurang lebih 2 cc		
15	Berikan ASI/Susu formula sesuai program. Bila ada obat, masukkan obat kemudian bilas dengan air minum		
16	Klem pipa		
17	Rapikan alat		
18	Cuci tangan		

Tahap terminasi			
19	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
20	Evaluasi jumlah ASI yang masuk dan respon Bayi/anak		
21	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
22	Bereskan alat		
23	Cuci tangan		
24	Dokumentasikan tindakan dan respon bayi/anak selama pemberian makan		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK PERAWATAN PADA BAYI RISIKO TINGGI

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan wawasan kepada anda tentang bagaimana melakukan perawatan bayi dalam inkubator dan pemberian foto terapi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

1. Melakukan perawatan bayi dalam inkubator
2. Melakukan pemberian foto terapi pada bayi hiperbilirubin

B. URAIAN MATERI

1. Tindakan Fototerapi pada bayi Hiperbilirubin

Fototerapi menurunkan kadar bilirubin dengan cara memfasilitasi ekskresi bilirubin tak terkonjugasi. Hal ini terjadi jika cahaya yang diabsorpsi jaringan merubah bilirubin tak terkonjugasi menjadi dua isomer yang disebut fotobilirubin. Fotobilirubin bergerak dari jaringan ke pembuluh darah melalui mekanisme difusi. Di dalam darah fotobilirubin berikatan dengan albumin dan di kirim ke hati. Fotobilirubin kemudian bergerak ke empeduan di ekskresikan ke dalam duodenum untuk di buang bersama feses tanpa proses konjugasi oleh hati. Hasil foto degradasi terbentuk ketika sinar mengoksidasi bilirubin dapat dikeluarkan melalui urine.

Kriteria Alat Fototerapi :

- a. Menggunakan panjang gelombang 425-475 nm.
- b. Intensitas cahaya yang biasa digunakan adalah 6-12 mWatt/cm² per nm.
- c. Cahaya diberikan pada jarak 35-50 cm di atas bayi.
- d. Jumlah bola lampu yang digunakan berkisar antara 6-8 buah, terdiri dari biru (F20T12), cahaya biru khusus (F20T12/BB) atau daylight fluorescent tubes.

Prosedur pemberian Fototerapi:

- a. Tempatkan bayi di bawah sinar terapi sinar.
 - 1) Bila berat bayi 2 kg atau lebih, tempatkan bayi dalam keadaan telanjang pada basinet. Tempatkan bayi yang lebih kecil dalam inkubator.
 - 2) Letakkan bayi sesuai petunjuk pemakaian alat dari pabrik.
- b. Tutupi mata bayi dengan penutup mata, pastikan lubang hidung bayi tidak ikut tertutup. Jangan tempelkan penutup mata dengan menggunakan selotip.
- e. Balikkan bayi setiap 3 jam
- d. Motivasi ibu untuk menyusui bayinya dengan ASI ad libitum, paling kurang setiap 3 jam
- e. Selama menyusui, pindahkan bayi dari unit terapi sinar dan lepaskan penutup mata
- f. Pemberian suplemen atau mengganti ASI dengan makanan atau cairan lain (contoh: pengganti ASI, air, air gula, dll) tidak ada gunanya.
- g. Bila bayi menerima cairan per IV atau ASI yang telah dipompa (ASI perah), tingkatkan volume cairan atau ASI sebanyak 10% volume total per hari selama bayi masih diterapi sinar .
- h. Bila bayi menerima cairan per IV atau makanan melalui NGT, jangan pindahkan bayi dari sinar terapi sinar .
- i. Perhatikan: selama menjalani terapi sinar, konsistensi tinja bayi bisa menjadi lebih lembek dan berwarna kuning. Keadaan ini tidak membutuhkan terapi khusus.
- j. Teruskan terapi dan tes lain yang telah ditetapkan:
- k. Pindahkan bayi dari unit terapi sinar hanya untuk melakukan

prosedur yang tidak bisa dilakukan di dalam unit terapi sinar .

- l. Bila bayi sedang menerima oksigen, matikan sinar terapi sinar sebentar untuk mengetahui apakah bayi mengalami sianosis sentral (lidah dan bibir biru)
- m. Ukur suhu bayi dan suhu udara di bawah sinar terapi sinar setiap 3 jam. Bila suhu bayi lebih dari 37,5 C, sesuaikan suhu ruangan atau untuk sementara pindahkan bayi dari unit terapi sinar sampai suhu bayi antara 36,5 C-37,5 C.
- n. Ukur kadar bilirubin serum setiap 24 jam, keeualikasukasus-kasus khusus.
- o. Hentikan terapi sinar bila kadar serum bilirubin < 13mg/dL
- p. Bila kadar bilirubin serum mendekati jumlah indikasi transfusi tukar, persiapkan kepindahan bayi dan secepat mungkin kirim bayi ke rumah sakit tersier atau senter untuk transfusi tukar. Sertakan contoh darah ibu dan bayi.
- q. Bila bilirubin serum tidak bisa diperiksa, hentikan terapi sinar setelah 3 hari
- r. Setelah terapi sinar dihentikan
- s. Observasi bayi selama 24 jam dan ulangi pemeriksaan bilirubin serum bila memungkinkan, atau perkirakan keparahan ikterus menggunakan metode klinis.
- t. Bila ikterus kembali ditemukan atau bilirubin serum berada di atas nilai untuk memulai terapi sinar , ulangi terapi sinar seperti yang telah dilakukan. Ulangi langkah ini pada setiap penghentian terapi sinar sampai bilirubin serum dari hasil pemeriksaan atau perkiraan melalui metode klinis berada di bawah nilai untuk memulai terapi sinar.
- u. Bila terapi sinar sudah tidak diperlukan lagi, bayi bisa makan dengan baik dan tidak ada masalah lain selama perawatan, pulangkan bayi.
- v. Ajarkan ibu untuk menilai ikterus dan beri nasihat untuk membawa

kembali bayi bila bayi bertambah kuning.

2. Perawatan bayi dalam inkubator

Inkubator adalah suatu alat untuk membantu terdptnya suatu lingkungan yang optimal. Perawatan bayi dalam incubator adalah perawatan bayi dalam suhu lingkungan yang netral yaitu suatu keadaan dimana panas yang di hasilkan dapat mempertahankan suhu tubuh bayi tetap. Dalam pelaksanaanperawatandi dalam inkubator terdapat dua cara yaitu dengan cara tertutup dan terbuka.

a. Inkubator tertutup:

- 1) Inkubator harus selalu tertutup dan hanya dibuka dalam keadaan tertentu seperti apnea, dan apabila membuka inkubator usahakan suhu bayi tetap hangat dan oksigen harus selalu disediakan.
- 2) Tindakan perawatan dan pengobatandiberikan melalui hidung.
- 3) Bayi harus keadaan telanjang (tidak memakai pakaian) untuk memudahkan observasi
- 4) Pengaturan panas disesuaikan dengan berat badan dan kondisi tubuh.
- 5) Pengaturan oksigen selalu diobservasi.
- 6) Inkubator harus ditempatkan pada ruangan yang hangat klra-kira dengan suhu 27 derajat celcius.

b. Inkubator terbuka:

- 1) Pemberian inkubator dilakukan dalam keadaan terbuka saat pemberian perawatan pada bayi.
- 2) Menggunakan lampu pemanas untuk memberikan keseimbangan suhu normal dan kehangatan.

- 3) Membungkus dengan selimut hangat.
- 4) Dinding keranjang ditutup dengan kain atau yang lain untuk mencegah aliran udara.
- 5) Kepala bayi harus ditutup karena banyak panas yang hilang melalui kepala.
- 6) Pengaturan suhu inkubator disesuaikan dengan berat badan sesuai dengan ketentuan di bawah ini.

Langkah-langkah perawatan bayi dalam inkubator:

- a. Hangatkan inkubator sebelum digunakan
- b. Suhu inkubator yang direkomendasikan menurut berat dan umur bayi

	Suhu inkubator (C) menurut umur			
	35 C	34 C	33 C	32 C
< 1500 g	1-10 hari	11 hr-3mg	3-5mg	>5mg
1500-2000 g		1-10 hr	11 hr-4mg	>4mg
2100-2500 g		1-2hr	3hr-3mg	>3mg
>2500 g			1-2hr	>2hr

- c. Bila jenis inkubatornya berdinding tunggal, naikan suhu inkubator 1°(setiap perbedaansuhu 7°Cantara suhu ruang dan inkubator
- d. Bila diperlukan melakukan pengamatan seluruh tubuh bayi atau terapi sinar, lepas semua pakaian bayi dan segera diberi pakaian kembali setelah selesai
- e.. Tutup inkubator secepat mungkin, jaga lubang selalu tertutup agar inkubator tetap hangat
- f. Gunakan satu inkubator untuk satu bayi
- g. Periksa suhu inkubator dengan menggunakan termometer ruang

- dan ukur suhu aksila bayi tiap jam dalam 8 jam pertama, kemudian setiap 3 jam
- h. Bila suhu aksila $< 36,5\text{ C}$ atau $> 37,5\text{ C}$, atur suhu inkubator secepatnya
 - i. Bila suhu inkubator tidak sesuai dengan suhu yang sudah diatur, maka inkubator tidak berfungsi dengan baik. Atur suhu inkubator sampai tercapai suhu yang kita kehendaki atau gunakan cara lain untuk menghangatkan bayi
 - j. Bila bayi tetap dingin walaupun suhu inkubator telah diatur, lakukan manajemen suhu tubuh abnormal
 - k. Pindahkan bayi ke ibu secepat mungkin bila bayi sudah tidak menunjukkan tanda-tanda sakit

C. LATIHAN: PRAKTIK PEMBERIAN FOTOTERAPI

KASUS : Seorang bayi permepuan usia 8 hari dirawat dengan hiperbilirubin. Hasil pemeriksaan laboratorium kadar bilirubin total bayi tersebut 16 mg/dl, Bayi direncanakan mendapat fototerapi 3 x 24 jam.

Tugas : Lakukan tindakan pemberian fototerapi pada bayi tersebut dengan menggunakan phantom.

1. Persiapan Alat

- a. Blue light
- b. Celana blue light
- c. Format penggunaan blue light
- d. Kasa/kain yg sudah dilapisi karbon tidak tembus cahaya
- e. Plester
- f. Gunting

Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan bayi di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua

Pembagian Peran

- a. Bentuk kelompok
- b. Tentukan peran: model ibu pasien, dan model peran perawat
- c. Tentukan observer untuk mengobservasi tindakan

2. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 7

SOP Pemberian fototerapi

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemberian fototerapi		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Ukur suhu tubuh bayi		
9	Lepaskan pakaian bayi		
10	Tutup mata dengan penutup tidak tembus sinar dan lakukan fiksasi dengan plester agar tidak bergeser atau berubah posisi		
11	Atur lampu sinar dengan jarak ± 40 cm		
12	Lakukan secara terus menerus sesuai instruksi		
13.	Atur posisi bayi setiap 6 jam : telentang, miring kiri, miring kanan dan telungkup		
14	Apabila memberi ASI/Susu formula, angkat bayi dan buka penutup mata		
Tahap terminasi			
15	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
16	Mengevaluasi suhu bayi, suhu blu light, intake cairan dan lama penyinaran		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		
19	Cuci tangan		
20	Dokumentasikan tindakan dan kondisi perkembangan bayi		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Pemberian Fototerapi} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

Tabel 8
SOP Perawatan bayi dalam inkubator

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan perawatan bayi dalam inkubator		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Bersihkan inkubator dengan desinfektan setiap hari & bersihkan secara keseluruhan setiap minggu atau setiap akan digunakan		
8	Tutup matras dengan kain bersih		
9	Kosongkan air reservoir setiap hari untuk mencegah pertumbuhan bakteri		
10	Atur suhu sesuai umur dan berat badan bayi		
11	Hangatkan inkubator terlebih dahulu sebelum dipakai		
12	Letakkan bayi pada inkubator dalam keadaan telanjang (tidak memakai pakaian) untuk memudahkan observasi keadaan umum mis. Pernafasan dan warna tubuh		
13.	Tutup inkubator, jaga agar lubang selalu tertutup agar inkubator tetap hangat		
14	Gunakan satu inkubator untuk satu bayi		
15	Periksa inkubator dengan menggunakan termometer ruang dan ukur suhunya pada 8 jam pertama kemudian setiap 3 jam sekali		
16	Bila suhu inkubator < 36,5 C dan > 37,5 C, atur suhu inkubator secepatnya		
17	Bila inkubator tidak sesuai dengan suhu yang sudah diatur maka inkubator tidak berfungsi dengan baik		
Tahap terminasi			
15	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
16	Evaluasi keadaan klien		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		

19	Cuci tangan		
20	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Perawatan bayi dalam inkubator} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK ASUHAN KEPERAWATAN ANAK SEHAT

A. PENDAHULUAN

Modul ini akan membahas tentang bagaimana mempraktikkan tindakan keperawatan pada anak sehat. Praktek didesain dalam laboratorium keperawatan dengan menggunakan kasus dan pasien model atau dilakukan pada situasi nyata dengan membawa anak ke laboratorium keperawatan. Mahasiswa akan didorong untuk mendemonstrasikan tindakan pada anak sehat antara lain screening tumbuh kembang dengan menggunakan Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDISTK/KPSP) dan pengisian buku KIA/KMS, pemeriksaan antropometri, Pemberian Imunisasi dasar; cara pemberian ASI dan memandikan bayi. Setelah mempelajari Modul ini diharapkan mahasiswa mampu melaksanakan tindakan/keterampilan keperawatan pada anak sehat sesuai dengan tahap tumbuh kembangnya.

Fokus pembahasan pada modul ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktekan tindakan keperawatan yang sering dilakukan pada anak sehat, yang dibagi menjadi 5 kegiatan praktik sebagai berikut:

1. Praktik Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK)
2. Praktek Pengisian buku KIA/KMS
3. Praktek Pemberian imunisasi dasar
4. Praktek Cara pemberian ASI
5. Praktek Memandikan dan pijat bayi.

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat Anda mencoba mempraktekan atau mendemonstrasikan tindakan-tindakan keperawatan pada anak sehat yang sering dilakukan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak serta menjaga status kesehatan anak.

Modul ini berisi Petunjuk Praktek yang akan disajikan berdasarkan langkah-langkah dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan sehingga akan memberikan pengalaman kepada Anda dalam melakukan intervensi keperawatan sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada anak sehat. Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktek adalah:

- 1) Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
- 2) Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa Anda telah memahami.
- 3) Membaca petunjuk pratikum dengan teliti
- 4) Membaca setiap langkah yang tercantum dalam SOP.
- 5) Menyiapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/keterampilan yang akan dipraktikkan.
- 6) Memperhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
- 7) Praktekkan / demonstrasikan setiap tindakan sesuai dengan prosedur
- 8) Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Praktik Simulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK)

A. PENDAHULUAN

Kegiatanpraktek ini akan memberikan wawasan tentang bagaimana melakukan stimulasi dan deteksi dini terhadap tumbuh kembang anak sesuai dengan tahap usia. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

- 1) Melakukan deteksi pertumbuhan dan perkembangananak pada balita dan anak usia prasekolah.
- 2) Melakukan pemeriksaan daya dengar dan daya lihat
- 3) Melakukan pemeriksaan penyimpangan emosional
- 4) Memberikan penyuluhan stimulasi tumbuh kembang pada balita dan anak pra sekolah.

B. URAIAN MATERI

Anak memiliki suatu ciri yang khas yaitu selalu tumbuh dan berkembangsejak konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan bagian penting yang perlu dikaji dalam memberikan asuhan keperawatanpada anak.

Pertumbuhan adalah pertambahan atau peningkatan ukuran tubuh seperti tinggi badan, berat badan dan linqkar kepala. Sedangkanperkembanganadalah peningkatan keterampilan dan kemampuan individu yang terjadi sepanjang hidupnya seperti sensorik (dengar, lihat, raba, rasa dan cium), motorik (gerak kasar dan halus), kognitif (pengetahuan dan kecerdasan), komunikasi/berbahasa, emosi-sosial, serta kemandirian. Menurut Soetjningsih (2014) faktor utama yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak, adalah factor genetik dan factor lingkungan. Faktor genetik

merupakan modal dasar dan mempunyai peran utama dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui instruksi genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Pertumbuhan ditandai oleh intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang. Yang termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai tidaknya potensi genetik. Lingkungan ini merupakan lingkungan biofisikopsikososial yang memengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya. Faktor lingkungan ini dapat meliputi lingkungan pranatal, lingkungan postnatal, dan faktor hormonal.

Selama 1000 Hari pertama kehidupan merupakan periode emas yang harus benar-benar diperhatikan selama masa tumbuh kembang anak. Pembinaan tumbuh kembang anak secara komprehensif dan berkualitas diselenggarakan melalui kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dilakukan pada masa kritis atau masa emas tersebut.

Stimulasi dini adalah kegiatan merangsang kemampuan dasar anak usia 0-6 tahun agar anak mencapai tumbuh kembang yang optimal sesuai potensi yang dimilikinya. Anak usia 0-6 tahun perlu mendapatkan stimulasi rutin sedini mungkin dan terus-menerus pada setiap

kesempatan. Kurangnya stimulasi dapat menyebabkan penyimpangan tumbuh-kembang yang bahkan dapat menyebabkan gangguan yang menetap. Stimulasi kepada anak hendaknya bervariasi dan ditujukan terhadap kemampuan dasar anak yaitu: kemampuan gerak kasar, kemampuan gerak halus, kemampuan bicara dan bahasa, kemampuan sosialisasi dan kemandirian, kemampuan kognitif, kreatifitas dan moral-spiritual.

1. PEMERIKSAAN PERTUMBUHAN

Pemeriksaan pertumbuhan pada anak dapat dilakukan dengan pengukuran tinggi badan, berat badan serta lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut dan lingkaran fengan atas. Pengukuran ini juga bisa disebut dengan antropometrik.

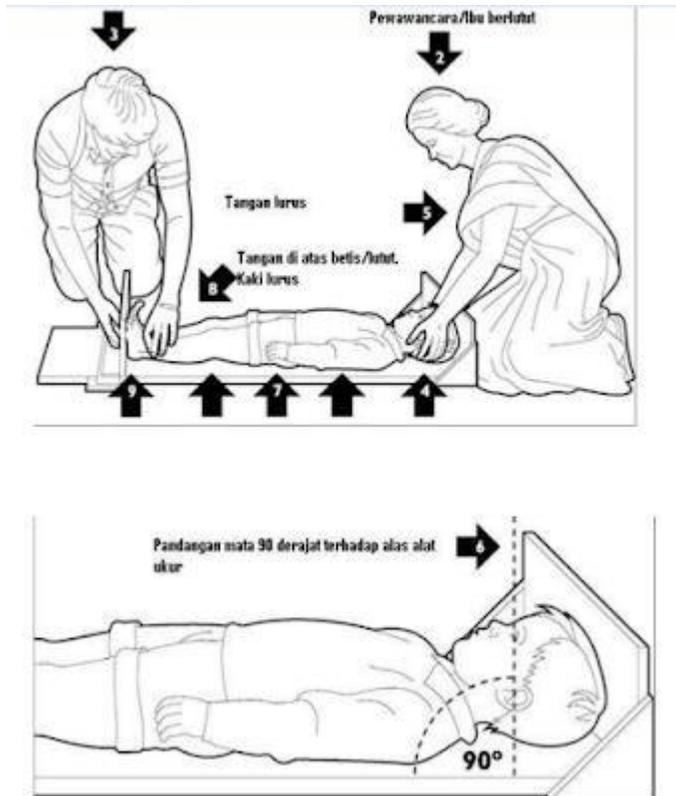
1. Tinggi Badan (TB)/Panjang Badan (PB)

Pengukuran Panjang badan atau tinggi badan dapat dilakukan dengan dua cara.

a. Cara mengukur dengan posisi berbaring

- 1) Cara pengukuran ini dilakukan untuk anak <24 bulan oleh 2 orang tenaga kesehatan.
- 2) Alat yang digunakan adalah infatometer.
- 3) Bayi dibaringkan supine (telentang) pada alas yang datar.
- 4) Kepala bayi menempel pada pembatas angka 0.
- 5) Petugas 1, memegang kepala bayi dengan kedua tangan agar kepala bayi tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala).

- 6) Petugas 2, menekan lutut bayi dengan lengan kiri agar lutut bayi lurus, sedangkan tangan kiri menjaga agar posisi kaki tetap lurus (tidak fleksi ataupun ekstensi). Tangan kanan menekan batas kaki ke telapak kaki.
- 7) Baca angka pengukuran yang telah dilakukan.



Gambar 4
Pengukuran Panjang badan bayi/anak

b. Cara mengukur dengan posisi berdiri.

Untuk cara yang ke dua dilakukan pada anak yang berusia > 24 bulan atau anak yang sudah dapat berdiri. Alat yang baik digunakan untuk pengukuran dengan posisi berdiri adalah microtoice. Cara pengukuran tinggi badan anak :

- 1) Pada saat pengukuran minta anak untuk melepaskan alas kaki

dan melepas hiasan atau dandanan rambut yang mungkin dapat mempengaruhi hasil pengukuran TB anak.

- 2) Mintalah anak untuk berdiri tegak menghadap lurus ke arah depan dengan kedua mata kaki rapat.
- 3) Pastikan kepala, tulang bahu, pantat dan tumit menempel di papan pengukurjdinding.
- 4) Mintalah anak untuk mengambil nafas panjang.
- 5) Dengan tangan kanan Anda, turunkan meteran alat pengukur hingga pas di atas kepala si anak. Pastikan Anda menekan rambut anak (menempel di ubun-ubun).
- 6) Jika posisi anak sudah betul, baca dan catatlah hasil pengukuran.



Gambar 5
Cara mengukur Tinggi Badan

2. Berat Badan (BB)

Berat badan merupakan salah satu indikator untuk menilai keadaan gizi anak serta pertumbuhan anak. Pengukuran berat badan pada anak dapat menggunakan beberapa alat timbangan seperti timbangan

bayi untuk bayi yang belum bisa berdiri atau bayi usia < 24 bulan dengan BB maksimal 20 kg, timbangan injak serta timbangan dacin yang biasadigunakandi posyandu.

a. Timbangan bayi

Timbangan ini digunakan untuk menimbanganak sarnpai usia 2 tahun dengan maksimal BB < 20 Kg. Carapenggunaannya adalah:

- 1) Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang.
- 2) Lihat jarum atau angka harus menunjukkan ke angka 0.
- 3) Bayi sebaiknya telanjang, tanpa topi, kaos kaki dan sarung tangan.
- 4) Baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan. Bila ingin menggunakan alas pada timbangan, ingat untuk kurangi pengukuran berat badan dengan beratnya.alas.
- 5) Lihat sampai jarum timbangan berhenti.
- 6) Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan. Usahakan bayi dalam keadaan tenang sehingga jarum timbangan dapat menunjukkan angka yang akurat.

b. Timbangan injak.

- 1) Letakkan alat timbangan di lantai yang datar/keras sehingga tidak mudah bergerak.
- 2) Pastikan posisi jarum harus menunjukkan ke angka 0.
- 3) Sebaiknya anak memakai baju sehari-hari yang tipis, tidak memakai alas kaki, jaket, topi, jam tangan, kalung dan tidak memegang sesuatu.
- 4) Setelah dilakukan persiapan alat dan persiapan anak maka lakukan pengukuran pada anak. Cara pengukuran berat badan anak menggunakan timbangan injak dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a) Anak bisa berdiri.

- Ketika alat timbangan sudah menunjukkan angka 0 mintalah anak tersebut untuk berdiri di tengah-tengah alat timbangan.
- Pastikan posisi badan anak dalam keadaan berdiri tegak, mata/kepala lurus ke arah depan, kaki tidak menekuk. Anda dapat membantu anak tersebut berdiri dengan baik di atas timbangan dan anjurkan anak untuk mengurangi gerakan yang tidak perlu sehingga tidak mempengaruhi hasil penimbangan.
- Setelah anak berdiri dengan benar, lihat jarum petunjuk angka ditimbangan dan catat hasilnya. Kemudian minta anak tersebut untuk turun dari timbangan.

b) Bayi/anak belum bisa berdiri.

- Jika anak belum bisa berdiri, maka minta ibu/pengasuh untuk menggendong anak tanpa selendang dan alas kaki. Ketika alat timbangan menunjukkan angka 0 mintalah ibu dengan menggendong sang anak untuk berdiri di tengah-tengah alat timbangan.
- 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.
- Setelah ibu berdiri dengan benar, lihat jarum petunjuk angka di timbangan dan catat hasilnya. Kemudian mintalah ibu untuk turun dari timbangan Ulangi pengukuran, kali ini hanya ibu saja yang ditimbang tanpa menggendong anaknya.

- Setelah penimbangan selesai maka kurangi hasil timbangan Ibu saat menggendong anaknya dengan hasil timbangan berat badan Ibu. Hasil tersebut merupakan berat badan bayinya.

c) Timbangan Dacin

Berikut cara menimbang balita dengan menggunakan dacin yang biasa menggunakan istilah 9 (Sembilan) langkah penimbangan :

Langkah 1 : Gantungkan dacin pada dahan pohon, palang rumah atau penyanggah khusus yang sudah dibuat sebelumnya, serta pasang tali pengaman pada ujung batang dacin. Pastikan posisi batang dacin harus sejajar dengan mata orang yang akan membaca hasil penimbangan

Langkah 2 : Periksa apakah dacin sudah tergantung kuat. Cara untuk memeriksa ialah dengan cara menarik dacin kuat-kuat ke bawah. Hal tersebut sangat penting karena berhubungan dengan keselamatan balita yang akan ditimbang. Jika dacin tidak tergantung kuat dan terjadi insiden dimana dacin terlepas dan menimpa balita yang ditimbang, maka hal tersebut akan berhubungan dengan hukum dan pihak yang berwajib.

Langkah 3 : Geser bandul dacin pada angka nol

Langkah 4 : Pasang sarung timbang

Langkah 5 : Seimbangkan dacin dengan cara menggantung kantong (bisa terbuat dari kantong plastic atau kain yang dibuat khusus) yang berisi pasir pada ujung batang dacin. Penggunaan pasir dimaksudkan agar proses penyeimbangan dapat dilakukan dengan mudah, kalau tidak ada pasir, beras atau jagung juga boleh.

Langkah 6 : Masukkan balita ke dalam sarung timbang dan seimbangkan dacin. Hal-hal yang perlu di perhatikan sebelum anda

memasukan balita ke dalam sarung timbang ialah pastikan pakaian yang digunakan anak seminimal mungkin, lepaskan topi (jika menggunakan topi), sepatu, kaos kaki, pempers, dll. Tindakan tersebut bertujuan agar barang-barang tersebut tidak mempengaruhi berat badan balita yang sesungguhnya. Pada bagian ini dibutuhkan keterampilan dan kesabaran seorang Kader Posyandu untuk membaca hasil penimbangan, karena umumnya balita akan meronta dan membuat dacin sulit untuk diseimbangkan.

Langkah 7 : Tentukan berat badan balita dengan membaca angka yang terdapat pada ujung bandul geser.

Langkah 8 : Catat hasil penimbangan

Langkah 9 : Geser kembali bandul geser ke angka nol, letakkan batang dacin pada tali pengaman, selanjutnya keluarkan anak pada sarung timbang.

3. Lingkar Kepala

Pengukuran lingkar kepala sangat penting dilakukan pada anak usia dibawah 5 tahun. Tujuan pemantauan adalah untuk menilai pertumbuhan dan ukuran otak anak serta dapat mendeteksi sejak dini adanya gangguan perkembangan otak. Cara pengukuran lingkar kepala adalah:

- a. Siapkan pita pengukur kepala (meteran)
- b. Lingkarkan pita pengukur pada kepala anak melewati dahi, di atas kedua telinga dan bagian belakang kepala yang menonjol (tulang oksiput) tarik agak kencang sampai kedua ujung meteran bertemu di angka 0.



Gambar 6 **Mengukur Kepala**

c. Terakhir cantumkan hasil pengukuran. kepala dan lihat pada kurva lingkaran kepala untuk menilai hasil yang di dapatkan

. 4. Lingkaran dada

Ukur lingkaran dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).

5. Lingkaran lengan Atas

Lingkaran lengan atas (ILA) menggambarkan tumbuh kembang jaringan lemak di bawah kulit dan otot yang tidak banyak terpengaruh oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan (BB). ILA lebih sesuai untuk dipakai menilai keadaan gizi/tumbuh kembang pada anak kelompok umur prasekolah (1-5 tahun). Pengukuran ILA ini mudah, murah, alat bisa dibuat sendiri dan bisa dilakukan oleh siapa saja. Alat yang digunakan biasanya adalah pita ukur elastis. Namun, penggunaan ILA ini lebih tepat untuk mengidentifikasi anak dengan gangguan gizi/pertumbuhan fisik yang berate

Cara pengukuran Lingkaran lengan Atas:

a. Tentukan lokasi lengan yang diukur.

1) Pengukuran dilakukan pada lengan bagian kiri, yaitu pertengahan pangkal lengan dan siku.

2) Pemilihan lengan kiri tersebut dengan pertimbangan bahwa aktivitas lengan kiri lebih pasif dibandingkan dengan lengan kanan sehingga ukurannya lebih stabil,

b. lingkarkan alar pengukur pada lengan bagian atas seperti pada gambar (dapat digunakan pita pengukur). Hindari penekanan pada

- lengan yang diukur saat pengukuran.
- c. Tentukan besar lingkaran lengan sesuai dengan angka yang tertera pada pita pengukur.

2. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan: gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian. Aspek-aspek perkembangan yang dipantau:

- 1) Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri dan sebagainya.
- 2) Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis dan sebagainya.
- 3) Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
- 4) Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/orang tua anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya dan sebagainya.

3. SKRINING PERKEMBANGAN

Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP (Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan) adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Jika anak belum

mencapai umur skrining tersebut, minta ibu datang kembali pada umur skrining yang terdekat untuk pemeriksaan rutin. Apabila orang tua datang dengan keluhan anaknya mempunyai masalah tumbuh kembang, sedangkan umur anak bukan umur skrining maka pemeriksaan menggunakan KPSP untuk umur skrining terdekat yang lebih muda. Ingatkan Ibu/orang tua untuk anak yang berusia 3 bulan-24 bulan (2 tahun) supaya membawa anaknya ke posyandu/puskesmas setiap 3 bulan untuk mendapatkan pelayanan SDITK. Sedangkan, untuk anak yang berusia > 2 tahun sampai 6 tahun dibawa ke puskesmas atau posyandu setiap 6 bulan. Alat/instrumen yang digunakan adalah:

- a. Formulir KPSP menurut umur. Formulir ini berisi 9-10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak. Sasaran KPSP anak umur 0- 72 bulan.
- b. Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tenis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0.5-1 cm.

"Bagaimana Cara pemeriksaan KPSP?"

- c. Pada waktu pemeriksaan/skrining, anak harus dibawa.
- d. Umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir. Bila umur anak lebih 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan.
- e. Setelah menentukan umur anak, pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak.
- f. KPSP terdiri ada 2 macam pertanyaan, yaitu:
 - 1) Pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh anak, contoh: "Dapatkah bayi makan kue sendiri 7"
 - 2) Perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas untuk melaksanakan tugas yang tertulis pada KPSP. Contoh: "Pada posisi bayi anda

telentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk".

- g. Jelaskan kepada orangtua agar tidak ragu-ragu atau takut menjawab, oleh karena itu pastikan ibu/pengasuh anak mengerti apa yang ditanyakan kepadanya.
- h. Tanyakan pertanyaan tersebut secara berturutan, satu persatu. Setiap pertanyaan hanya ada 1 jawaban, ya atau tidak. Catat jawaban tersebut pada formulir.
- i. Ajukan pertanyaan yang berikutnya setelah ibu/pengasuh anak menjawab pertanyaan terdahulu.
- j. Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.
- k. Hitunglah berapa jumlah jawaban ya.
 - ~ Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh anak menjawab: anak bisa atau pernah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.
 - ~ Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh anak menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pernah atau ibu/pengasuh anak tidak tahu.
- I. Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (5).
- m. Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
- n. Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
- o. Untuk jawaban 'Tidak', perlu dirinci jumlah jawaban 'Tidak' menurut jenis keterlambatan(gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

4. PEMERIKSAAN TES DAYA DENGAR (TDD)

- 1) Tujuan: untuk menemukan gangguan pendengaran sejak dini, agar dapat segera ditindak lanjuti untuk meningkatkan kemampuan daya dengar dan bicara anak.
- 2) Jadwal: setiap 3 bulan pada bayi kurang dari 12 bulan dan setiap 6 bulan pada anak usia 12 bulan ke atas. Tes ini dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK, tenaga PAUD, dan petugas terlatih lainnya.
- 3) Alat yang diperlukan
 - a. Instrument TDD menurut umur anak
 - b. Gambar binatang (ayam, anjing, kucing) dan manusia
 - c. Mainan (boneka, kubus, sendok, cangkir, dan bola)
- 4) Cara melakukan TDD: tanyakan tanggal, bulan dan tahun anak lahir, hitung umur anak dalam bulan, pilih daftar pertanyaan TDD yang sesuai dengan umur anak
 - a. Pada anak umur kurang dari 24 bulan:
 - 1) Semua pertanyaan harus dijawab oleh orang tua/ pengasuh anak. Tidak usah ragu- ragu atau takut menjawab karena tidak untuk mencari siapa yang salah.
 - 2) Sacakan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu dan berurutan.
 - 3) Tunggu jawaban dari orang tua atau pengasuh anak.
 - 4) Jawaban "ya" jika menurut orang tua/ pengasuh, anak dapat melakukannya dalam 1 bulan terakhir.
 - b. Pada anak umur 24 bulan atau lebih:

- 1) Pertanyaan- pertanyaan berupa perintah melalui orang tua/ pengasuh untuk dikerjakan oleh anak.
- 2) Amati kemampuan anak dalam melakukan perintah orang tua atau pengasuh.
- 3) Jawaban "ya" jika anak dapat melakukan perintah orang tua/ pengasuh.
- 4) Jawaban "tidak" jika anak tidak dapat atau tidak mau melakukan perintah orang tua/ pengasuh.
- 5) Interpretasi
 - a) Bila ada satu atau lebih jawaban "tidak", kemungkinan anak mengalami gangguan pendengaran.
 - b) .Catat dalam buku KIA atau kartu kohort bayi/ balita/ status/ catatan medic anak jenis kelainan
- 6) Intervensi:
 - a) Tindak lanjut sesuai dengan buku pedoman yang ada
 - b) Rujuk ke RS bila tidak dapat ditanggulangi

5. PEMERIKSAAN TES DAYA LIHAT (TDL)

- 1) Tujuan: untuk mendeteksi secara dini kelainan dapat dilihat agar segera dapat dilakukan tindakan lanjutan sehingga kesempatan untuk memperoleh ketajaman daya lihat menjadi lebih besar.
- 2) Jadwal: dilakukan setiap 6 bulan pada anak usia prasekolah umur 36- 72 bulan. Tes ini oleh tenaga kesehatan, guru TK, petugas PAUD terlatih.
- 3) Alat yang diperlukan:
 - a. Ruangan yang bersih, tenang dengan penyaluran yang baik.
 - b. Dua buah kursi , satu untuk anak, satu untuk pemeriksa.
 - c. Poster "E" untuk diqantung dari kartu "E" untuk dipegang anak.
 - d. Alat penunjuk

4) Cara melakukan tes daya lihat

- a. Pilih suatu ruang bersih dan tenang dengan penyaluran yang baik.
- b. Gantungkan poster "E" setinggi mata anak pada posisi duduk.
- c. Letakkan sebuah kursi sejauh 3 meter dari poster "E" menghadap ke poster "E".
- d. Letakkan sebuah kursi lainnya disamping poster "E" untuk pemeriksa.
- e. Pemeriksa memerikan kartu "E" pada anak. Latih anak dalam mengarahkan kartu E menghadap ke atas, bawah, kiri, kanan, sesuai ditunjuk pada poster "E" oleh pemeriksa, beri pujian setiap kali anak mau melakukannya. Lakukan hal ini sampai anak dapat mengarahkan kartu "E" dengan benar.
- f. Selanjutnya anak diminta menutup sebelah matanya dengan buku/kertas
- g. Dengan alat penunjuk, tunjuk huruf "E" pada poster satu-persatu mulai garis pertama sampai garis ke empat atau garis "E" terkecil yang masih dapat dilihat,
- h. Uji anak setiap kali dapat mencocokkan posisi kartu "E" yang dipegangnya dengan huruf "E" pada poster.
- i. Ulangi pemeriksaan tersebut pada mata satunya dengan cara yang sama.
- j. Tulis baris "E" terkecil yang masih dapat dilihat pada kertas yang telah disediakan

5) Interpretasi

Anak prasekolah umumnya tidak mengalami kesulitan sampai baris ke-3 pada poster "E" bila kedua mata anak tidak dapat melihat garis ke-3 poster "E" artinya tidak dapat mencocokkan arah kartu "E" yang

dipegangnya dengan arah "E" pada baris ke-3 yang ditunjuk oleh pemeriksa, kemungkinan anak mengalami gangguan daya lihat.

6) Intervensi

Bila kemungkinan mengalami gangguan daya lihat, minta anak datang lagi untuk pemeriksaan ulang. Bila pada pemeriksaan berikutnya, anak tidak dapat melihat sampai baris yang sama atau tidak dapat melihat garis yang sama dengan kedua matanya, rujuk ke RS dengan menuliskan mata yang mengalami gangguan (kanan, kiri, atau keduanya).

6. DETEKSI DINI PENYIMPANGAN MENTAL EMOSIONAL

Deteksi dini penyimpangan mental emosional adalah kegiatan atau pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak, agar dapat segera dilakukan tindakan intervensi. Alat yang digunakan untuk mendeteksi yaitu:

- 1) Kuesioner masalah mental emosional (KMME) Bagi anak umur 36 bulan-72 bulan
- 2) Ceklis autisme anak pra sekolah (*Checklist for Autism in Toddlers CHA7*) bagi anak umur 18-36 bulan
- 3) Formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) menggunakan *Abbreviated Conner Rating Scale* bagi anak umur 36 bulan keatas.

7. DETEKSI DINI MASALAH MENTAL EMOSIONAL PADA ANAK PRA SEKOLAH

- 1) Tujuannya adalah untuk mendeteksi secara dini adanya penyimpangan atau masalah mental emosional pada anak prasekolah
- 2) Jadwal deteksi dini masalah mental emosional adalah rutin setiap 6 bulan pada anak umur 36-72 bulan. Jadwal ini sesuai dengan jadwal skrining atau pemeriksaan perkembangan anak.
- 3) Alat yang digunakan adalah KMME yang terdiri dari 12 pertanyaan untuk mengenali problem mental emosional anak umur 36-72 bulan.
- 4) Cara melakukan:
Tanyakan setiap pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring satu persatu perilaku yang tertulis pada KMME kepada orang tua atau pengasuh anak
→ Catat jawaban "Ya", kemudian hitung jumlah jawaban "YA"
- 5) Interpretasi
Bila ada jawaban "YA", maka kemungkinan anak mengalami masalah mental emosional.
- 6) Intervensi
Bila jawaban "ya" hanya 1 :
 - a. Lakukan konseling kepada orang tua menggunakan Buku Pedoman Pola asuh yang mendukung Perkembangan Anak
 - b. Lakukan evaluasi setelah 3 bulan, bila tidak ada perubahan rujuk ke Rumah Sakit yang memiliki fasilitas kesehatan jiwa atau tumbuh kembang anak.
Bila jawaban "ya" ditemukan 2 atau lebih :
Rujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas kesehatan jiwa atau tumbuh kembang anak. Rujukan harus disertai informasi mengenai jumlah dan masalah mental emosional yang ditemukan.

8. DETEKSI DINI AUTISM PADA ANAK PRA SEKOLAH

- 1) Tujuannya adalah untuk mendeteksi secara dini adanya autisme pada anak umur 18-36 bulan
- 2) Jadwal deteksi dini autisme pada anak prasekolah dilakukan atas indikasi atau bila ada keluhan dari ibu atau pengasuh anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, BKB, petugas PAUD, pengolah TPA dan guru TK. Keluhan tersebut dapat berubah berupa salah satu atau lebih keadaan di bawah ini:
 - a. Keterlambatan bicara
 - b. Gangguan komunikasi atau interaksi sosial
 - c. Perilaku yang berulang-ulang.
- 3) Alat yang digunakan adalah CHAT. CHAT ini ada dua jenis pertanyaan:
 - a. Ada 9 pertanyaan yang dijawab oleh orang tua pengasuh anak. Pertanyaan diajukan secara berurutan, satu persatu. Jelaskan kepada orang tua untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab.
 - b. Ada 5 pertanyaan bagi anak, untuk melaksanakan tugas seperti yang tertulis CHAT
- 4) Cara menggunakan CHAT
 - a. Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu-persatu perilaku yang tertulis pada CHAT kepada orang tua atau pengasuh anak.
 - b. Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan tugas CHAT.
 - c. Catat jawaban orang tua atau pengasuh anak dan kesimpulan hasil pengamatan kemampuan anak, ya atau tidak. Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.

5) Interpretasi .

- a. Resiko tinggi menderita autisme : bila jawaban "tidak" pada pertanyaan AS, A7, B2, B3 dan B4.
- b. Resiko rendah menderita autisme : bila jawaban "tidak" pada pertanyaan A7 dan B4.
- c. Kemungkinan gangguan perkembangan lain : bila jawaban "tidak" jumlahnya 3 atau lebih untuk pertanyaan A1-A4, A6, AS, A9, B1 dan BS.
- d. Anak dalam batas normal bila tidak termasuk dalam kategori 1,2, dan 3.

6) Intervensi

Bila anak resiko menderita autisme atau kemungkinan ada gangguan perkembangan, rujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas kesehatan jiwa/tumbuh kembang anak.

9. DETEKSI DINI GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH) PADA ANAK PRASEKOLAH .

- 1) Tujuannya adalah untuk mengetahui secara dini pada anak adanya GPPH pada anak umur 36 bulan ke atas
- 2) Jadwal deteksi dini GPPH pada anak prasekolah dilakukan atas indikasi atau bila ada keluhan dari orang tua atau pengasuh anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, BKB, petugas PAUD, pengelola TPA dan guru TK. Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan di bawah ini :
 - a. Anak tidak bisa duduk tenang
 - b. Anak selalu bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal lelah

- c. Perubahansuasanahati yang mendadakatau impulsive
- 3) Alat.yang digunakanadalahformulir deteksi dini GPPH formulir ini terdiri dari 10 pertanyaan yang ditanyakan kepada orang tua atau pengasuh anak atau guru TK dan pertanyaan yang perlu pengamatan pemeriksa.
- 4) Cara menggunakan formulir deteksi dini GPPH :
 - a. Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu-persatu perilaku yang tertulis pada formulir deteksi dini GPPH. Jelaskan kepada orang tua atau pengasuh anak untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab.
 - b. Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan pertanyaan pada formulir deteksi dini GPPH.
 - c. Keadaan yang ditanyakan atau diamati ada pada anak dimanapun anak berada, misal ketika di rumah, sekolah, pasar, toko, dan lain-lain.Setiap saat dan ketika anak denngan siapa saja.
 - d. Catat jawaban dan hasll pengamatan perilaku anak selama dilakukan pemeriksaan, Teliti kembali apakahsemua pertanyaantelah dijawab.
- 5) Interpretasi

Beri nilai pada masing-masing jawaban sesuai dengan bobot nilai brikut ini dan jumlahkan nilai masing-masingjawaban menjadi nilai total.

 - a. Nilai 0 :jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak
 - b. Nitai 1 :jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak
 - c. Nilai 2 :jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak
 - d. Nitai 3 :jika keadaan tersebut selaluada padaanak. Bila nila total 13 atau lebih anak kemungkinandengan GPPH
- 6) Intervensi
 - a. anak dengan kemungkinan GPPH perlu dirujuk ke RS yang memiliki

- fasilitas kesehatan jiwa/ tumbuh kembang anak.
- b. bila nilai total kurang dari 1 tetapi Anda ragu- ragu jadwalkan pemeriksaan ulang 1 bulan kemudian. ajukan pertanyaan kepada orang-orang terdekat dengan anak.

C. LATIHAN PEMERIKSAAN PERTUMBUHAN (ANTROPOMETRI)

Ilustrasi kasus : Seorang bayi perempuan usia 15 bulan dibawa oleh ibunya ke poli anak untuk mengetahui apakah berat badan bayi normal atau tidak.

Tugas : Lakukan pemeriksaan Antropometri terhadap bayi tersebut dengan menggunakan pantom.

1. Persiapan Alat

- a. Alat ukur panjang badan
- b. Timbangan Berat Badan
- a. Midline/meteran
- b. Pantom bayi

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan Lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu
- b. Atur lingkungan aman dan libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- d. Post Interaksi

Tabel 9
SOP Antropometri

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan antropometri bayi dan anak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Timbang berat badan dengan benar		
8	Ukur tinggi badan/panjang badan dengan tepat		
9	Ukur lingkaran kepala dengan tepat		
10	Ukur lingkaran dada dengan tepat		
11	Ukur lingkaran perut dengan tepat		
12	Ukur lingkaran lengan atas dengan tepat		
13	Catat setiap setelah melakukan satu pengukuran		
Tahap terminasi			
14	Simpulkan kegiatan		
15	Evaluasi perasaan klien		
16	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
17	Bereskan alat		
18	Cuci tangan		
24	Dokumentasikan tindakan dan respon bayi/anak		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

LATIHAN PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN DENGAN KPSP

Ilustrasi kasus :

Seorang anak laki-laki dibawa ke posyandu oleh ibunya untuk dilakukan pemantauan perkembangan. Ibu mengatakan tanggal lahir anaknya 10 Mei 2017.

Tugas : Lakukan pemeriksaan perkembangan dengan KPSP terhadap anak tersebut dengan menggunakan pasien model.

1. Persiapan Alat

- a. Formulir KPSP menurut umur
- b. Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tenis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 em sebanyak 6 buah, kismis, kaeang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0.5-1 cm.

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu
- b. Atur lingkungan aman dan libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 10**SOP Pemberiksaan perkembangan dengan KPSP**

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemeriksaan perkembangan bayi dan anak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Tentukan umur anak		
8	Pilih formulir KPSP sesuai dengan umur anak		
9	Tanyakan setiap pertanyaan pada formulir KPSP secara berurutan		
10	Hitung jumlah jawaban ya		
11	Tentukan hasil penilaian perkembangan anak		
Tahap terminasi			
14	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
15	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		
19	Cuci tangan		
20	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Keterangan :

- Bila nilai kpsp 9-10 (Sesuai)
- Bila nilai KPSP 7-8 (Meragukan)
- Bila nilai KPSP ≤ 6 (Penyimpangan)

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}}$ x 100%
Pemeriksaan perkembangan

LATIHAN PEMERIKSAAN DAYA DENGAR (TDD)

Ilustrasi kasus : Seorang anak perempuan diantar ke posyandu oleh ibunya untuk dilakukan tes daya dengar. Ibu mengatakan anaknya lahir tanggal 16 Juni 2019.

Tugas : Lakukan tes daya dengar terhadap anak tersebut dengan menggunakan pasien model.

1. Persiapan Alat

- a. Instrumen TDD menurut umur
- b. Gambar binatang (ayam, anjing, kucing), manusia
- c. Mainan(boneka, kubus, sendok, cangkir, bola)

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu
- b. Atur lingkungan aman dan libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 11**SOP Penilaian TES DAYA DENGAR (TDD)**

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemeriksaan Tes Daya Dengar		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Tentukan umur anak		
8	Pilih instrument TDD sesuai dengan umur anak		
9	Tanyakan setiap pertanyaan pada instrumen TDD		
10	Simpulkan hasil pemeriksaan		
Tahap terminasi			
11	Simpulkan kegiatan		
12	Evaluasi perasaan klien		
13	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
14	Bereskan alat		
15	Cuci tangan		
16	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

LATIHAN TES DAYA LIHAT (TDL)

Ilustrasi kasus : Seorang anak laki-laki usia 4 tahun diantar ke posyandu oleh ibunya untuk dilakukan tes daya lihat.

Tugas : Lakukan tes daya lihat terhadap anak tersebut dengan menggunakan pasien model.

1. Persiapan Alat

- a. Ruang yang bersih, tenang dengan penyiara yang baik
- b. Dua buah kursi, satu untuk anak, satu untuk pemeriksa
- c. Poster "Elf" untuk digantung dan kartu "Elf" untuk dipegang anak
- d. Alat penunjuk

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu
- b. Atur lingkungan aman dan penyiara cukup

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 12**SOP Penilaian TES DAYA LIHAT (TDL)**

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemeriksaan Tes Daya Lihat pada anak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Pilih ruangan yang bersih, tenang dengan penyorotan yang baik		
8	Gantung Poster "E" setinggi mata anak dalam posisi duduk		
9	Letakkan sebuah kursi sejauh 3 meter dari poster "E" menghadap ke poster "E"		
10	Letakkan kursi lainnya di samping poster "E" untuk pemeriksa		
11	Pemeriksa memberikan kartu 'E' pada anak. Latih anak dalam mengarahkan kartu "E" menghadap ke atas, bawah, kiri dan kanan sesuai yang ditunjuk pada poster "E" oleh pemeriksa		
12	Suruh anak menutup satu matanya		
13	Dengan alat penunjuk, tunjuk huruf "E" pada poster satu persatu mulai baris pertama sampai baris ke empat atau baris "E" terkecil yang masih bisa dilihat oleh anak.		
14	Ulangi pemeriksaan pada mata yang satunya dengan cara yang sama		
15	Simpulkan hasil pemeriksaan		
Tahap terminasi			

16	Simpulkan kegiatan		
17	Evaluasi perasaan klien		
18	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
19	Bereskan alat		
20	Cuci tangan		
21	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN DETEKSI PENYIMPANGAN MENTAL EMOSIONAL

Ilustrasi Kasus :

Seorang anak perempuan usia 5 tahun diantar ke posyandu oleh ibunya untuk dilakukan deteksi penyimpangan mental emosional.

Tugas : Lakukan tes deteksi penyimpangan mental emosional terhadap anak tersebut dengan menggunakan pasien model.

1. Persiapan Alat

a. Kuisisioner Masalah Mental Emosional (KMME)

2. Persiapan Lingkungan

a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu

b. Atur lingkungan aman dan libatkan orang tua dalam pemeriksaan

3. Prosedur

a. Pra interaksi

b. Interaksi:

1) Orientasi

2) Kerja

- 3) Terminasi
c. Post Interaksi

Tabel 13

SOP Penilaian deteksi penyimpangan mental emosional

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemeriksaan penyimpangan mental emosional pada anak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Tanyakan setiap pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu per satu perilaku yang tertulis pada KMME kepada orang tua atau pengasuh		
8	Catat dan hitung jumlah jawaban "YA"		
9	Simpulkan hasil pemeriksaan		
Tahap terminasi			
10	Simpulkan kegiatan		
11	Evaluasi perasaan klien		
12	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
13	Bereskan alat		
14	Cuci tangan		
15	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN DETEKSI DINI AUTIS PADA ANAK PRASEKOLAH

Ilustrasi kasus :

Seorang anak perempuan usia 2 tahun diantar ke posyandu oleh ibunya untuk dilakukan pemeriksaan karena anak terlalu aktif. Ibu khawatir anaknya mengalami gangguan perilaku. Perawat memutuskan untuk melakukan deteksi dini autisme pada anak tersebut.

Tugas : Lakukan tes deteksi dini autis terhadap anak tersebut dengan menggunakan pasien model.

1. Persiapan Alat

- a. CHAT (*Cheklis for Autisme in Toddlers*)

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu
- b. Atur lingkungan aman dan libatkan orang tua dalam pemeriksaan

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 14

SOP Penilaian deteksi autisme pada anak

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan deteksi autisme pada anak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Tanyakan setiap pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu per satu perilaku yang tertulis pada CHAT kepada orang tua atau pengasuh		
8	Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan tugas pada <i>CHAT</i>		
9	Catat jawaban orang tua atau pengasuh "YA" atau "TIDAK"		
10	Simpulkan hasil pemeriksaan		
Tahap terminasi			
11	Simpulkan kegiatan		
12	Evaluasi perasaan klien		
13	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
14	Bereskan alat		
15	Cuci tangan		
16	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTEK PENGISIAN BUKU KIA/KMS

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana mengisi buku KIA dengan benar. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkananda mampu:

- a. Mengisi Catatan Imunisasi Anak
- b. Mengisi Grafik BB berdasarkan PB/Tb sesuai jenis kelamin dan usia
- c. Mengisi Grafik TB sesuai dengan jenis kelamin dan usia
- d. Mengisi grafik Lingkar Kepala sesuai jenis kelamin
- e. Mengisi KMS

B. URAIAN MATERI

Buku KIA merupakan media KIE yang utama dan pertama yang digunakan untuk meningkatkan pemahaman ibu, suami dan keluarga/pengasuh anak di panti/ lembaga kesejahteraan sosial anak akan perawatan kesehatan ibu hamil sampai anak usia 6 tahun. Buku KIA berisi informasi kesehatan ibu dan anak yang sangat lengkap termasuk imunisasi, pemenuhan kebutuhan gizi, stimulasi pertumbuhan dan perkembangan, serta upaya promotif dan pereventif termasuk deteksi dini masalah kesehatanibu dan anak.

Pada Buku KIA terdapat halaman-halaman yang sudah ditetapkan diisi oleh tenaga kesehatan(bidan/perawat/dokter/petugas gizi jpetugas imunisasi), diisi oleh kader dan adanya kotak - kotak yang disediakan yang harus diisi oleh ibu, keluarga/pengasuh. Bagian Buku KIA yang diisi oleh tenaga kesehatan:

1. Identitas Keluarga
2. Menyambut Persalinan
3. Stiker P4K
4. Catatan Kesehatan Ibu Hamil

5. Catatan Kesehatan Ibu Bersalin, Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir
6. Catatan Kesehatan Ibu Nifas
7. Keterangan Lahir
8. Catatan Hasil Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir
9. Catatan Imunisasi Anak
10. Catatan Hasil Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir
11. Nasehat pemenuhan gizi & pemberian makan
12. Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) :
13. Catatan Kesehatan Anak

CATATAN IMUNISASI ANAK

1. Sebelum memberikan imunisasi, petugas kesehatan (dokter/bidan/perawat) memberikan penjelasan kepada ibu mengenai jenis, manfaat dan jadwal imunisasi
2. Isi kolom-kolom pada catatan imunisasi anak dengan tanggal pemberian imunisasi. Upayakan setiap jenis imunisasi diberikan tepat sesuai jadwal. Apabila pemberian imunisasi terlambat dari jadwal yang seharusnya, tetap ditulis tanggal pemberian imunisasi pada kolom sesuai jenis imunisasi yang diberikan
3. Perhatikan waktu yang masih dan tidak diperbolehkan untuk memberikan imunisasi, baik imunisasi dasar maupun lanjutan (perhatikan perbedaan warna kolom)
4. Isi kolom pada tabel "Tambahkan Vaksin Lain" dengan jenis dan tanggal pemberian imunisasi tambahan (contoh: pemberian imunisasi polio dan campak pada saat kampanye imunisasi tambahan polio dan campak) dan jenis imunisasi lain yang diberikan pada anak selain jenis imunisasi yang tersedia pada dua tabel sebelumnya.

KARTU MENUJU SEHAT (KMS)

A. PENDAHULUAN

KMS adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur. Dengan KMS gangguan pertumbuhan atau risiko kelebihan gizi dapat diketahui lebih dini, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan secara lebih cepat dan tepat sebelum masalahnya lebih berat. Kartu Menuju Sehat digunakan sebagai instrumen utama kegiatan pemantauan pertumbuhan.

B. URAIAN MATERI

KMS-BALITA dibedakan antara KMS anak laki-laki dengan KMS anak perempuan. KMS untuk anak laki-laki berwarna dasar **biru** dan terdapat tulisan Untuk Laki-Laki. KMS anak perempuan berwarna dasar merah muda dan terdapat tulisan Untuk Perempuan. Bagian-bagian dan cara pengisian KMS sebagai berikut:

Langkah-langkah pengisian KMS sebagai berikut :

1. Memilih KMS sesuai jenis kelamin
2. Mengisi nama anak dan tempat pelayanan pada halaman KMS
3. Mengisi bulan lahir dan bulan penimbangan anak
4. Meletakkan titik berat badan dan membuat garis pertumbuhan anak
5. Mencatat setiap kejadian yang dialami anak
6. Menentukan status pertumbuhan anak
7. Isi kolom pemberian ASI

C. LATIHAN PRAKTIK MENGENAL CATATAN IMUNISASI

Kasus :

Seorang anak perempuan usia 4 bulan diantar ke puskesmas oleh ibunya untuk diberikan imunisasi . Ibu mengatakan anaknya tidak sedang demam. Perawat kemudian memberikan imunisasi DPT, HB, Hib dan polio sesuai dengan jadwal imunisasi bayi tersebut. Sebelum diberikan imunisasi perawat melakukan pemeriksaan antropometri dengan hasil pemeriksaan : BB = 6,5 Kg, PB = 55 Cm, Lingkar Kepala = 42 Cm.

Tugas : Lakukan role play saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan antropometri dan imunisasi yang diberikan pada bayi tersebut pada buku KIA.

1. Persiapan Alat
 - a. Buku KIA
 - b. Pensil
 - c. Penghapus

2. Persiapan Lingkungan
 - a. Siapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di puskesmas
 - b. Atur lingkungan aman dan nyaman dalam melaksanakantindakan.

3. Prosedur
 - a. Pra interaksi
 - b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
 - c. Post Interaksi

Tabel 15
FORMAT Penilaian BUKU KIA

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan dokumentasi Buku KIA		
2	Siapkan alat		
Tahap orientasi			
3	Berikan salam		
4	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
Tahap kerja			
5	Tuliskan catatan imunisasi pada buku KIA		
6	Isi grafik BB berdasarkan TB/PB sesuai usia dan jenis kelamin		
7	Isi grafik TB sesuaiusia dan jenis kelamin		
8	Isi grafik lingkaran kepala sesuai jenis kelamin		
Tahap terminasi			
9	Simpulkan kegiatan		

10	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
11	Bereskan alat		
15	Cuci tangan		
16	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

LATIHAN PRAKTIK MENGISI KMS

Kasus : seorang anak laki-laki diantar ke posyandu oleh ibunya untuk melakukan pemantauan pertumbuhan. Ibu mengatakan anaknya lahir tanggal 10 Desember 2015. Perawat kemudian menimbang anak dan mendapatkan hasil : BB = 10 Kg, BB, bulan lalu 9,5 Kg.

1. Persiapan Alat

- a. KMS
- b. Pensil/Pulpen
- c. Penghapus

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di posyandu
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman dalam melaksanakan tindakan

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 16
FORMAT PENILAIAN BUKU KMS

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan dokumentasi pada KMS		
2	Siapkan alat		
Tahap orientasi			
3	Berikan salam		
4	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
Tahap kerja			
5	Pilih KMS sesuai jenis kelamin anak		
6	Isi nama anak dan nama tempat pelayanan pada halaman KMS		
7	Isi bulan lahir dan bulan penimbangan anak		
8	Letakkan titik berat badan dan membuat garis pertumbuhan anak		
9	Catat setiap kejadian yang dialami anak		
10	Tentukan status pertumbuhan anak		
11	Isi kolom Pemberian ASI Eksklusif		
Tahap terminasi			
12	Simpulkan kegiatan		
13	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
14	Bereskan alat		
15	Cuci tangan		
16	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

PRAKTEK PEMBERIAN IMUNISASI DASAR

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada anda tentang bagaimana melakukan tindakan pemberian imunisasi pada bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

- a. Memberikan imunisasi BCG pada bayi
- b. Memberikan Imunisasi HB pada bayi
- c. Memberikan imunisasi Poliopada bayi
- d. Memberikan imunisasi Pentabio (DPT,HB,Hib) pada bayi
- e. Memberikan imunisasi Campak pada bayi

B. URAIAN MATERI

Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan vaksin adalah bahan yang digunakan untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui suntikan (misalnya vaksin BCG, DPT, dan campak) dan melalui mulut (misalnya vaksin polio).

Tujuan Imunisasi : untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Jenis-jenis imunisasi :

1. Imunisasi HB 0

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama pada jalur penularan ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.

Imunisasi Hepatitis B (HB-0) harus diberikan pada bayi umur 0 - 7 hari karena:

- a. Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B
- b. Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus
- c. Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
- d. Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B

2. Imunisasi BCG

Vaksin BCG memberikan perlindungan terhadap penyakit tuberculosis, yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Imunisasi BCG dilakukan pada bayi usia 0-2 bulan, akan tetapi imunisasi BCG sebaiknya diberikan pada umur s 2 bulan. Setelah usia 2 bulan sebaiknya dilakukan uji tuberculin (uji mantoux), dan diberikan imunisasi jika hasilnya negatif. Imunisasi BCG disuntikan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas. Disuntikan ke dalam lapisan kulit dengan penyerapan pelan-pelan. Dalam memberikan suntikan intrakutan, agar dapat dilakukan dengan tepat, harus menggunakan jarum pendek yang sangat halus (10 mm, ukuran 26). Kontra indikasi: imunisasi BCG tidak boleh diberikan pada anak menderita penyakit kulit yang berat atau menahun, seperti eksim, furunkulosis, dan sebagainya dan anak yang sedang menderita TBC.

3. Imunisasi Pentavalen (DPT-HB-Hib)

Imunisasi pentavalen adalah gabungan vaksin DPT-HB ditambah Hib. Sebelumnya kombinasi ini hanya terdiri dari DPT dan HB (DPT combo). Sesuai dengan kandungan vaksinnya, imunisasi pentavalen mencegah beberapa jenis penyakit, antara lain difteri, batuk rejan atau batuk 100 hari, tetanus, hepatitis B, serta radang otak (meningitis) dan radang paru (pneumonia) yang disebabkan oleh kuman Hib (*Haemophilus influenzae* tipe b).

Dosis pemberian imunisasi pentavalen yaitu 0,5 ml, cara penyuntikan intramuskular. Suntikan diberikan pada paha anterolateral pada bayi dan di lengan kanan atas pada anak batita saat imunisasi lanjutan. Bayi atau anak dipangku dengan posisi menghadap ke depan, pegang lokasi suntikan dengan ibu jari dan jari telunjuk. Suntikkan vaksin dengan posisi jarum suntik 90° terhadap permukaan kulit. Suntikkan pelan-pelan untuk mengurangi rasa sakit.

Vaksin Pentavalen diberikan untuk usia bayi 2, 3, dan 4 bulan yang diberikan secara intramuscular. Vaksin ulangan diberikan pada usia 18 bulan. Efek samping setelah pemberian imunisasi ini biasanya sakit, bengkak dan kemerahan(yang terjadi ditempat suntikan).

4. Imunisasi Polio

Imunisasi polio merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit *poliomyelitis* yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Imunisasi polio diberikan secara oral. Untuk imunisasi dasar (polio 1,2,3) vaksin diberikan 2 tetes peroral dengan interval tidak kurang dari 4 minggu. Imunisasi polio ulangan diberikan satu tahun sejak imunisasi polio 4 selanjutnya saat masuk sekolah(5-6 tahun).

5. Imunisasi Campak

Imunisasi campak merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena termasuk penyakit menular. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Imunisasi campak diberikan melalui subkutan. Imunisasi ini memiliki efek samping seperti terjadinya ruam pada tempat suntikan dan panas. Angka kejadian campak juga tinggi dalam memengaruhi angka kesakitan dan kematian anak. Vaksin campak diberikan pada umur 9 bulan, dalam satu dosis 0,5 ml, Vaksin ulangan diberikan umur 24 bulan.

C. LATIHAN PEMBERIAN IMUNISASI BCG

Kasus:

Seorang bayi perempuan usia 1 bulan diantar ke puskesmas oleh ibunya untuk mendapatkan imunisasi BCG

Tugas : Demonstrasikan pemberian imunisasi BCG terhadap bayi tersebut dengan menggunakan pantom bayi.

1. Persiapan Alat

- a. Baki atau trolley injeksi
- b. Spuit BCG/spuit 1 cc
- c. Spuit 5 cc
- d. Kapas air steril dalam tempatnya

- e. Gergaji ampul
- f. Cairan pelarut
- g. Vaksn BCGd alam termos es
- h. Bakinjeksi steril
- i. Bengkok

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan Lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang imunisasi di Puskesmas
- b. Atur lingkungan aman dan libatkan orang tua untuk rasa aman anak

Tabel 17

SOP Pemberian IMUNISASI BCG

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan imunisasi BCG		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Ambil spuit 5 cc dan melarutkan vaksin BCG		
9	Ambil vaksin dalam spuit BeG/1 cc sebanyak 0,05 cc		
10	Bebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian (bahu kanan)		
11	Usap bagian yang akan disuntik dengan kapas air hangat, regangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri		

12	Suntik vaksin secara intracutan. Bekas suntikan tidak boleh digosok atau ditekan		
Tahap terminasi			
13	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
14	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
15	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
16	Bereskan alat		
17	Cuci tangan		
18	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Pemberian imunisasi} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

Tabel 18

SOP PEMBERIAN IMUNISASI HB 0

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan imunisasi HBO		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Dekatkan alat pada pasien		
8	Ambil Vaksin HB 0 uniject dari ternos/ lemari pendingin		
9	Pastikan vaksin tidak kadaluarsa		

10	Buka kantong aluminium/plastic dan mengeluarkan uniject/PID		
11	Dorong dan tekan dengan cepat penutup jarum ke dalam port. Jarak antara penutup jarum dengan port akan hilang dan terasa ada klik		
12	Oleskan kapas steril di 1/3 paha luar bayi sebelah kanan		
13	Pegang paha bayi sebelah kanan dengan ibu jari dan jari telunjuk, Keluarkan penutup jarum		
14	Pegang PID pada port dan suntikan jarum dengan sudut 900 di 1/3 paha luar bayi sebelah kanan		
15	Tekan reservoir (gelembung vaksin) untuk mengeluarkan vaksin		
16	Sesudah reservoir kempes, tarik PID keluar		
17	Tekan bekas suntikan dengan kapas steril,		
18	Rapikan pasien		
Tahap terminasi			
19	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
20	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
21	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
22	Bereskan alat		
23	Cuci tangan		
24	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

Pemberian imunisasi

Tabel 19

SOP Pemberian IMUNISASI PENTAVALEN (DPT-HB-HIB)

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan imunisasi pentavalen		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Dekatkan alat pada pasien		
9	Ambil spuit dan mengambil vaksin sebanyak 0,5 cc		
10	Bebaskan daerah yang akan disuntik pada lengan atas kiri atau paha		
11	Regangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri, sementara itu tangan kanan menyuntikkan vaksin secara intramuskular dengan sudut 90 derajat		
12	Tekan bekas suntikan dengan kapas steril		
13.	Rapikan pasien		
Tahap terminasi			
14	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
15	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		
19	Cuci tangan		
20	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan Pemberian imunisasi = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

Tabel 20

SOP Pemberian IMUNISASI POLIO

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan imunisasi polio		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Buka tutup vaksin		
9	Pasang pipet tetes		
10	Buka mulut dengan tangan kiri dan tangan kanan meneteskan vaksin polio 2 tetes		
11	Beritahukan ibu/keluarga untuk tidak memberi makan dan minum selam 10-15 menit setelah pemberian imunisasi		
12	Rapikan pasien		
Tahap terminasi			
13	simpulkan kegiatan		
14	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
15	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
16	Bereskan alat		
17	Cuci tangan		
18	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan Pemberian imunisasi = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

Tabel 21

SOP Pemberian IMUNISASI CAMPAK

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan imunisasi Campak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Dekatkan alat pada pasien		
8	Larutkan vaksin campak dengan pelarut		
9	Ambil spuit dan mengambil vaksin sebanyak 0,5 cc		
10	Bebaskan daerah yang akan disuntik pada lengan atas kiri atau paha		
11	Desinfeksi dengan kapas alcohol daerah yang akan disuntik		
12	Regangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri, sementara itu tangan kanan menyuntikkan vaksin secara subkutan		
13	Tekan bekas suntikan dengan kapas steril.		
14	Rapikan pasien		
Tahap terminasi			
15	simpulkan kegiatan		
16	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		
19	Cuci tangan		

20	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		
----	--	--	--

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan Pemberian imunisasi} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK PEMBERIAN ASI

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana melakukan edukasi pemberian ASI tehnik pemberian ASI yang benar. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan dapat:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan tentang ASI
- b. Melatih ibu memberikan ASI dengan benar

B. URAIAN MATERI

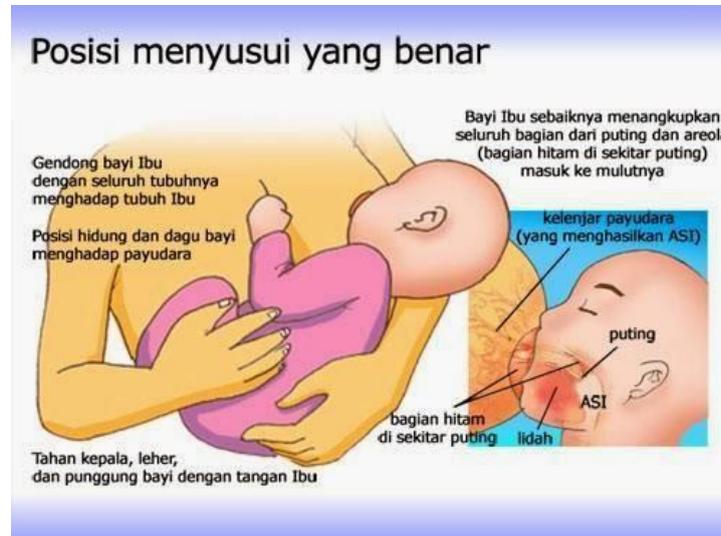
Air Susu Ibu (ASI) adalah makananterbaik yang dapat diberikan ibu kepada bayi yang baru dilahirkannya. Komposisi ASI berubah setiap saat sesuai dengan kebutuhan bayi dan bila diberikan dengan baik dan benar sebagai makanantunggal dapat memenuhi kebutuhan bayi untuk tumbuh secara optimal sampai 6 bulan. Selain itu ASI mengandung makrofag, limfosit dan antibodi yang dapat mencegah bayi terinfeksi dengan penyakit tertentu. Pemberian ASI mempunyai pengaruh biologis dan emosional yang luar biasa terhadap kesehatan ibu dan anak serta terdapat hubungan yang erat antara menyusui eksklusif dan penjarangankelahiran.

Menyadari manfaat ASI maka seharusnya setiap bayi baru lahir sampai berusia 6 bulan hanya mendapat ASI dari ibunya (ASI eksklusif). Namun kadangkalahal ini tidak terjadi oleh karena ada beberapa kondisi dan situasi yang oleh para petugas kesehatan atau ibu tidak ditatalaksana dengan baik sehingga dapat terjadi kegagalan menyusui. Salah satu yang dapat menyebabkan kegagalan dalam pemberian ASI adalah tehnik menyusui yang tidak tepat sehingga sehingga pengeluaran AS! tidak lancar dan puting susu menjadi lecet.

Cara pemberian ASI yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi bayi dengan benar. Memberikan ASI dengan suasana yang santai bagi ibu dan bayi, buat kondisi ibu senyaman mungkin. Selama beberapa minggu pertama bayi perlu diberikan ASI setiap 2-3 jam sekali. Menjelang akhir minggu ke enam kebutuhan bayi ASI setiap 4 jam. Langkah-langkah menyusui yang benar :

1. Beritahu ibu untuk cuci tangan dahulu.
2. Keluarkan ASI sedikit lalu oleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.
3. Ibu duduk dengan santai menggunakan kursi yang rendah

4. Punggung bersandar dengan santai pada kursi.
5. Pegang bayi dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan ibu. Kepala bayi tidak boleh terngadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
6. Satu tangan bayi pada arah badan ibu sebaiknya diletakkan dibelakang badan ibu.
7. Perut bayi menempel pada badan ibu, kepala bayi menghadap payudara ibu.
8. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
9. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
10. Ibu memegang payudara dengan ibu jari diatas payudara dan jari lain menopang dibawah payudara, jangan menekan puting susu / areolanya saja.
11. Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi / sisi mulut bayi dengan putting susu.
12. Setelah bayi membuka mulut dengan cepat punggung bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting susu dan areola dimasukkan kedalam mulut bayi.
13. Usahakan sebagian besar areola masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dilangit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar.



Gambar 7

Posisi menyusui dan perlekatan yang benar

14. Sebaiknya bayi menyusu pada satu payudara sampai payudara terasa kosong.
15. Lanjutkan dengan menyusui pada payudara yang satu lagi.
16. Cara melepaskan isapan bayi
 - a. Masukkan jari kelingking ibu kemulut bayi melalui sudut mulutnya.

- b. Tekan dagu bayi kebawah



Gambar 8

Cara melepaskan isapan bayi

17. Setelah selesai menyusui, keluarkan ASI sedikit dan oleskan pada puting susu serta areola sekitarnya dan biarkan kering sendiri.
18. Jangan lupa menyendawakan setelah menyusui dengan cara.
 - a. Bayi di gendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu dan tepuk punggungnya perlahan.
 - b. Bayi duduk di pangkuan ibu kemudian tepuk-tepuk ringan punggung bayi.
 - c. Bayi tidur terlungkup dipangkuan ibu dan tepuk punggungnya perlahan.



Gambar 9

Cara menyendawakan bayi

C. LATIHAN PRAKTIK TEHNIK PEMBERIAN ASI YANG BENAR

Kasus : Seorang ibu usia 24 tahun akan menyusui bayinya yang berusia 2 haria Ibu tampak bingung dan tidak paham bagaimana menyusui bayi dengan benar. Bayi tampak gelisahdan rewel.

1. Persiapan Alat

- a. Lembarbalik
- b. Pantom bayi
- c. Kursi
- d. Bantal

Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang bayi di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman untuk ibu dan anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 22

SOP PEMBERIAN ASI

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan tehnik pemberianASI		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			

4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Ibu duduk atau berbaring dengansantai		
8	Persilakan ibu membuka pakaianbagianatas		
9	Keluarkan AS~ sedikit lalu oleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.		
10	Mengajari ibu untuk melakukan proses menyusui dengan tehnik yang benar		
11	Setelah selesai menyusui ajarkan ibu untuk melepas sapan bayi dengan tehnik yang benar		
12	Ajarkan ibu untuk menyendawakan bayi dengan benar		
Tahap terminasi			
13	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
14	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
15	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
16	Bereskan alat		
17	Cuci tangan		
18	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan Pemberian imunisasi = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

PRAKTIK PIJAT BAYI DAN MEMANDIKAN BAYI

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana melakukan pijat bayi dan memandikan bayi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

- a. Melakukan pijat bayi
- b. Memandikan bayi dengan benar

B. URAIAN MATERI

1. Pijat Bayi

Pijat bayi adalah suatu terapi atau seni perawatan kesehatan yang sudah lama dikenal oleh manusia dan merupakan pengobatan yang dipraktikkan sejak awal manusia diciptakan ke dunia, karena prosesnya berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran manusia. Manusia mengalami pengalaman pertama dipijat pada saat dilahirkan di dunia dengan adanya proses kelahiran dimana harus meninggalkan rahim yang hangat dan melewati jalan lahir yang sempit sehingga menimbulkan pengalaman traumatik dan kecemasan. Sentuhan pijat bayi yang dilakukan segera setelah lahir akan membuat bayi mempertahankan rasa aman setelah mendapat jaminan adanya kontak tubuh bayi (Roesli, 2001). Pijat bayi berbeda dengan pijat yang dilakukan terhadap orang dewasa. Perbedaan ini terletak pada besarnya tekanan yang diberikan. Pada pijat bayi biasanya lebih cenderung berupa sentuhan-sentuhan lembut, sehingga disebut juga *stimulus touch* (Prasetyono, 2009).

Manfaat pijat bayi :

- 1) Pijat bayi menurut Roesli (2001) juga memiliki efek biokimia yang positif, antara lain menurunkan kadar hormon stres (catecholamine) dan meningkatkan kadar serotonin
- 2) Selain itu, ada beberapa hasil laporan penelitian para pakar tentang manfaat pijat bayi, antara lain
 - a. Meningkatkan berat badan
 - b. Meningkatkan pertumbuhan
 - c. Meningkatkan daya tahan tubuh

- d. Meningkatkan konsentrasi bayi dan membuat bayi tidur lebih lelap
- e. Membina ikatan kasih sayang orangtua dan anak
- f. Meningkatkan produksi ASI

Langkah-langkah pijat bayi :

1) Melakukan Pemijatan pada Daerah Kaki

- a. Gerakan tangan dari pangkal paha sampai ke pergelangan kaki seperti memerah susu atau memeras.



Gambar 10
Pemijatan di daerah kaki

- b. Mengurut telapak kaki bayi secara bergantian, pijat jari kaki dengan gerakan memutar dan diakhiri dengan tarikan lembut pada setiap ujungnya. Untuk punggung kaki secara bergantian kemudian buat gerakan menggulung dari pangkal paha ke pergelangan kaki.



Gambar 11
Pemijatan telapak kaki

2) Melakukan Usapan pada Daerah Perut

- a. Lakukan gerakan seperti mengayuh pedal sepeda, dari atas kebawah perut. Letakkan kedua ibu jari di samping kanan dan kiri pusar perut, gerakkan kedua ibu jari ke arah tepi kanan dan kiri perut. Lakukan gerakan "*I LOVE U*" mengusap dari kanan atas perut bayi kemudian ke kiri bawah membentuk "*L*" terbalik. "*YOU*" mengusap dari kanan bawah ke atas kemudian ke kiri dan berakhir di perut kiri bawah membentuk huruf "*U*".



Gambar 12
Pemijatan daerah perut

3) Melakukan Pemijatan pada Daerah Dada

- a. Lakukan pijatan kupu-kupu. Letakkan kedua tangan kita di tengah dada bayi kita dan gerakan keatas kemudian ke sisi luar tubuh dan kembali ke ulu hati tanpa mengangkat tangan seperti membentuk hati Lalu dari tengah dada bayi dipijat menyilang dengan telapak tangan kita kearah bahu seperti membentuk kupu-kupu.



Gambar 13
Pemijatan daerah dada

4) Melakukan Pijatan pada Daerah Tangan

- a. Buatlah gerakan memijat ketiak dari atas ke bawah, jika terdapat pembengkakan kelenjar di daerah ketiak jangan lakukan gerakan ini. Gerakan tangan seperti memerah susu atau seperti memeras dari pundak ke pergelangan tangan. Pijat telapak tangan dengan kedua ibu jari, dari pergelangan tangan kearah jari-jari. Pijat lembut jari bayi satu persatu menuju ke arah ujung jari dengan gerakan memutar, akhiri dengan tarikan lembut pada setiap ujung jari. Bentuklah gerakan menggulung dari pangkal lengan menuju kearah pergelangan tangan.



Gambar 14
Pemijatan daerah tangan

5) Melakukan Pemijatan pada Daerah Wajah

- a. Gerakan tangan kita dari tengah wajah samping seperti membasuh mata. Tekankan jari-jari kita dari tengah dahi kesamping seperti menyetrika dahi. Letakkan kedua ibu jari anda pada pertengahan alis, tekankan ibu jari anda dari pertengahan kedua alis turun melalui tepi hidung ke arah pipi dengan membuat gerakan kesamping dan ke atas seolah membuat bayi tersenyum (senyum I).
- b. Letakkan kedua ibu jari anda diatas mulut didaerah sekat hidung. Gerakkan kedua ibu jari dari tengah kesamping dan ke atas daerah pipi seolah membuat bayi tersenyum (senyum II).
- c. Letakkan kedua ibu jari anda di tengah dagu. Tekankan kedua ibu jari pada dagu dengan gerakan dari tengah ke samping, kemudian ke atas ke arah pipi seolah membuat bayi tersenyum (senyum III). Buatlah lingkaran• lingkaran kecil di daerah rahang bayi dengan kedua jari telunjuk tangan anda, berikan tekanan lembut pada daerah belakang telinga kanan dan kiri.



Gambar 15
Pemijatan daerah wajah

6) Melakukan Pemijatan pada Daerah Punggung

- a. Menggerakkan tangan kita maju mundur dari bawah leher ke pantat bayi. Pegang dan tahan pantat bayi dengan tangan kanan, kemudian usapkan

telapak tangan kiri kita seperti menyetrika punggung, dari leher ke pantat(Roesli, 2009).

b. Gerakan Relaksasi dan Gerakan Peregangan Lembut

c. Membuat goyangan-goyangan ringan, tepukan-tepukan halus dan melarnbunq-lambunqkan secara lembut.Teknik sentuhan relaksasi mudah dan sederhana.Dapat dikerjakan bersama-sama pijat bayi atau terpisah dari pijat bayi.Misalnya, waktu ibu mulai memijat bagian kaki bayi ternyata kakinya tegang dan kaku.

d. Gerakan-gerakan sederhana yang meregangkan tangan dan kaki bayi, memijat perut dan pinggul, serta meluruskan tulang belakang bayi. Peregangan lembut ini dilakukan di akhir pemijatan atau diantara pijatan, setiap gerakan peregangan dapat dilakukan sebanyak empat sampai lima kali.



Gambar 16
Pemijatan daerah punggung

2. Memandikan bayi

Memandikan bayi merupakan salah satu bagian penting dari perawatan bayi. Dibutuhkan pengetahuan dan keterampilan untuk dapat melakukan tindakan meandikan bayi dengan benar. Memandikan bayi dengan cara yang benar akan menjaga kebersihan bayi, mengurangi kolonisasi bakteri di kulit, dan tentunya mengurangi kemungkinan bayi sakit. Memandikan bayi juga dapat meningkatkan bondingantara bayi dan ibu dan memberikan rasa bahagia pada ibu.

Sebelum memandikanbayi, beberapa bahan yang perlu dipersiapkanadalah washlap, baskom berisi air hangat, handuk kering dan bersih, tempat meletakkan bayi saat mengeringkan bayi, kapaslembab yang diseduh dengan air masak, kapas alkohol, peralatan mandi bayi berupa sabun, sampo, bedak serta minyak telon. Waktu yang tepat untuk memandikan bayi Sebaiknya memandikan bayi ditunda sedikitnya dalam 6 jam setelah kelahiran bayi. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama kehidupan dapat

mengarah pada kondisi hipotermi dan sangat membahayakan keselamatan bayi. Dalam minggu minggu pertama bayi cukup mandi satu kali sehari dipagi hari. Jika perlu sore hari cukup dibersihkan dari kulit yang basah atau keringat.

Tujuan memandikan bayi adalah

- 1) Memberi rasa nyaman pada bayi
- 2) Membuat bayi tetap wangi dan bersih
- 3) Mengurangi risiko terjadinya infeksi
- 4) Mandi sebelum tidur akan membantu relaksasi
- 5) Merupakan bentuk perhatian ibu untuk menunjukkan rasa sayangnya

Hal-hal yang harus diperhatikan ketika memandikan bayi :

- 1) Jaga bayi agar tidak kedinginan
- 2) Bila mata bayi terasa lengket, bersihkan dulu dengan kapas yang dibasahi boorwater atau aquabidest.
- 3) Saat membersihkan tali pusat, perhatikan kemungkinan adanya perdarahan, kemerahan, atau kelainan lain.
- 4) Memandikan dilakukan sebelum makan atau minum dan bukan segera setelah makan karena lambung yang penuh dapat terganggu oleh gerakan pelaksanaan memandikan

Cara memandikan bayi :

- 1) Sebelum memulai memandikan bayi, cucilah tangan terlebih dahulu.
- 2) Buka pakaian bayi dan angkat bayi ke meja mandi. Letakkan bayi pada posisi yang aman
- 3) Bersihkan mata bayi memakai kapas lembab dengan cara menghapus dari bagian dalam mengarah ke luar. Setiap kali usapan, kapas harus diganti untuk mencegah kontaminasi anatara mata satu dengan mata yang lainnya.
- 4) Bersihkan telinga dengan kapas pembersih, setiap kali usapan kapas harus diganti.
- 5) Mengelap muka dengan waslap. Setelah bersih keringkan dengan handuk. Pada

saat membersihkan muka bayi, pemakaian sabun tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan iritasi pada mata bayi.

- 6) Letakkan kepala bayi di atas tangan kiri ibu secara hati-hati, lalu sabuni kepala bayi dan dibersihkan dengan waslap setelah bersih, keringakan dengan handuk. Saat menyabuni kepala bayi, dijaga agar sabun tidak mengenai mata.
- 7) Sabuni tangan, badan dan kaki. Bersihkan dengan waslap dan keringkan.
- 8) Menenlungkupan / memiringkan bayi kemudian menyabuni punggung bayi (selama menyabuni punggung, dada dan leher, bayi harus selalu berada di atas lengan kiri ibu / orang yang memandikan).
- 9) Menyeka punggung dengan waslap basah. Semua bagian tubuh terutama pada daerah lipatan harus benar-benar bersih dari sabun karena soda sabun dapat menimbulkan gatal dan iritasi.
- 10) Membersihkan bokong dan alat kelamin dilakukan paling akhir. Cara membersihkan alat kelamin dari bagian depan menuju bagian belakang untuk mencegah kontaminasi kotoran dari anus.
- 11) Menqerinkan tubuh bayi setelah bersih dengan handuk.
- 12) Mengolesi kulit bayi dengan baby lotion atau minyak telon.
- 13) Merawat tali pusat bila tali pusat belum lepas.
- 14) Pakaikan pakaian bayi dan baringkan bayi dalam posisi nyaman.

Tabel 23
SOP Pemberian pijat bayi

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pijat bayi		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		

5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Bina hubungansaling percayadengan bayi		
8	Pijatan dimulai pada kaki gerakan memerah, memutar, dan menggulung.Dimulai dari paha ke pergelangan kaki,kemuadian ke paha,juga lakukan telapak kaki dan punggung kaki, akhiri dengan tarikan lembut pada jari kaki		
9	Pijatan di daerah perut. Meletakkan telapak tangan kanan di bawah tulang iga dan hati.Buat gerakan mengayuh dengan telapak tangan kanan kebawah dengan tekanan yang lernbut sampai di bawah pusar		
10	Pijatan bulan matahari :Buat lingkaran searah jarum jam dengan jari tangan kiri mulai dari perut sebelah kanan bawah (daerah usus buntu) ke atas, kemudian kembali ke daerah kanan bawah (seolah membentuk gambar matahari (M)beberapa kali. Gunakan tangan kanan untuk membuat gerakan setengah lingkaran mulai dari bagian kanan bawah perut bayi sampai bagian kiri perut bayi (seolah membentuk gambar bulan (B) lakukan kedua gerakan ini bersama sama. Tangan kiri selalu membuat bulatan penuh (matahari) sedangkan tangan kanan akan membuat gerakan setengah lingkaran (bulan).		
11	I LOVE U : memijat dengan ujung telapak tangan dari perut kiri atas lurus ke bawah seperti membentuk huruf "I" Lanjutkan dengan ujung telapak tangan mulai dari perut kanan atas kekiri kemudian ke bawah membentuk huruf "L" terbalik		

	.Lanjutkan dari perut kanan kebawah atas membentuk 1/2 lingkaran kerah perut kiri bawah,seperti membentuk huruf "U" lanjutkan dengan pijatan gerakan berjalan dengan ujung ujung jari menekan dinding perut dari sebelah kanan ke kiri.		
12	Letakkan kedua telapak tangan di tengah dada bayi,lakukan pijatan keatas,kemudian kesisi luar tubuh dan kembali ke tengah tanpa mengangkat tangan seperti membentuk hati.Kemudian buat pijatan menyilang dengan telapak tangan kearah bahu seperti membentuk kupu kupu		
13.	Gerakan pijatan pada lengan, yaitu memerah, memutar, dan menggulung. Dimulai dari bahu ke pergelangan tangan, kemudian kembali lagi ke bahu		
14	Dengan kedua ibu jari secara bergantian,pijat seluruh permukaan telapak tangan dan punggung tangan mulai dari pergelangan tangan.Akhiri dengan tarikan lembut pada jari tangan.		
15	Taruh ujung telapak tangan anda, pijat dengan lembut pada kening bayi,pipi dan pelipis menggunakan gerakan seperti membuka buku dari posisitengah ke samping.		
16	Lakukan Pijat daerah pangkal hidung turun sampai tulang pipi dan daerah kening dengan menggunakan ibu jari atau jari telunjuk dengan gerakan memutar perlahan.		
17	Gunakan pijatan yang lembut diatas mulut bayi dengan menggunakanibu jari dari tengah ke samping,secara perlahan tariklah sehingga bayi anda akan tersenyum, kemudian anda bisa meneruskan dengan melakukan pijatan lembut		

	pada rahang bawah b"ayi dari tengah ke samping seolah membuat bayi anda tersenyum.Akhiri pijatan wajah dengan memijat secara lembut daerah belakang tellnqa kearah dagu.		
18	Dengan posisi tengkurap, pijat punggung dari leher sampai ke pantat. Posisi punggung dari leher sampai ke pantat. Posisi telak tangan tegak lurus lakukan gerakan maju mundur. Akhiri pijatan punggung dengan membuat beberapa kali belaian memanjang dari leher ke pantat dengan ujung ujung jari.		
Tahap terminasi			
19	simpulkan kegiatan		
20	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
21	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
22	Bereskan alat		
23	Cuci tangan		
24	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

Tabel 24
SOP Memandikan bayi

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan tehnik pemberian ASI		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		

6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Pakaian bayi dibuka, kalau BAB pantat dibersihkan terlebih dahulu		
8	Bayi ditimbang, kemudian ditiidurkan diatas handuk dan diselimuti		
9	Mata bayi dibersihkan mulai dari dalam keluar		
10	Mulut bayi dibersihkan dengan menggunakan kapas mulut peras kemudian lingkarkan dikelingking kanan, tangan kiri memegang dagu bayi, dan kelingking kanan dimasukkan kemulut bayi dan bersihkan secara perlahan		
11	Badan diberi sabun, kemudian punggung, kaki tangan terakhir kemudian bersihkan muka, badan, kaki dan punggung terakhir		
12	Bayi diangkat dari air dan dilap dengan handuk sampai kering, lalu rawat tali pusat (jika masih ada tali pusat)		
13	Bayi usap dengan minyak telon pada perut bayi dan lotion		
Tahap terminasi			
14	simpulkan kegiatan		
15	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
16	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
17	Bereskan alat		
18	Cuci tangan		
19	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

PRAKTEK ASUHAN KEPERAWATAN ANAK SAKIT

A. PENDAHULUAN

Modul ini akan membahas tentang bagaimana mempraktikkan tindakan keperawatan pada anak sakit dan tindakan untuk mengurangi dampak hospitalisasi pada anak yang dirawat di rumah sakit. Praktek didesain dalam laboratorium keperawatan dengan menggunakan kasus dan pasien model atau dilakukan pada situasi nyata dengan membawa anak ke laboratorium keperawatan. Mahasiswa akan didorong untuk mempraktikkan tindakan-tindakan keperawatan pada anak sakit dengan gangguan pada berbagai kebutuhan dan menggunakan pendekatan MTBS/MTBM dalam tatalaksana bayi dan balita sakit di Puskesmas..

Setelah mempelajari Modul ini diharapkan Anda mampu melaksanakan tindakan/keterampilan keperawatan pada anak sakit dengan gangguan kebutuhan oksigenasi, nutrisi, cairan dan elektrolit, aktivitas, aman dan nyaman, dan eliminasi. Mampu melakukan terapi bermain sebagai salah satu tindakan untuk mengurangi stress hospitalisasi. Anda juga diharapkan mampu menggunakan algoritma MTBS/MTBM dalam tatalaksana bayi dan balita sakit di puskesmas..

Fokus pembahasan pada modul ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktekan tindakan keperawatan yang sering dilakukan pada anak sakit, yang dibagi menjadi delapan (8) Kegiatan Praktik sebagai berikut:

1. Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan oksigenasi
2. Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan nutrisi
3. Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit.
4. Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan aktivitas
5. Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman
6. Praktik tindakan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan eliminasi
7. Praktek terapi bermain
8. Praktek Cara Penggunaan MTBS

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat Anda mencoba

mempraktekkan atau mendemonstrasikan tindakan-tindakan keperawatan pada anak sakit yang dengan memperhatikan prinsip *atraumatic care* dan juga *family centered care*. Modul ini berisi Petunjuk Praktek yang akan disajikan berdasarkan langkah•langkah dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan sehingga akan memberikan pengalaman kepada Anda dalam melakukan intervensi keperawatan sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada anak sakit. Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktek adalah:

1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa Anda telah memahami.
3. Membaca petunjuk praktikum dengan teliti
4. Membaca setiap langkah yang tercantum dalam SOP.
5. Menyiapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/keterampilan yang akan dipraktikkan.
6. Memperhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
7. Praktekkan/ demonstrasikan setiap tindakan sesuai dengan prosedur.
8. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor

PRAKTIK TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN OKSIGENASI

A. PENDAHULUAN

Konsep gangguan kebutuhan oksigenasi yang sering terjadi pada anak yang sudah dipelajari. Anda juga diharapkan telah memahami tehnik berkomunikasi pada anak dan bagaimana menerapkannya saat melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan oksigenasi.

Setelah mempelajari kegiatan Praktik 1 ini diharapkan Anda mampu melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi. Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan Anda dapat:

1. Melakukan praktik memberikan posisi fowler dan semi fowler
2. Melakukan praktik memberikan oksigen simple mask
3. Melakukan fisioterapi dan postural drainage dada pada anak,
4. Memberikan terapi inhalasi (*nebulizer*)
5. Melakukan suction : penghisapan lendir
6. Memasang dan memonitor transfusi darah

B. URAIAN MATERI

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang di butuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologi maupun psikologi yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Salah satunya adalah kebutuhan oksigen. Oksigen adalah salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel-sel tubuh. Secara normal elemen ini diperoleh dengan cara menghirup oksigen ruangan setiap kali bernapas.

Oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting di dalam proses metabolisme sel. Kekurangan oksigen akan menimbulkan dampak yang bermakna bagi tubuh, salah satunya adalah kematian. Karenanya, berbagai upaya perlu selalu dilakukan untuk menjamin kebutuhan dasar

ini terpenuhi dengan baik. Dalam pelaksanaannya, pemenuhan kebutuhan dasar tersebut masuk ke dalam bidang garapan perawat. Karenanya, setiap perawat harus paham dengan manifestasi tingkat pemenuhan oksigen pada kliennya serta mampu mengatasi berbagai masalah yang terkait dengan pemenuhan kebutuhan tersebut. Untuk itu perawat perlu memahami secara mendalam konsep oksigenasi pada manusia.

1. Pemeriksaan Fisik pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi

1) Inspeksi

Mengamati tingkat kesadaran anak, penampilan umum, postur tubuh, kondisi kulit dan membrane mukosa, dada, pola napas (frekuensi dan kedalaman pernapasan, durasi inspirasi dan ekspirasi), ekspansi dada secara umum, adanya deformitas dan jaringan parut pada dada.

2) Palpasi

Palpasi dilakukan dengan cara meletakkan tumit tangan pemeriksa mendatar diatas dada pasien. Saat palpasi perawat menilai adanya fremitus "tujuh-tujuh" secara berulang. Jika pasien mengikuti instruksi tersebut secara tepat, perawat akan merasakan adanya getaran pada telapak tangannya. Normalnya fremitus taktil akan terasa pada individu yang sehat. Selain itu palpasi juga dilakukan untuk mengetahui temperatur kulit, pengembangan dada, adanya nyeri tekan, titik impuls maksimum, sirkulasi perifer, denyut nadi, pengisian kapiler.

3) Perkusi

Secara umum perkusi dilakukan untuk menentukan ukuran dan bentuk organ dalam serta mengkaji adanya abnormalitas, cairan atau udara di dalam paru. Perkusi sendiri dilakukan dengan menekan jari tengah (Tangan non dominan) pemeriksa mendatar di atas dada pasien. Kemudian jari tersebut diketuk-ketuk dengan menggunakan jari tengah tangan sebelahnya. Normalnya, dada menghasilkan bunyi resonan atau gaung perkusi. Pada penyakit tertentu adanya udara pada paru-paru menimbulkan bunyi hipersonan atau bunyi drum. Sedangkan bunyi pekak terdengar apabila dilakukan di atas area yang mengalami atelektasis.

4) Auskultasi

Auskultasi adalah proses mendengarkan suara yang dihasilkan di dalam tubuh. Auskultasi dapat dilakukan langsung atau dengan menggunakan stetoskop. Bunyi yang terdengar digambarkan berdasarkan nada, intensitas, durasi dan

kualitasnya. Untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat auskultasi hendaknya dilakukan lebih dari satu kali. Pada pemeriksaan fisik paru, auskultasi dilakukan dengan mendengarkan bunyi napas vesicular, bronchial, bronkoveskular, rales, ronkhi, juga untuk mengetahui adanya perubahan bunyi napas serta lokasi dan waktu terjadinya.

2. Penatalaksanaan Untuk Masalah Kebutuhan Oksigenasi pada anak

1) Memberikan Posisi fowler dan semifowler

Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien. Posisi ini akan Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru.

Semi fowler adalah sikap dalam posisi setengah duduk 15-60 derajat. Posisi semi fowler diberikan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi agar memberikan perasaan lega dan memudahkan prosedur tindakan.

2) Latihan napas

Merupakan cara bernapas untuk memperbaiki ventilasi alveoli atau memelihara pertukaran gas, mencegah atelektaksis, meningkatkan efisiensi batuk, dan dapat mengurangi stress. Tindakan ini hanya dapat dilakukan pada anak yang sudah bisa mengikuti perintah.

Prosedur Kerja :

- 1) Cuci tangan ,
- 2) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- 3) Atur posisi pasien untuk duduk atau telentang
- 4) Anjurkan pasien untuk mulai latihan dengan cara menarik napas terlebih dahulu melalui hidung dengan mulut tertutup
- 5) Kemudian anjurkan pasien untuk menahan napas sekitar 1-1,5 detik dan disusul dengan menghembuskan napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti orang meniup
- 6) Catat respon pada pasien yang terjadi
- 7) Cuci tangan anda

3) Latihan batuk efektif

Latihan batuk efektif merupakan cara melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan jalan napas (taring, trachea, dan bronkiolus) dari secret atau benda asing. Latihan batuk efektif dapat dilakukan pada anak yang sudah bisa mengikuti perintah. Prosedur Kerja :

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- 3) Atur posisi pasien dengan duduk di tepi tempat tidur dan membungkuk ke depan
- 4) Anjurkan pasien untuk menarik napas, secara pelan dan dalam, dengan menggunakan pernapasan diafragma
- 5) Setelah itu minta pasien menahan napas selama \pm 2 detik
- 6) Batukkan pasien 2 kali dengan mulut terbuka
- 7) Minta pasien melakukan tarik napas dengan ringan
- 8) Istirahat
- 9) Catat respons yang terjadi pada pasien
- 10) Cuci tangan anda

4) Fisioterapi dada

Fisioterapi dada merupakan tindakan melakukan postural drainage, clapping, dan vibrating pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan untuk meningkatkan efisiensi pola pernapasan dan membersihkan jalan napas. Fisioterapi dada terdiri atas tindakan perkusi dan vibrasi. Perkusi adalah tindakan menepuk-nepuk kulit dengan tenaga penuh menggunakan kedua tangan yang dibentuk menyerupai mangkuk secara bergantian. Tindakan ini bertujuan untuk melepaskan sumbatan secret pada dinding bronkus. Sedangkan vibrasi adalah serangkaian getaran kuat yang dihasilkan oleh kedua tangan yang diletakan mendatar di atas dada klien. Tujuannya untuk meningkatkan tubulensi udara yang dihembuskan sehingga secret terlepas dari dinding bronkus. Tujuan fisioterapi dada adalah :

- 1) Meningkatkan efisiensi pola pernafasan
- 2) Membersihkan jalan nafas

Persiapan Alat dan Bahan :

- 1) Pot sputum berisi desinfektan
- 2) Kertas tisu

- 3) Dua balok tempat tidur (untuk postural drainage)
- 4) Satu bantal (untuk postural drainage)

Prosedur Kerja fisioterapi dada antara lain sebagai berikut :

a. Postural drainage

Merupakan tindakan dengan menempatkan pasien dalam berbagai POSISI untuk mengalirkan sekret di saluran pernafasan. Tindakan postural drainase diikuti dengan tindakan *clapping* (penepukan) dan *vibrating* (vibrasi/getaran). Posisi yang sering digunakan untuk posisi ini adalah posisi yang mengeluarkan sekret dari segmen bawah paru.

Perlengkapan:

- 1) Bantal untuk mengatur posisi pasien
- 2) Tempat spuitum, tissue, obat kumur

Prosedur:

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan pada pasien mengenai maksud dan prosedur yang akan dilaksanakan
- 3) Atur posisi pasien sesuai dengan segmen paru yang terisi sekret
- 4) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen apeks paru, tempatkan pasien pada posisi semi-fowler dengan kemiringan 30 derajat. lakukan vibrasi dan perkusi pada area bahu.
- 5) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen posterior, pasikan pasien duduk dengan kepala agak menunduk kemudian lakukan vibrasi dan perkusi pada area bahu.
- 6) Untuk- mengeluarkan sekret dari segmen anterior lobus atas, tempatkan klien pada posisi terlentang. letakan bantal dibawah bokong klien dengan posisi kaki klien fleksi.
- 7) Untuk mengeluarkan sekret dari posisi lateral dan medial paru, pasikan pasien terlentang dengan kaki tempat tidur dimiringkan 15 derajat. Pada laki-laki lakukan perkusi dan vibrasi pada area dada kanan. pada perempuan tempatkan pangkal tangan di axial dengan jari-jari dibawah mammae.
- 8) Posisikan pasien miring dan tinggikan bagian kaki tempat tidur 30°-40°. lakukan vibrasi dan perkusi pada area paling atas dari rusuk terbawah.

- 9) melakukan postural drainage \pm 10-15 menit .
- 10) Observasi tanda vital selama prosedur
- 11) Lakukan hingga lendir bersih
- 12) Catat respon yang terjadi pada pasien
- 13) Cuci tangan

Untuk posisi ini, pasien berbaring tengkurap di tempat tidur datar atau meja. Dua bantal harus ditempatkan di bawah pinggul. Pengasuh Perkusi dan bergetar atas bagian bawah tulang belikat, di kedua sisi kanan dan kiri tulang belakang, menghindari perkusi langsung atau getaran selama tulang belakang itu sendiri.

b. *Clapping (penepukan)*

Clapping dilakukan dengan menepuk dada posterior dan memberikan getaran (vibrasi) tangan pada daerah tersebut yang dilakukan pada saat pasien ekspirasi

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilaksanakan
- 3) Atur posisi pasien sesuai dengan kondisinya
- 4) Lakukan *clapping* dengan cara kedua tangan perawat menepuk punggung pasien secara bergantian hingga ada rangsangan batuk
- 5) Bila pasien sudah batuk, berhenti sebentar dan anjurkan untuk menampung sputum pada pot sputum
- 6) Lakukan hingga lendir bersih
- 7) Catat respon yang terjadi pada pasien
- 8) Cuci tangan

c. *Vibrating (menggetarkan)*

Suatu tindakan yang diberikan kepada penderita dengan jalan latihan bernapas, menggetarkan daerah dinding dada

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilaksanakan
- 3) Atur posisi pasien sesuai dengan kondisinya
- 4) Lakukan *vibrating* dengan ·menganjurkan pasien untuk menarik napas dalam dan meminta pasien untuk mengularkan napas perlahan-lahan. Untuk itu, letakkan kedua tangan di atas bagian samping depan dari cekungan iga dan getarkan secara

perlahan-lahan. Hal tersebut dilakukan searaberkali-kali hingga pasien ingin batuk dan mengeluarkan sputum

- 5) Bila pasien sudah batuk, berhenti sebentar dan anjurkan untuk menampung sputum di pot sputum
- 6) Lakukan hingga lendir bersih
- 7) Catat respon yang terjadi pada pasien
- 8) Cuci tangan

5. Terapi oksigen

Terapi oksigen diberikan pada pasien yang mengalami gangguan ventilasi pada seluruh area paru, pasien dengan gangguan pertukaran gas, serta mereka yang mengalami gagal jantung dan membutuhkan terapi oksigen guna meneegah terjadinya hipoksia. Sejumlah sistem pemberian oksigen tersedia bagi klien di berbagai kondisi. Pemberian oksigen merupakan tindakan keperawatan memberikan oksigen ke dalam paru melalui saluran pernafasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Pemberian oksigen yang lazim dilakukan pada anak yaitu dengan kanule, nasal, dan masker.

Alat dan bahan :

- a. Tabung oksigen lengkap dengan humidifier dan flow meter
- b. Kateter nasal, kanule dan masker
- c. Vaseline/jeli
- d. Sarung tangan

Prosedur:

- a. Cuci tangan
- b. Gunakan sarung tangan
- c. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- d. Cek flow meter dan humidifier
- e. Aktifkan tabung oksigen
- f. Atur posisi anak dengan cara menempatkan di atas pangkuan, posisi semi fowler atau ditidurkan
- g. Beri oksigen melalui kanule atau masker
- h. Apabila menggunakan kateter, ukur terlebih dahulu jarak antara hidung dengan telinga, setelah itu beri jeli dan masukkan kateter

- i. Tenangkan anak dan pastikan tindakan ini diperlukan untuk membuat anak lebih baik
- j. Puji anak atas kerjasamanya
- k. Lepaskan sarung tangan
- l. Catat pemberian dan lakukan observasi
- m. Cuci tangan

6. Pemberian Nebulizer

Tindakan pemberian nebulizer untuk memobilisasi sekresi paru dengan cara humidifikasi. Humidifikasi meningkatkan hidrasi membrane mukosa melalui transudasi. Tindakan ini memberikan penguapan pada saluran pernafasan agar lender encer dan mudah dikeluarkan atau diisap. Tindakan ini dilakukan pada anak yang sesak nafas akibat obstruksi produksi sekresi yang menumpuk dan tidak dapat dikeluarkan secara fisiologis

Alat dan bahan :

- a. NaCl 0,9%
- b. Set nebulizer
- c. Obat bronchodilator sesuai instruksi
- d. Sarung tangan

Prosedur:

- a. Cuci tangan
- b. Gunakan sarung tangan
- c. Atur posisi anak dengan cara menempatkan di atas pangkauan, posisi semi fowler atau ditidurkan.
- d. Lakukan penguapan selama 10-15 menit dimulai dengan menghidupkan set nebulizer, yang diarahkan ke saluran pernafasan mulai dari mulut atau hidung
- e. Lakukan fisioterapi dada agar secret mudah terlepas dari dinding bronkus
- f. Tenangkan anak dan pastikan tindakan ini diperlukan untuk membuat anak lebih baik
- g. Puji anak atas kerjasamanya
- h. Lepaskan sarung tangan
- i. Catat status pernafasan dan secret

j. Cuci tangan

7. Suction/Pengisapan Lendir

Pengisapan lendir adalah tindakan untuk membersihkan saluran nafas bagian dalam dengan menggunakan alat pengisap (suction), lendir melalui hidung, mulut atau trakea agar saluran nafas bebas dari sumbatan lendir.

Alat dan bahan :

- a. Mesin pengisap lendir (slym zuigar)
- b. Kateter penghisap lendir dengan ukuran
 1. Neonatus usia 6 bulan : 6-8 Fr
 2. 6 bulan -1 tahun : 8-10 Fr
 3. 1-2 tahun : 10 Fr
 4. 2-4 tahun : 10-12 Fr
 5. 4-7 tahun : 12 Fr
 6. 7-10 tahun : 12-14 Fr
 7. 10-14 tahun : 14 Fr

Prosedur

- a. Cuci tangan
- b. Gunakan sarung tangan
- c. Atur posisi anak dengan cara menempatkan di atas pangkauan, posisi semi fowler dengan kepala miring ke salah satu sisi untuk pengisapan oral dan baringkan ke posisi fowler dengan leher ekstensi untuk pengisapan nasal.
- d. Ukur slang pengisap dengan cara menempatkan ujung kateter ke daun telinga sampai ujung hidung dan beri tanda.
- e. Sambungkan kateter pengisap dengan mesin pengisap
- f. Basahi ujung kateter dengan larutan steril dan pasang pengisap dengan ujungnya di dalam larutan
- g. Memasukkan ujung kateter secara perlahan-lahan dengan tangan kanan ke dalam mulut / hidung sampai kerongkongan bila perlu kateter dimasukkan lebih dalam dan sejauh mungkin. Bila pasien dengan trakeostomi, maka ujung kateter penghisap dimasukkan ke dalam lubang trakeostomi, bila perlu kateter penghisap dimasukkan sejauh mungkin.

- h. Lubang di samping pangkal kateter penghisap ditutup dengan ibu jari, kemudian kateter penghisap ditarik secara perlahan-lahan dengan gerakan memutar, hati-hati dan cepat. Satu periode pengisapan tidak boleh lebih dari 5 detik.
- i. Membilas kateter sampai bersih dengan aquadest/ cairan NaCl 0,9%.
- j. Lakukan beberapa kali pengisapan sampai bersih, pengisapan antara satu dengan yang kedua dan seterusnya diberi jeda istirahat 20-30 detik.
- k. Mematikan mesin dengan menekan tombol " OFF" dan melepas kateter dari selang penghisap kemudian memasukkannya ke dalam rendaman desinfektan.
- l. Melepaskan sarung tangan dan cuci tangan. Merapikan pasien.
- m. Membersihkan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya.
- n. Perawat mencuci tangan.
- o. Mengobservasi pernafasan pasien
- p. Dokumentasikan kegiatan

8. Memasang dan memonitor transfusi darah

Transfusi darah adalah suatu tindakan memasukkan darah melalui pembuluh darah vena yang bertujuan untuk memperbaiki volume intravaskuler dan meningkatkan kapasitas pengangkutan oksigen.

Indikasi pemberian transfusi darah:

- a. Kehilangan darah akut, bila 20-30% total volume darah hilang dan perdarahan masih terus terjadi.
- b. Anemia berat
- c. Syok septik (jika cairan IV tidak mampu mengatasi gangguan sirkulasi darah dan sebagai tambahan dari pemberian antibiotik)
- d. Memberikan plasma dan trombosit sebagai tambahan faktor pembekuan, karena komponen darah spesifik yang lain tidak ada
- e. Transfusi tukar pada neonatus dengan ikterus berat.

Sebelum pemberian transfusi, periksa hal sebagai berikut:

- a. Golongan darah donor harus dengan golongan darah resipien dan nama anak serta nomor yang tercantum pada label dan formulir (pada kasus gawat darurat, kurangi risiko terjadinya ketidakcocokan atau reaksi transfusi dengan melakukan uji silang golongan darah spesifik atau beri darah golongan 0 bila

tersedia)

- b. Kantungdarah transfusi tidak bocor
- c. Kantung darah tidak berada di luar lemari es lebih dari 2 jam, warna plasma darah tidak merahjambu atau bergumpaldan set darah rnerah tidak terlihat keunguanatau hitam
- d. Tanda gagal jantung. Jika ada, beri furosemid 1mg/kgBB IV saat awal transfusi darah pada anak yang sirkulasi darahnya normal. Jangan menyuntik ke dalam kantung darah.
- e. Lakukan pencatatan awal tentang suhu badan, frekuensi napas dan denyut nadi anak.
- f. Jumlah awal darah yang ditransfusikan harus sebanyak 20 ml/kgBB darah utuh, yang diberikan selama 3-4 jam.

Selama transfusi

- a.. Jika tersedia, gunakan alat infus yang dapat mengatur laju transfusi
- b. Periksa apakah darah mengalir pada laju yang tepat
- c. Lihat tanda reaksi transfusi, terutama pada 15 menit pertama transfusi
- d. Catat keadaan umum anak, suhu badan, denyut nadi dan frekuensi napas setiap 30 menit
- e. Catat waktu permulaan dan akhir transfusi dan berbaqai reaksi yang timbul.

Alat dan bahan transfusi darah :

- a. Standar Infus, Set Transfusi (Tranfusi Set), Botol berisi NaCl 0,9%
- b. Produk darah yang benar sesuai program medis
- c. Torniket, Kapas alcohol, plester, gunting, kassa steril, betadine, sarung tangan

Prosedur memasang transfusi darah:

- a. Cek kernbali instruksi dokter
- b. Cuci tangan
- c. Beri salam dan perkenalkan diri
- d. Identifikasi pasien dengan menanyakan nama, nomor rekam medis, cocokkan dengan gelang identitas pasien
- e. Memberi penjelasan pada pasienjkeluarga pasien tentang tindakan, prosedur , tujuan, dan reaksi alergi
- f. Ukur suhu pasien (suhu : 36 sjd 37,5)
- g. Cocokkan label darah dengan identitas pasien : nama pasien, no rekam medik,

- golongan darah, jenis darah, jumlah, darah no darah, expired date
 . dengan disaksikan oleh keluarga pasien.
- h. Tanyakan adanya riwayat alergi
 - i. Masukkan obat premedikasi sesuai program dokter
 - j. Pasang cairan Na CI 0,9 % pada blood set untuk membilas selang
 - k. Ganti cairan Na CI 0,9 % dengan darah dan atur tetesannya sesuai instruksi dokter
 - l. Observasi selama dilakukan tranfusi meliputi; suhu, reaksi alergi
 - m. Bila tranfusi sudah selesai langsung blood set ganti dengan infuset/blood set baru dengan cairan Na CI 0,9 %/sesuai cairan yang dibutuhkan
 - n. Bereskan pasien dan alat
 - o. Cuci tangan
 - p. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan

C. LATIHAN NAFAS DALAM BATUK EFEKTIF

KASUS :

Seorang anak laki-laki usia 6 tahun dirawat dengan pneumonia. Saat ini pasien mengeluh sesak dan susah mengeluarkan dahak.

Tugas : Lakukan tindakan melatih nafas dalam dan batuk efektif pada anak tersebut

1. Persiapan Alat
2. Persiapan Lingkungan
 - a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
 - b. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua untuk rasa aman anak
3. Prosedur
 - a. Pra interaksi
 - b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
 - c. Post Interaksi

Tabel 25

SOP Melatih nafas dalam batuk efektif

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan latihan nafas dalam dan batuk efektif		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Atur posisi pasien		
9	Latih nafas dalam : Ajurkan pasien untuk mulai latihan dengan cara menarik napas terlebih dahulu melalui hidung dengan mulut tertutup. Kemudian anjurkan pasien untuk menahan napas sekitar 1-1,5 detik dan disusul dengan menghembuskan napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti orang meniup		
10	Latih batuk efektif Anjurkan pasien untuk menarik napas, secara pelan dan dalam, dengan menggunakan pernapasan diafragma. Setelah itu minta pasien menahan napas selama ± 2 detik. Batukkan pasien 2 kali dengan mulut terbuka. Anjurkan Pasien Menarik Nafas Ringan		
Tahap terminasi			
11	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
12	Evaluasi perasaan klien		
13	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
14	Bereskan alat		
15	Cuci tangan		
16	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Keterampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

LATIHAN PRAKTIK FISIOTERAPI DADA

KASUS: Seorang anak perempuan usia 5 tahun dirawat dengan asma. Saat ini pasien mengeluh batuk, sesak dan susah mengeluarkan dahak. Pasien baru saja diberikan terapi inhalasi.

Tugas : Lakukan tindakan fisioterapi dada pada anak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. Pot sputum berisi desinfektan
- b. Kertastisu .
- c. Tempat duduk/kurSI
- d. Satu bantal/handuk (untuk postural drainage)

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 26
SOP Fisioterapi dada

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan fisioterapi dada		
2	Siapkan alat		

3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Atur posisi anak dengan menempatkan anak di atas pangkuan dan letakkan handuk atau bantal di bawah punggung anak		
9	Minta anak untuk menarik nafas atau ajarkan untuk meniup botol khusu/balon yang dapat membantu anak menarik nafas dalam dan dapat menyebabkan batuk jika anak sudah mengerti perintah.		
10	Posisikan tangan seperti mangkuk untuk perkusi dan lakukantepukan kurang lebih selamasatu menit		
11	Minta anak menarik nafas dalam dan lakukan vibrasi saat mengeluarkan udara, ulangi sampai pernafasan 3 kali, jika anak sudah mengerti perintah		
12	Minta anak untuk batuk, jika dalam posisi berbaring anak kesulitan batuk, ganti dalam posisiduduk (untuk anakvanq sudah bisa mengikuti perintah)		
13	Ulangi prosedur 8 sampai dengan 12		
14	Tenangkan anak dan pastikan tindakan memang diperlukan untuk membuat kondisi anak lebih baik		
Tahap terminasi			
15	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
16	Evaluasi perasaan klien		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		
19	Cuci tangan		
20	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PRAKTIK PEMBERIAN OKSIGEN

KASUS :

Seorang anak laki-laki usia 4 tahun dirawat dengan pneumonia. Pasien tampak sesak, Respirasi 45 x/menit, Atas instruksi dokter, anak diberikan oksigen 2 liter/menit dengan menggunakan masker.

Tugas : Lakukan tindakan pemberian oksigen pada anak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. Tabung oksigen lengkap dengan humidifier dan flow meter
- b. Kateter nasal, kanule dan masker
- c. Vaseline/jeli
- d. Sarung tangan

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 27

SOP Pemberian oksigen

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemberian oksigen		
2	Siapkan alat		

3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cud tangan dan gunakan sarungtangan		
8	Cek flow meter dan humidifier		
9	Aktifkan tabung oksigen		
10	Atur posisi anak dengan cara menempatkan di atas pangkauan, posisisemi fowler atau ditidurkan		
11	Beri oksigen melauai kanule atau masker		
12	Apabila menggunakan kateter, ukur terlebih dahulu jarak antara hidung dengan telinga, setelah itu beri jeli dan masukkan kateter		
13	Tenangkan anak dan pastikan tindakan ini diperlukan untuk rnernbuatakan lebih baik		
14	Puji anak atas kerja samanya		
15	Lepaskan sarung tangan		
Tahap terminasi			
16	Akhiri dan simpulkan kegiatan		
17	Evaluasi perasaan klien		
18	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
19	Bereskan alat		
20	Cuci tangan		
21	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PRAKTIK PEMBERIAN TERAPI INHALASI

KASUS : Seorang anak perempuan usia 5 tahun dirawat dengan pneumonia. Ibu mengatakan pasien masih batuk, sesak dan dahak susah keluar. Hasil pemeriksaan pasien tampak sesak, Respirasi 42 x/menit, ronchi (+). Atas instruksi dokter, anak diberikan terapi inhalasi dengan ventolin.

Tugas : Lakukan tindakan pemberian terapi inhalasi pada anak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. NaCL 0,9%
- b. Set nebulizer
- c. Obat bronchodilator sesuai instruksi
- d. Sarung tangan

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 28

SOP Pemberian terapi inhalasi

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan terapi inhalasi (nebulizer)		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		

Tahap kerja			
7	Cuci tangan dan gunakan sarung tangan		
8	Atur posisi anak dengan cara menempatkan di atas pangkuan, posisi semi fowler atau ditidurkan		
9	Lakukan penguapan selama 10-15 menit dimulai dengan menghidupkan set nebulizer, yang diarahkan ke saluran pernafasan mulai dari mulut atau hidung		
10	Lakukan fisioterapi dada agar sekret mudah terlepas dari dinding bronkus		
11	Tenangkan anak dan pastikan tindakan ini diperlukan untuk membuat anak lebih baik		
12	Puji anak atas kerja samanya		
13	Lepaskan sarung tanagn		
Tahap terminasi			
14	Simpulkan kegiatan		
15	Evaluasi perasaan klien		
16	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
17	Bereskan alat		
18	Cuci tangan		
19	Dokumentasikan tindakan dan respon bayi/anak		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PRAKTIK SUCTION/PENGHISAPAN LENDIR

KASUS : Seorang anak perempuan usia 2 tahun dirawat dengan pneumonia. Hasil pemeriksaan menunjukkan dahak sangat banyak dan pasien tampak sesak.

Tugas : Lakukan tindakan suction pada nak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. Mesin pengisaplender (slym zuigar)
- b. Kateter pengisaplender dengan ukuran :
- c. Air steril dan NaCl sebagaipembilas
- d. Pinset anatomy
- e. Spatel/sudip lidah yang dibungkus kain kasa
- f. Sarung tangan
- g. Pengalas

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 29

SOP SUCTION/PENGHISAPAN LENDIR

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan suction/penghisapan lendir		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Gunakan sarung tangan		
9	Atur posisi anak dengan cara menempatkandi atas pangkauan, posisi semi fowler dengan kepala miring ke salahsatu sisi untuk pengisapan oral dan baringkan ke posisi fowler dengan leher ekstensi untuk pengisapan nasal.		
10	Ukur slang pengisap dengan cara menempatkan ujung kateter ke daun telinga sampai ujung hidung dan beri tanda.		
11	Sambungkan kateter pengisap dengan mesin pengisap		
12	Basahiujung kateter dengan larutan steril dan		

	pasang penghisap dengan ujungnya di dalam larutan		
13	Memasukkan ujung kateter secara perlahan-lahan dengan tangan kanan ke dalam mulut / hidung sampai kerongkongan bila perlu kateter dimasukkan lebih dalam dan sejauh mungkin. Bila pasien dengan trakeostomi, maka ujung kateter penghisap dimasukkan ke dalam lubang trakeostomi, bila perlu kateter penghisap dimasukkan sejauh mungkin.		
14	Lubang di samping pangkal kateter penghisap ditutup dengan ibu jari, kemudian kateter penghisap ditarik secara perlahan-lahan dengan gerakan memutar, hati-hati dan cepat. Satu periode pengisapan tidak boleh lebih dari 5 detik.		
15	Membilas kateter sampai bersih dengan aquadestj cairan Nacl 0,9%.		
16	Lakukan beberapa kali pengisapan sampai bersih , pengisapan antara satu dengan yang kedua dan seterusnya diberi jeda istirahat 20-3- detik		
17	Matikan mesin dengan menekan tombol "OFF" dan melepaskan kateter dari slang penghisap, kemudian memasukkannya ke dalam rendaman desinfektan.		
18	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.		
Tahap terminasi			
19	Simpulkan kegiatan		
20	Evaluasi perasaan klien		
21	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
22	Bereskan alat		
23	Cuci tangan		
24	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PEMBERIAN TRANFUSI DARAH

1. Persiapan Alat

- Standar Infus, Set Transfusi (Tranfusi Set), Botol berisi NaCl 0,9%
- Produk darah yang benar sesuai program medis
- Torniket, Kapas alkohol, plester, gunting, kassa steril, betadine, sarung tangan

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 30

SOP Pemberian tranfusi darah

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemberian transfuse darah jcek instruksi dokter		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Gunakan sarung tangan		
9	Identifikasi pasien dengan menanyakan nama, nomor rekam medis, cocokkandengan gelang identitas pasien		
10	Beri penjelasan pada pasien/keluarga pasien tentang tindakan, prosedur , tujuan, dan reaksi alergi		
11	Ukur suhu pasien		
12	Cocokkan label darah dengan identitas pasien : nama pasien, no rekam medik, golongan darah, jenis darah, jumlah,darah no darah, expired date dengan disaksikan oleh keluarga pasien.		

13	Tanyakan adanya riwayat alergi		
14	Masukkan obat premedikasi sesuai program dokter		
15	Pasang cairan Na CI 0,9 % pada blood set untuk membilasselang		
16	Ganti cairan Na CI 0,9 % dengan darah dan atur tetesannya sesuaiinstruksi dokter		
17	Observasi selama dilakukan tranfusi meliputi; suhu, reaksi alergi		
18	Bila tranfusi sudah selesai langsung blood set ganti dengan infuset/blood set baru dengan cairan Na CI0,9 %/sesuai cairan yang dibutuhkan		
Tahap terminasi			
19	Simpulkan kegiatan		
20	Evaluasi perasaan klien		
21	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
22	Bereskan alat		
23	Cuci tangan		
24	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN NUTRISI

A. PENDAHULUAN

Setelah Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada anda tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan nutrisi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda dapat:

1. Memasang NGT
2. Memberi makan melalui NGT dan selang gastrostomy
3. Memberikan obat sesuai program terapi

B. URAIAN MATERI

Kebutuhan nutrisi bagi tubuh merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting. Dilihat dari kegunaannya nutrisi merupakan sumber energi untuk segala aktivitas dalam sistem tubuh. Sumber nutrisi dalam tubuh berasal dari dalam tubuh sendiri, seperti glikogen yang terdapat dalam otot dan hati ataupun protein dan lemak dalam jaringan dan sumber lain yang berasal dari luar tubuh seperti yang sehari-hari dimakan oleh manusia. Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak akan sangat berguna dalam membantu proses tumbuh-kembang.

Prosedur pemenuhan kebutuhan nutrisi pada orang sakit yang tidak mampu secara mandiri dapat dilakukan dengan cara membantu memenuhinya melalui oral (mulut), enteral (pipa lambung), atau parenteral.

1. Pemasangan NGT pada bayi/anak

Merupakan tindakan keperawatan yaitu memasang NGT pada bayi/anak yang mengalami gangguan nutrisi yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi/anak.

Alat dan bahan

- a. baki dan alas
- b. NGT sesuai kebutuhan (bayi no. 5-8 dan anak no. 10-14)
- c. Spuit 10-20 cc
- d. Serbet makan
- e. Kain alas
- f. Nierbeken
- g. Plester dan gunting

Prosedur Kerja

- a. Jelaskan prosedur pada pasien/keluarga pasien
- b. Cucitangan, pakai sarung tangan
- c. Anak diatur dalam posisi semi fowler. Pada anak yang gelisah bila tidak ada orang lain yang membantu pasang restrain, pada bayi di bedong
- d. Meletakkan kain alas di bawah kepala bayi/anak
- e. Serbet makan dipasang di atas dada. Nierbeken diletakkan disamping pipi
- f. Lubang hidung dibersihkan
- g. Mengukur panjang pipa dengan cara mengukur panjang pipa dari lambung (antara pusar dan titik tertinggi iga bawah, kemudian tarik sampai ke daun telinga kemudian ke hidung, kemudian beri tanda/batas dengan plester.
- h. Beri vaselin dan klem pangkal pipa tersebut , lalu masukkan melalui hidung secara perlahan-lahan ke arah belakang tenggorokan , anak dianjurkan untuk menelannya bila mampu menelan, jika batuk hentikan dan lepaskan.
- i. Memeriksa ketepatan pipa masuk ke dalam lambung dengan cara: Memasukkan udara dengan spuit 5 cc ke dalam lambung melalui pipa tersebut kemudian dengarkan dengan stetoskop di lambung terdengar bunyi berarti pipa sudah masuk lambung, setelah itu keluarkan udara dari dalam lambung sejumlah yang dimasukkan. Buang udara dalam lambung dengan menarik pengisap spuit.
- j. Fiksasi pipa lambung dengan plester
- k. Tenangkan anak dan yakinkan bahwa tindakan ini benar-benar diperlukan untuk memperbaiki kondisi anak
- l. Rapikan alat
- m. Cuci tangan

2. Memberikan nutrisi melalui pipa lambung dan slang gastrotomy.

Prosedur pemberian makan melalui pipa lambung/ NGT dan slang gastrotomy merupakan tindakan untuk memberikan makan dalam bentuk cair guna membantu memenuhi kebutuhan nutrisi atau zat gizi anak.

Alat dan bahan :

- a. Air matang

- b. Sduit/corong
- c. Makanan cair sesuaidiit
- d. Bengkok
- e. Sarungtangan

Prosedur:

- a. Cucitangan
- b. Gunakan sarungtangan
- c. Jelaskanproseduryang akan dilakukan
- d. Atur posisi anak dengan menempatkan anak di atas pangkuan , miring kanan atau berbaring
- e. Lepaskanklem dari slang dan hubungkanspuit atau corong
- f. Periksa dengan spuit apakah sisa makanan masih ada di lambung, jika lf4 makananterakhir masihada masukkankembali dan tunggu 30-60 menit
- g. Pemasangan spuit tidak boleh lebih tinggi dari dagu (harus sejajar untuk gastrotomy)
- h. Masukkan makanan sesuai program
- i. Jika sudah selesai, tambahkan 1-2 sendok (10-15 ml) air untuk membilas slang
- j. Pasangklem dan lepaskanspuit

C. LATIHAN PRAKTIK PEMASANGAN NGT PADA ANAK

KASUS : Seorang anak perempuan usia 3 tahun dirawat dengan gizi buruk. Kondisi pasien lemah dan tidak mampu untuk makan per oral. Untuk memnuhi kebutuhan nutrisinya pasien dipasang NGT.

Tugas : Lakukan tindakan pemasangan NGT pada anak dengan menggunakan pantom

1. Persiapan Alat

- a. baki dan alas
- b. NGTsesuaikebutuhan (bayi no. 5-8 dan anak no. 10-14)
- c. Sduit 10-20 cc
- d. Serbet makan
- e. Kain alas
- f. Nierbeken

g. Plester dan gunting

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang tindakan perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 31
SOP Pemasangan NGT

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemasangan NGT		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan dan gunakan sarung tangan		
8	Anak diatur dalam posisi semi fowler. Pada anak yang gelisah bila tidak ada orang lain yang membantu pasang restrain, pada bayi di bedong		
9	Letakkan alas di bawah kepala bayi/anak		
10	Serbet makan dipasang di atas dada. Nierbeken diletakkan disamping pipi		
11	Lubang hidung dibersihkan		
12	Ukur panjang pipa dengan cara mengukur panjang pipa dari lambung (antara pusar dan titik tertinggi iga bawah, kemudian tarik sampai ke daun telinga kemudian ke hidung, kemudian beri		

	tanda/batas dengan plester.		
13	Beri vaselin dan klem pangkal pipa tersebut , lalu masukkan melalui hidung secara perlahan-lahan ke arah belakang tenggorokan , anak dianjurkan untuk menelannya bila mampu menelan, jika batuk hentikan dan lepaskan.		
14	Periksa ketepatan pipa masuk ke dalam lambung dengan cara:		
15	Masukkan udara dengan spuit 5 cc ke dalam lambung melalui pipa tersebut kemudian dengarkan dengan stetoskop. Jika di lambung terdengar bunyi berarti pipa sudah masuk lambung, setelah itu keluarkan udara dari dalam lambung sejumlah yang dimasukkan. Buang udara dalam lambung dengan menarik pengisapsput.		
16	Fiksasi pipa lambung dengan plester		
17	Tenangkan anak dan yakinkan bahwa tindakan ini benar-benar diperlukan untuk memperbaiki kondisi anak		
Tahap terminasi			
18	Simpulkan kegiatan		
19	Evaluasi perasaan klien		
20	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
21	Bereskan alat		
22	Cuci tangan		
23	Dokumentasikan tindakan dan respon bayi/anak		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN MELALUI NGT

KASUS :

Seorang anak perempuan usia 3 tahun dirawat dengan gizi buruk. Kondisi pasien lemah dan tidak mampu makan per oral. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya pasien dipasang NGT. Pasien telah dipasang NGT.

Tugas : Lakukan tindakan pemberian makan pada anak tersebut.

1. Persiapan Alat

- a. Air matang
- b. Spuit/corong

- c. Makanan cair sesuai diit
- d. Bengkok
- e. Sarung tangan

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 32
SOP PEMBERIAN MAKAN MELALUI NGT

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan pemberian makan melalui NGT/slang gastrostomy		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan, gunakan sarung tangan		
8	Atur posisi anak dengan menempatkan anak di atas pangkuan , miring kanan atau berbaring		
9	Lepaskan klem dari slang dan hubungkan spuit atau corong		

10	Periksa dengan spuit apakah sisa makanan masih ada di lambung, jika 114 makanan terakhir masih ada masukkan kembali dan tunggu 30-60 menit		
11	Pemasangan spuit tidak boleh lebih tinggi dari dagu (harus sejajar untuk gastrotomy)		
12	Masukkan makanan sesuai program		
13	Jika sudah selesai, tambahkan 1-2 sendok (10-15 ml) air untuk membilas slang		
14	Pasang klem dan lepaskan spuit		
Tahap terminasi			
15	Simpulkan kegiatan		
16	Evaluasi perasaan klien		
17	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
18	Bereskan alat		
19	Cuci tangan		
20	Dokumentasikan tindakan dan respon bayi/anak		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

PRAKTIK TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

1. Menghitung balance cairan (intake dan output),
2. Merawat infus
3. Merawat kateter
4. Memberikan obat sesuai program terapi

B. URAIAN MATERI

Cairan dan elektrolit sangat penting untuk mempertahankan keseimbangan atau homeostasis tubuh. Agar dapat mempertahankan kesehatan dan kehidupan, manusia membutuhkan cairan dan elektrolit dalam jumlah dan proporsi yang tepat di berbagai jaringan tubuh. Air menempati proporsi terbesar pada tubuh manusia. Air menyusun lebih dari setengah berat badan manusia.

Menjaga agar volume cairan tubuh tetap relative konstan dan komposisinya tetap setabil adalah penting untuk homeostatis. system pengaturan mempertahankan mempertahankan konstannya cairan tubuh, keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa, dan pertukaran kompartemen cairan ekstraseluler dan intraseluler.

Data yang harus dikaji untuk menentukan adanya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit antara lain :

- 1) Asupan cairan dan makanan (oral dan parenteral), haluan cairan.
- 2) Tanda dan gejala gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 3) Proses penyakit yang menyebabkan gangguan homeostasis cairan dan elektrolit.
- 4) Pengobatan tertentu yang tengah dijalani yang dapat mengganggu status cairan.
- 5) Status perkembangan (usia atau kondisi sosial).
- 6) Faktor psikologis (prilaku emosional).

Pengukuran Klinis

Pengukuran klinis sederhana yang dapat perawat lakukan tanpa instruksi dari dokter adalah pengukuran tanda-tanda vital, penimbangan berat badan, serta pengukuran asupan, dan haluan cairan.

- 1) Berat badan. Pengukuran berat badan dilakukan disaat yang sam dengan menggunakan pakaian yang beratnya sama. Peningkatan atau penurunan 1 kg berat badan serta dengan penambahan atau pengeluaran satu liter cairan.
- 2) Tanda-tanda vital. Perubahan tanda-tanda vita (suhu, nadi, pernapasan, dan tekanan darah serta tingkat kesadaran) bisa mendakganggu keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 3) Asupan cairan. Asupan cairan meliputi cairan oral (NGT dan oral), cairan pariental (obat-obat intravena), makanan yang mengandung air, irigasi kateter. Kaji manifestasi pengukuran klinik melalui cairan hipertonic adalah cairan yang konsentrasi zat terlarut/kepekannya melebihi cairan tubuh, contohnya larutan dekstrosa 5% dan NaCl normal, dekstrosa 5% dalam RL, dekstrosa 5% dalam NaCl 0,45%. Cairan hipotonik adalah cairan yang konsentrasi zat terlarut/ kepekannya kurang.
- 4) Haluan cairan/kaji input output. Haluan cairan meliputi urine (volume, kepekatan), feses (jumlah, konsistensi), drainase, dan IWL.
- 5) Status hidrasi. Status hidrasi meliputi adanya edema, rasa haus yang berlebihan, kekeringan pada membran mukosa.
- 6) Proses penyakit Kondisi penyakit yang dapat mengganggu keseimbangan cairan dan elektrolit (misalnya deabetes melitus, kanker, luka bakar, hematemesis, dan lain-lain).
- 7) Riwayat pengobatan. Obat-obat atau terapi yang dapat mengganggu keseimbangan cairan dan elektrolit (misalnya steroid, diuretik, dialisis).

Pemeriksaan fisik

- 1) *Integumen*: turgor kulit, edema, kelemahan otot, tetani, dan sensasi rasa.
- 2) *Kardiovaskular*. distensi vena jugularis, tekanan darah, dan bunyi jantung.
- 3) *Mata*: cekung, air mata kering.
- 4) *Neurologi*: refleks, gangguan motorik dan sensorik, tingkat kesadaran.
- 5) *Gastrointestinal*. mukosa mulut, mulut, lidah, bising usus.

Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaan ini meliputi jumlah sel darah merah,

hemoglobin (Hb), dan hematokrit (Ht).

- a) Ht naik: adanya dehidrasi berat dan gejala syok.
 - b) Ht turun: adanya perdarahan akut, masif, dan reaksi hemolitik.
 - c) Hb naik: adanya hemokonsentrasi.
 - d) Hb turun: adanya perdarahan hebat, reaksi hemolitik.
- 2) Pemeriksaan elektrolit serum. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kadar natrium, kalium, klorida, ion bikarbonat.
- 3) pH dan berat jenis urine. Berat jenis menunjukkan kemampuan ginjal untuk mengatur konsentrasi urine. Normalnya, pH urine adalah 4,5-8 dan berat jenisnya 1,003-1,030.

Kebutuhan cairan pada anak

Tabel 33 Rumus Kebutuhan Cairan Pada Anak

BERAT BADAN	KEBUTUHAN AIR/HARI
1-10 KG	100 ML/KG BB
11-20 KG	1000 ML + 50 ML/KG DIATAS BB 10 KG
>20 KG	1500 ML + 20 ML/KG DIATAS BB 20 KG

Sumber : Buku Ajar Keperawatan Pediatrik, 2009

Kebutuhan cairan pada tubuh data dihitung sebagai berikut:

1. Pada anak < 10 Kg , maka 10 Kg dihitung 100 ml/ BB. Misal BB 8 kg maka kebutuhan cairan adalah $8 \times 100 = 800$ ml/hari
2. Pada anak dengan BB 10 - 20 Kg, maka 1000 ml pada 10 kg pertama dan ditambah 50 ml per Kg penambahan berat badannya. Misal BB = 15 kg, maka 1000 ml ditambah 5×50 ml maka menjadi 1250 ml/ hari kebutuhan cairannya
3. Pada seorang dengan berat badan > 20 Kg maka rumusnya adalah 1500 ml pada 20 kg pertama dan ditambah 20 ml/Kg sisanya, misal seseorang dengan BB 40 Kg, maka 20 kg pertama adalah 1500 ml, sedangkan 20 kg sisanya $\times 20$ ml = 400 ml sehingga kebutuhan cairan seseorang dengan berat 40 kg adalah $1500 + 400$ ml = 1900 ml/hari

Contoh soal

1. Berapa kebutuhan cairan normal per hari untuk anak dengan berat 8 kg?

Diketahui : kebutuhan air/hari untuk BB 1-10 kg = 100 ml/kg BB Jawab :
8 Kg x 100ml/kg = 800 ml/hari

2. Berapakah kebutuhan cairan normal untuk anak dengan berat 15 kg?

Diketahui : Kebutuhan air/hari untuk BB 11-20 kg = 1000 ml + 50 ml/ kg
15 kg = 10 kg + 5 kg = 1000 ml + 5 kg

Jawab : 1000 ml + (5 kg x 50 ml) = 1000 + 250 = 1250 ml/hari

Intake cairan :

Pengaturan utama intake cairan adalah melalui mekanisme haus. Pusat haus dikendalikan berada di otak sedangkan rangsangan haus berasal dari kondisi dehidrasi intraseluler, sekresi angiotensin II sebagai respon dari penurunan tekanan darah, perdarahan yang mengakibatkan penurunan volume darah. Perasaan kering di mulut biasanya terjadi bersama dengan sensasi haus walaupun kadang terjadi secara sendiri. Sensasi haus akan segera hilang setelah minum sebelum proses absorpsi oleh gastrointestinal.

Output cairan pada anak: Kehilangan cairan tubuh melalui :

1. Urine:

Normalnya urine akan dikeluarkan dalam jumlah yang cukup untuk menyeimbangkan cairan dan elektrolit serta kadar asam dan basa dalam tubuh. Standar volume urine normal dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 34 Standar Volume Urine Normal

Usia	Volume Urin (ml/kgBB/hari)
Bayi lahir	10-90
Bayi	80-90
Anak-anak	50
Remaja	40
Dewasa	30

Sumber : Klien Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit, 2009

2. *Invisible Water Loss* (IWL)

Invisible water loss adalah kehilangan cairan yang tidak disadari melalui kulit dan pernafasan. Besarnya IWL pada tiap individu bervariasi, dipengaruhi oleh suhu lingkungan,

tingkat metabolisme, dan usia.

Tabel 35 Besar IWL Menurut Usia

Usia	Besar IWL (ml/kgBB/hari)
Bayi lahir	30
Bayi	50-60
Anak-anak	40
Remaja	30
Dewasa	20

Sumber : Klien Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit, 2009

3. Keringat:

Berkeringat terjadi sebagai respon terhadap kondisi tubuh yang panas, respon ini berasal dari anterior hipotalamus, sedangkan impulsnya ditransfer melalui sumsum tulang belakang yang dirangsang oleh susunan syaraf simpatis pada kulit.

4. Feces:

Pengeluaran air melalui feces berkisar antara 100-200 mL per hari, yang diatur melalui mekanisme reabsorpsi di dalam mukosa usus besar (kolon)

Tindakan untuk mengatasi kekurangan volume cairan dan elektrolit :

1. Menghitung balance cairan :

Merupakan tindakan untuk mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (output). Tujuannya untuk Menentukan status keseimbangan cairan tubuh dan tingkat dehidrasi klien.

Prosedur:

- Menentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh klien, terdiri dari air minum, air dalam makanan, air hasil oksidasi (metabolisme), cairan intra vena
- Menentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien, terdiri dari urine, keringat, feces, muntah, insensible water loss (IWL).
- Menentukan keseimbangan cairan tubuh klien dengan rumus : INTAKE - OUTPUT
- Dokumentasi

2. Memasang dan memonitor cairan infuse

Salah satu cara pemberian terapi cairan dengan menggunakan prosedur infasif yang dilaksanakandengan menggunakantehnik aseptik

Persiapan alat

- a. Standar infus
- b. Infus set
- c. Cairanyang dibutuhkan
- d. Jarum infus dengan ukuran yang disesuaikan
- e. Perlakdan alasnya
- f. Tourniquet, kapasalcohol curafor
- g. Plester, sarung tangan, dan gunting

Prosedur:

- a. Cuci tangan
- b. Jelaskan pada orang tua pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yangakan dilakukan
- c. Atur posisi pasien.
- d. Siapkan standar infus
- e. Hubungkan cairan dan infus set dengan menusukkan bagian karet pada cairan infus
- f. Isi cairan kedalam set infus dengan menekan ruang tetesan hingga terisi sebagian dan buka klem selang hingga cairan memenuhi selang dan udara yang ada diselang akan keluar
- g. Letakkan perlak dibawah tempat vena yang akan ditusuk
- h. Pasang tourniquet sedekat mungkin disekitar area penusukan
- i. Lakukan desinfektan pada daerah sekitar tempat penusukan dengan arah melingkar dari dalam keluar
- j. Dengan mata jarum menghadap keatas dan membentuk sudut 20 - 30 derajat dengan kulit, lakukan penusukan dengan cepat lapisan yang ada diatas vena
- k. Perhatikan keluarnya darah melalui jarum. Apabila ada darah \dalam

jarum, tarik keluar bagian dalam jarum sambil menyusupkan bagian luaranya lebih jauh ke dalam vena.

- I. Setelah jarum bagian dalam dilepas, tekan bagian atas vena dengan menggunakan jari tangan agar darah tidak keluar, selanjutya hubungkan abocath ke slang infuse secara cepat dan cermat.
- m. Lepaskantorniket, buka klem dan alirkan cairan infus.
- n. Lakukan fiksasi dan jangan lupa memberikan bantalan pada telapak tangan bayi atau anak - anak agar infus tidak mudah lepas bila perlu pasangpalk.
- o. Atur kecepatan tetesan sesuaidengan instruksi
- p. Rapikan pasiendan bereskanalat
- q. Lepaskan handscoen dan cuci tangan
- r. Dokumentasikan

C. LATIHAN : Praktik memasang infus pada bayi dan anak

KASUS : Seorang bayi laki-laki usia 9 bulan diantar ke rumah sakit oleh ibunya dengan keluhan diare sejak kemarin. Frekwensi BAB 5 kali sejak pagi, klien juga muntah 2 kali. Klien didiagnosadiare dengan dehidrasi sedang. Intruksi dokter, klien dipasanginfuse.

Tugas : Lakukan pemasangan infus pada anak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. Standar infus
- b. Infus set
- c. Cairan yang dibutuhkan
- d. Jarum infus dengan ukuran yang disesuaikan
- e. Perlakdan alasnya
- f. Tourniquet, kapas alcohol, curafor
- g. Plester, handscun dan gunting

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkanlingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatananak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

TABEL 36
SOP Pemasangan infus

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan antropometri bayi dan anak		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan dan pakai sarung tangan		
8	Siapkan standar infus		
9	Hubungkan cairan dan infus set dengan memasukkan bagian karet pada cairan infus		
10	Isi cairan ke dalam set infus dengan menekan ruang tetesan hingga terisi sebagian dan buka klem selang sehingga cairan memenuhi selang dan udara yang ada di selang akan keluar		
11	Letakkan perlak dibawah tempat vena yang akan ditusuk		
12	Pasang Tourniquet sedekat mungkin disekitar area penusukan		
13	Lakukan desinfektan pada daerah sekitar tempat penusukan dengan arah melingkar dari dalam keluar		
14	Dengan mata jarum menghadap keatas dan membentuk sudut 20-30 derajat dengan kulit, lakukan penusukan dengan tepat lapisan yang ada diatas vena		
15	Perhatikan keluarnya darah melalui jarum, apabila ada darah dalam jaru, tarik keluar bagian dalam		

	jarum sambil menyusupkan bagian luarnya lebih jauh ke dalam vena		
16	Setelah jarum bagian dalam dilepas, tekan bagian atas vena dengan menggunakan jari tangan agar adrah tidak keluar, selanjutnya hubungkan abocath ke selang infus secara cepat dan cermat		
17	Lepaskan torniquet, buka klem dan alirkan cairan infus		
18	Lakukan fiksasi dan jangan lupa emmberikan bantalan pada telapak tangan bayi atau anak-anak agar infus tidak mudah lepas bila perlu pasang spalk		
19	Atur kecepatan tetesan sesuai dengan instruksi		
Tahap terminasi			
20	Simpulkan kegiatan		
21	Evaluasi perasaan klien		
22	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
23	Bereskan alat		
24	Cuci tangan		
25	Dokumentasikan tindakan dan respon bayi/anak		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN AKTIVITAS

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan dapat:

1. Melatih pasien menggunakan alat bantu jalan: kursi roda, kruck, tripod,
2. Melatih ROM

B. URAIAN MATERI

Aktivitas adalah suatu energy atau keadaan bergerak di mana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Kebutuhan aktivitas/pergerakan dan istirahat tidur merupakan suatu kesatuan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang tidak terlepas dari keadekuatan system persarafan dan musculoskeletal. Manusia mempunyai kebutuhan untuk bergerak agar dapat memenuhi kebutuhan dasarnya dan melindungi diri dari kecelakaan. Mekanika tubuh adalah usaha koordinasi dari muskuloskeletal dan sistem saraf untuk mempertahankan keseimbangan yang tepat. Mekanika tubuh adalah cara menggunakan tubuh secara efisien, yaitu tidak banyak mengeluarkan tenaga, terkoordinasi secara aman dalam menggerakkan serta mempertahankan keseimbangan dalam beraktivitas.

Imobilitas atau imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas, dan sebagainya. Sebelum melakukan tindakan yang berkenaan dengan mobilitas, perawat harus melakukan persiapan termasuk mengkaji kekuatan otot, mobilitas sendi pasien, adanya paralisis atau paresis, toleransi aktivitas, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan dan kemampuan untuk mengikuti instruksi. Selain itu perlu menyiapkan alat yang diperlukan untuk melakukan mobilisasi (kursi roda, tongkat, kruk, dll). Perawat juga harus memahami prinsip mekanika tubuh dalam membantu pasien mobilisasi.

1. Melatih Berjalan dengan menggunakan Alat Bantu Jalan

Kruk dan tongkat sering diperlukan untuk meningkatkan mobilitas pasien. Melatih berjalan dengan menggunakan alat bantu jalan merupakan kewenangan team fioterapi. Namun perawat tetap bertanggungjawab untuk menindaklanjuti dalam menjamin bahwa perawatan yang tepat dan dokumentasi yang lengkap dilakukan

2. Melatih ROM

Latihan adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005).

Menurut Potter & Perry, (2005), ROM terdiri dari gerakan pada persendian sebagai berikut:

a. Leher, Spina, Serfikal

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada	rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala ke posisi tegak	rentang 45°
Hiperektensi	Menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin	rentang 40-45°
Fleksi lateral	Fleksilateral Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu	rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan rentang sirkuler	rentang 180°

b. Bahu

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menaikan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala	rentang 180°
Ekstensi	Mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh	rentang 180°
Hiperekstensi	Mengerakkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus	rentang 45-60°

Abduksi	Menaikan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala	rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	rentang 320°
Rotasi dalam	Dengan siku pleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang	rentang 90°
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala	rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh	rentang 360°

c. Siku

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu	rentang 150°
Ekstensi	Meluruskan siku dengan menurunkan tangan,	rentang 150°

d. Lengan bawah

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas	rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah	rentang 70-90°

e. Pergelangan tangan

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan telapak tangan ke sisi	rentang 80-

	bagian dalam lengan bawah	90°
Ekstensi	Mengerakan jari-jari tangan sehingga jari-jari, tangan lengan bawah berada dalam arah yang sarna	rentang 80-90°
Hiperektensi	Mernbawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin	rentang 80-90°
Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari,	rentang 30°
Adduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari	rentang 30-50°

f. Jari- jari tangan

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Membuat genggaman	rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari-jari tangan	rentang 90°
Hiperektensi	Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin	rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain	rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari-jari tangan	rentang 30°

g. Ibu jari

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan	rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan	rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari ke samping	rentang 30°
Adduksi	Mengerakan ibu jari ke depan tangan	rentang 30°
Oposisi	Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sam	rentang 30°

h. Pinggul

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan tungkai kedepan dan atas	rentang 90-120°
Ekstensi	Menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain	rentang 90-120°
Hiperekstensi	Mengerakkan tungkai kebelakang tubuh	rentang 30-50°
Abduksi	Menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh	rentang 30-50°
Adduksi	Menggerakkan tungkai ke posisi media dan melebihi jika mungkin	rentang 30-50°
Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain	rentang 90°
Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain	rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar	

h. Lutut

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan tumit ke arah belakangpaha	rentang 120-130°
Ekstensi	Mengembalikan tungkai ke lantai	rentang 120-130°

i. Mata kaki

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Dorsi fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas	rentang 20-30°
Plantar fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah	rentang 45-50°

j. Kaki

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Inversi	Memutar telapak kaki ke samping dalam	rentang 10°
Ekstensi	Memutar telapak kaki ke samping luar	rentang 10°

k. Jari-jari kaki

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menekukkan jari-jari kebawah	rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari-jari kaki	rentang 30-60°
Abduksi	Menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lain	rentang 15°
Adduksi	Merapatkan kembali bersama-sama	rentang 15°

C. LATIHAN LATIHAN ROM

KASUS :

Seorang anak laki-laki usia, 7 tahun, dirawat dengan meningitis. Klien sudah 2 minggu dalam hanyaterbaring di tempat tidur. Klien direncanakan untuk dilakukan latihan ROM.

Tugas : lakukan latihan ROM pada anak tersebut

1. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang perawatan anak di rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

2. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja

3) Terminasi

c. Post Interaksi

Tabel 37
SOP Latihan ROM

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan latihan ROM		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Beri penjelasan kepada klien mengenai apa yang akan Anda kerjakan dan minta klien untuk dapat bekerja sarna.		
9	Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkar perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada pajanan tubuh dan pergunakan selalu prinsip-prinsip mekanik tubuh		
10	Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan digerakkan		
11	Lakukan pergerakan/latihan ROM pada ekstremitas atas dan bawah sesuai prosedur		
12	Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan. Ulangi masing-masing gerakan 3 kali		
13.	Selama latihan pergerakan kaji : - Kemampuan untuk menoleransi gerakan - Rentang gerak (ROM) dari masing-masing perserudian yang bersangkutan		
14	Setelah latihan pergerakan kaji denyut nadi dan ketahanan tubuh terhadap latihan		
15	Cuci tangan		
Tahap terminasi			

16	Simpulkan kegiatan		
17	Evaluasi perasaan klien		
18	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
19	Bereskan alat		
20	Cuci tangan		
21	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN AMAN DAN NYAMAN

A. PENDAHULUAN

Setelah mempelajari kegiatan Praktik ini diharapkan anda mampu melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan aman dan nyaman. Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada anda tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan aman dan nyaman. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan Anda dapat:

1. Melakukan *tepid water sponge*
2. Melakukan restrain,
3. Melaksanakan penatalaksanaan kejang pada anak,
4. Melaksanakan prinsip isolasi pada anak dengan campak

B. URAIAN MATERI

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tenang (Potter & Perry, 2006). Perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Carpenito, Linda J., 2000).

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retinal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman (Asmadi, 2005).

Kebutuhan rasa aman yang dimaksud di sini adalah rasa nyaman bebas dari nyeri dan

hipo/hipertermia, mengingat nyeri dan hipo/hipertermia merupakan keadaan yang dapat mempengaruhi perasaan tidak nyaman bagi tubuh. Rasa tidak nyaman ini ditunjukkan dengan tanda dan gejala seperti ketika nyeri pasien menunjukkan perilaku protektif dan tidak tenang, peningkatan tekanan darah, frekwensi nadi, peningkatan atau penurunan frekwensi pernafasan, diaphoresis, wajah menyeringai (Hidayat, 2014).

Prosedur keperawatan yang dapat dilakukan yang berhubungan dengan kebutuhan rasa nyaman dan aman pada anak antara lain; *water tepid sponge*, restrain, penatalaksanaankejang pada anak dan isolasi anak dengan penyakit campak.

1. *Prosedur Water Tepid Sponge*

Kompres tepid sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkanteknik kornpres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka (Alves, 2008). Kompres tepid sponge ini hampir sama dengan kompres air hangat biasa, yakni mengompres pada lima titik (Ieher, 2 ketiak, 2 pangkal paha) ditambah menyeka bagian perut dan dada atau diseluruh badan dengan kain. Basahi lagi kain bila kering.

Komprestepid sponge bekerja dengan cara vasodiltasi (melebarnya) pembuluh darah perifer diseluruh tubuh sehingga evaporasi panas dari kulit ke lingkungan sekitar akan lebih cepat, dibandingkan hasil yang diberikan oleh kompres hangat yang hanya mengandalkan reaksi dari stimulasi hipotalamus. Kompres tepid sponge ini sudah terbukti efektif untuk menurunkan panas tubuh saat demam, bahkan lebih cepat daripada meminum obat penurun panas.

Alat dan bahan :

- a. Baskom berisi air hangat
- b. Thermometer
- c. Handuk
- d. Selimut mandi
- e. Waslap 5 buah
- f. Sarung tangan
- g. Perlak

Prosedur:

- a. Perawat mencuci tangan
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Jaga privasi klien
- d. Ukur suhu tubuh pasien
- e. Letakkan bantal tahan air dan perlak di bawah tubuh pasien
- f. Lepaskan pakaian pasien
- g. Ganti selimut dengan selimut mandi
- h. Pertahankan selimut mandi di atas bagian tubuh yang tidak dikompres
- i. Periksa suhu air
- j. Celupkan waslap atau lap mandi yang sudah dibasahi dengan air hangat
- k. Taruh di masing-masing ketiak dan lipat paha
- l. Kompres/lap daerah ekstermitas
- m. Keringkan ekstremitas
- n. Lanjutkan mengompres ekstremitas, punggung dan bokong setiap 3 sampai 5 menit. Keringkan dengan handuk.
- o. Kaji ulang suhu tiap 15 menit.
- p. Ganti air, dan kompres kembali ketiak dan lipat paha sesuai kebutuhan
- q. Jika suhu sudah turun, keringkan ekstermitas dan tubuh secara menyeluruh
- r. Ganti selimut mandi dengan selimut, pakaikan pakaian pasien
- s. Angkat perlak dan ,ganti linen tempat tidur bila basah
- t. Alat dibereskan dan mencuci tangan.

2. Prosedur Restrain

Setiap anak memiliki sifat dan perilaku yang berbeda-beda saat menjalankan suatu perawatan, ada yang dapat menerima perawatan dengan baik dan ada yang tidak. Teknik pengendalian fisik (*restraint*) merupakan teknik menahan gerakan pasien dengan cara mengunci gerakan tangan, kepala, ataupun kaki pasien sehingga memudahkan perawatan. Teknik ini biasanya digunakan pada anak yang mengalami kondisi tertentu, seperti gangguan kepribadian, tujuan penggunaan teknik ini adalah untuk mencegah terjadinya luka ataupun hal-hal yang tidak diinginkan pada pasien ataupun orang lain yang terlibat dalam perawatan.

Manfaat penggunaan teknik pengendalian fisik (*restraint*) adalah supaya pasien yang mengalami gangguan kepribadian ataupun pasien yang tidak dapat menjadi kooperatif dapat mendapatkan perawatan dengan baik.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan *Restraint pada* bayi dan anak

- a. Pada kondisi gawat darurat, restrain/seklusi dapat dilakukan tanpa order dokter.
- b. Sesegera mungkin setelah melakukan restrain, perawat melaporkan pada dokter untuk mendapatkan legalitas tindakan baik secara verbal maupun tertulis.
- c. Intervensi restrain dibatasi waktu yaitu: 4 jam untuk klien berusia >18 tahun, 2 jam untuk usia 9-17 tahun, dan 1 jam untuk umur <9 tahun.
- d. Evaluasi dilakukan 4 jam untuk klien >18 tahun, 2 jam untuk anak-anak dan usia 9-17 tahun.
- e. Waktu minimal reevaluasi oleh dokter adalah 8 jam untuk usia > 18 tahun dan 4 jam untuk usia < 17 tahun.
- f. Selama restrain klien diobservasi tiap 10-15 menit, dengan fokus observasi:
 - 1) Tanda-tanda cedera yang berhubungan dengan restrain
 - 2) Nutrisi dan hidrasi
 - 3) Sirkulasi dan *Range of Motion* ekstremitas
 - 4) *Vital Sign*
 - 5) *Hygiene* dan eliminasi
 - 6) Status fisik dan psikologis
 - 7) Kesiapan klien untuk dibebaskan dari restrain

Jenis-jenis *Restrain* pada Bayi dan Anak

Alat bantu untuk menahang gerak tubuh dan kepala pasien

a. *Restraint* Jaket

Restraint jaket digunakan pada anak dengan tali diikat dibelakang tempat tidur sehingga anak tidak dapat membukanya. Pita panjang diikatkan ke bagian bawah tempat tidur, menjaga anak tetap di dalam tempat tidur. *Restrain* jaket berguna sebagai alat mempertahankan anak pada posisi horizontal yang diinginkan.

b. *Papoose board*

Papoose board merupakan alat yang biasa digunakan untuk menahan gerak anak saat melakukan perawatan gigi. Cara penggunaannya adalah anak ditidurkan dalam posisi terlentang di atas papan datar dan bagian atas tubuh, tengah tubuh dan kaki anak diikat dengan menggunakan tali kain yang besar. Pengendalian dengan menggunakan *papoose board* dapat diaplikasikan dengan cepat untuk mencegah anak berontak dan menolak perawatan. Tujuan utama dari penggunaan alat ini adalah untuk menjaga supaya pasien anak tidak terluka saat mendapatkan perawatan.

c. *Restraint* Mumi atau Bedong

Selimut atau kain dibentangkan di atas tempat tidur dengan salah satu ujungnya dilipat ke tengah. Bayi diletakkan di atas selimut tersebut dengan bahu berada di lipatan dan kaki ke arah sudut yang berlawanan. Lengan kanan bayi lurus kebawah rapat dengan tubuh, sisi kanan selimut ditarik ke tengah melintasi bahu kanan anak dan dada diselipkan dibawah sisi tubuh bagian kiri. Lengan kiri anak diletakkan lurus rapat dengan tubuh anak, dan sisi kiri selimut dikencangkan melintang bahu dan dada dikunci dibawah tubuh anak bagian kanan. Sudut bagian bawah dilipat dan ditarik ke arah tubuh dan diselipkan atau dikencangkan dengan pin pengaman.

d. *Restraint* Lengan dan Kaki

Restraint pada lengan dan kaki kadang-kadang digunakan untuk mengimobilisasi satu atau lebih ekstremitas guna pengobatan atau prosedur, atau untuk memfasilitasi penyembuhan. Beberapa alat *restrain* yang ada di pasaran atau yang tersedia, termasuk *restrain*: pergelangan tangan atau kaki sekali pakai, atau dapat dibuat dari pita kasa, kain muslin, atau tali *stockinette* tipis.

Jika *restraint* jenis ini di gunakan, ukurannya harus sesuai dengan tubuh anak. Harus dilapisi bantalan untuk mencegah tekanan yang tidak semestinya, konstriksi, atau cedera jaringan. Pengamatan ekstremitas harus sering dilakukan untuk memeriksa adanya tanda-tanda iritasi dan atau gangguan sirkulasi. Ujung *restraint* tidak boleh diikat ke penghalang tempat tidur, karena jika penghalang tersebut diturunkan akan mengganggu ekstremitas yang sering disertai sentakan tiba-tiba yang dapat menciderai anak.

e. *Restraint* siku

Adalah tindakan mencegah anak menekuk siku atau meraih kepala atau wajah. Kadang-kadang penting dilakukan pada pasien setelah bedah bibir atau agar anak tidak menggaruk pada kulit yang terganggu. *Bentuk restraint siku* paling banyak digunakan,

terdiri dari seutas kain muslin yang cukup panjang untuk mengikat tepat dari bawah aksila sampai ke pergelangan tangan dengan sejumlah kantong vertikal tempat dimasukkannya depresor lidah. *Restraint* di lingkarkan di seputar lengan dan direkatkan dengan plester atau pin.

f. *Pedi-wrap*

Pedi-wrap merupakan sejenis perban kain yang dilingkarkan pada leher sampai pergelangan kaki pasien anak untuk menstabilkan tubuh anak serta menahan gerakan tubuh anak. *Pedi-wrap* mempunyai berbagai variasi ukuran sesuai dengan kebutuhan.

g. Pengendalian fisik (*physical restraint*) tanpa bantuan alat (dengan bantuan orang lain)

Pengendalian fisik tanpa bantuan alat merupakan bentuk pengendalian fisik tanpa menggunakan bantuan alat, pengendalian bentuk ini merupakan bentuk pengendalian yang menggunakan bantuan perawat maupun bantuan orang tua atau pihak keluarga pasien.

h. Pengendalian fisik dengan bantuan tenaga kesehatan

Pengendalian fisik dengan menggunakan bantuan tenaga kesehatan merupakan bentuk pengendalian fisik dimana diperlukan tenaga kesehatan, misalnya perawat untuk menahan gerakan pasien anak dengan cara memegang kepala, lengan, tangan ataupun kaki pasien anak.

3. Pentalaksanaan Kejang pada anak

Perawatan anak kejang adalah memberikan tindakan perawatan pada anak yang mengalami perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat sementara karena aktifitas otak yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebral yang sangat berlebihan, akibat dari malformasi otak kongenital, faktor genetik atau adanya penyakit seperti meningitis, encephalitis serta demam, atau gangguan metabolisme, trauma, dsb.

Persiapan alat :

- a. Obat anti-epileptik sesuai resep dokter
- b. Selimut atau bantal lunak
- c. Bengkok
- d. Tabung oksigen dan alat bantu pernafasan
- e. Set Infus/ tranfusi dan cairannya

- f. Set alat pengukur tanda vital

Persiapan lingkungan : Ciptakan lingkungan yang tenang dan banyak sirkulasi udara segar tidak panas

Penatalaksanaan kejang :

- a. Libatkan keluarga dalam tindakan keperawatan
- b. Lindungi anak selama kejang ; jangan gunakan restrain / paksaan pada anak (kecuali anak dalam bahaya). Bila anak berdiri atau duduk di kursi roda pada awal episode, bantu anak untuk mencapai lantai/ tempat baring. Jangan membuat anak teragitasi, bicara dengan suara lembut dan sikap tenang
- c. Jangan mengharapkan anak untuk mengikuti instruksi, karena adanya kerusakan kesadaran
- d. Tempatkan selimut kepal yang lunak atau tangan perawat sendiri di bawah kepala anak
- e. Jangan masukkan benda apapun di mulut anak, keluarkan sisa makanan yang tertinggal di mulut
- f. Lepaskan kacamata atau gigi palsu bila ada
- g. Longgarkan pakaian anak
- h. Cegah anak dari membenturkan kepala pada objek keras, singkirkan benda• benda (perabotan) yang dapat menimbulkan bahaya atau cedera
- i. Beri bantal lunak disekitar tempat tidur / kursi (pertahankan kondisi ini tetap terpasang ketika anak sedang tidur, istirahat atau mengalami kejang)
- j. Bila mungkin posisikan anak pada garis tengah, hiperektensi, untuk meningkatkan ventilasi yang adekuat.
- k. Bila anak mulai muntah, miringkan dengan hati hati (pertimbangkan posisi dekubitus lateral bila anak mulai muntah dan pengisapan tidak cukup untuk mengontrol saluran nafas). Dekatkan bungkuk / wadah muntah di sisi dekat mulut anak
- l. Bila tak terdapat peralatan medis lengkap hubungi pelayanan medis darurat
- m. Bila peralatan memadai, berikan terapi sebagai perawatan pendukung
- n. Berikan obat Antipileptik dalam dosis yang sesuai dengan berat badan anak
- o. Lakukan perawatan gigi dengan baik selama terapi fenitoin untuk

menurunkan hiperflasi gusi

- p. Lindungi anak pada periode pasca kejang
- q. Pertahankan posisi miring; tetapkan bersama anak dan tenangkan anak sampai ia sadar (karena anak mungkin bingung dan takut)
- r. Tanyakan perasaan anak dan keluarga setelah tindakan
- s. Ajarkan orang tua dan anak cara mengantisipasi kejang dan beradaptasi terhadap situasi pencetus kejang secara tepat
- t. Akhiri interaksi dengan mengucapkan salam
- u. Bereskan semua peralatan, kembalikan ke tempat semula
- v. Cuci tangan
- w. Dokumentasikan hasil tindakan, termasuk reaksi/ respon bayi / anak saat dilakukan tindakan dan sesudahnya

4. Prinsip isolasi pada anak campak

Penyakit campak dikenal juga dengan istilah morbilli dalam bahasa latin dan measles dalam bahasa Inggris. Campak adalah penyakit infeksi yang sangat menular yang disebabkan oleh virus dan dapat mendatangkan komplikasi serius, dengan gejala• gejala eksanterm akut, demam, kadang kataral selaput lendir dan saluran pernafasan, gejala - gejala mata, kemudian diikuti erupsi makopopular yang berwarna merah dan diakhiri dengan deskuamasi dari kulit (Carol, 2007).

Penyakit Campak adalah yang sangat potensial untuk menimbulkan wabah, penyakit ini dapat dicegah dengan pemberian imunisasi campak. Tanpa program imunisasi, 90% dari mereka yang mencapai usia 20 tahun pernah menderita Campak. Dengan cakupan Campak yang mencapai lebih dari 90% dan merata sampai ke tingkat desa diharapkan jumlah kasus Campak akan menurun oleh karena terbentuknya kekebalan kelompok (Kemenkes,2010)

Virus campak ditularkan dari orang ke orang, manusia merupakan satu-satunya reservoir penyakit campak. Virus campak berada di secret nasopharing dan didalam darah minimal selama masa tunas dan dalam waktu yang singkat setelah timbul ruam. Penularan terjadi melalui udara dengan penyebaran droplet, kontak langsung dengan sekresi hidung atau tenggorokan dari orang yang terinfeksi. Penularan

dapat terjadi mulai dari hari pertama sebelum munculnya ruam, antara 1 - 2 hari sebelum timbulnya gejala klinis sampai 4 hari setelah timbul ruam.

Prinsip isolasi anak dengan campak:

1. Isolasi. Karena campak sangat menular terutama sekitar empat hari sebelum muncul ruam dan empat hari setelahnya, maka penderita campak sebaiknya tidak melakukan kegiatan dimana anak banyak berinteraksi dengan orang lain. Hal ini untuk melindungi ternan ataupun keluarga agar tidak tertular campak.
2. Penderitarentan menghindari kontak dengan seseorang yang terkena penyakit campak dalam kurun waktu 20-30 hari, demikian pula bagi penderita campak untuk diisolasi selama 20-30 hari guna menghindari penularan lingkungan sekitar

C. LATIHAN PRAKTIK TINDAKAN TEPID SPONGE

KASUS : Seorang anak laki-laki, usia 5 tahun dirawat dengan febris. Hasil pemeriksaan menunjukkan Suhu 38,5 C, anak tampak rewel.

Tugas : Lakukan tindakan Tepid Sponge pada anak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. Baskom berisi air hangat
- b. Thermometer-
- c. Handuk
- d. Selimut mandi
- e. Waslap 5 buah
- f. Sarung tangan
- g. Perlak

2. Persiapan Lingkungan

1. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang bermain di rumah sakit
2. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

2. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 38
SOP Tindakan tepid sponge

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan tindakan tepid sponge		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Ukur suhu tubuh pasien		
9	Letakkan banta tahan air dan perlak di bawah tubuh pasien		
10	Lepaskan pakaian pasien		
11	Ganti selimut dengan selimut mandi		
12	Pertahankanselirnut mandi di atas bagian tubuh yang tidak dikompres		
13	Periksa suhu air		
14	Celupkan waslap atau lap mandi yang sudah dibasahi dengan air hangat		
15	Taruh di masing-masingketiak dan lipat paha		

16	Seka/lap ekstremitas, punggung dan bokong setiap 3 sampai 5 menit. Keringkan dengan handuk.		
17	Kaji ulang suhu tiap 15 menit.		
18	Ganti air, dan kompres kembali ketiak dan lipat paha sesuaikebutuhan		
19	Jika suhu sudah turun, keringkan ekstermitas dan tubuh secaramenyeluruh		
20	Ganti selimut mandi dengan selimut, pakaikan pakaian pasien		
21	Angkat perlak dan ganti linen tempat tidur bila basah		
Tahap terminasi			
22	simpulkan kegiatan		
23	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
24	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
25	Bereskan alat		
26	Cuci tangan		
27	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PRAKTIK TINDAKAN MENOLONG ANAK DENGAN KEJANG

KASUS : Seorang bayi laki-laki, usia 1 tahun dibawa ke rumah sakit. Saat ini kantung kolostomi sudah penumuh sakit dengan keluhan demam. Saat tiba di UGD anak tiba-tiba kejang. Suhu 40C.

1. Persiapan Alat

- a. Spatellidah
- b. Suctionsiaipakai
- c. Peralatanpemberianoksigen, siap pakai
- d. Peralatan kompres

- e. Termometer
- f. Tensimeter
- g. Senter
- h. Persiapan injeksi
- i. Obat-obat anti Kejang
- j. Mangkuk kecil, tissue, vaseline
- k. Bengkok

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di UGD sebuah rumah sakit
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Pra interaksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. Post Interaksi

Tabel 39

SOP Tindakan menolong anak dengan kejang

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhan menolong anak dengan kejang		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		

5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Baringkan anak , kepala dimiringkan dan ekstensi		
9	Pasang spatel lidah, yang telah dibungkus dengan kain kassa		
10	Bersihkan jalan nafas dari segala hambatan jalan menghisap lendir		
11	Berikan oksigen		
12	Ukur suhu badan, nadi dan pernafasan		
13	Bila suhu tinggi, berikan kompres		
14	Berikan obat anti kejang sesuai instruksi		
15	Perhatikan keadaan kejangnya : sifat dan lamanya		
16	Observasi keadaan umum dan reaksi selanjutnya		
17	Bila anak sudah sadar, berikan minum air hangat yang manis, bila perlu ganti pakain anak		
18	Rapikan alat		
19	Cuci tangan		
Tahap terminasi			
20	simpulkan kegiatan		
21	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
22	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
23	Bereskan alat		
24	Cuci tangan		
25	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

Kemampuan Ketrampilan = $\frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$

PRAKTIK TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN ELIMINASI

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada anda tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan kebutuhan eliminasi. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

1. Melakukan Tindakan keperawatan pre operatif: pemberian nutrisi melalui OGT/Cawan, menyiapkan *Informed Consent*:
2. Melakukan Tindakan keperawatan post operatif

Anamnesa dan observasi sirkulasi (TD, nadi, pernapasan dan suhu tubuh), observasi perdarahan, pemeriksaan kesadaran, observasi bising usus, bimbingan latihan napas dalam, bimbingan batuk efektif, latihan ambulasi dan perawatan colostomy.

B. URAIAN MATERI

PERAWATAN PRE OPERATIF

Pre operasi (pre bedah) merupakan masa sebelum dilakukannya tindakan pembedahan, dimulai sejak persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien di meja bedah. Hal-hal yang perlu dikaji dalam tahap pra operasi adalah pengetahuan tentang persiapan pembedahan, dan kesiapan psikologis. Prioritas pada prosedur pembedahan yang utama adalah *informed consent* yaitu pernyataan persetujuan klien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan yang berguna untuk mencegah ketidak tahuan klien/keluarga tentang prosedur yang akan dilaksanakan dan juga menjaga rumah sakit serta petugas kesehatan dari klien dan keluarganya mengenai tindakan tersebut.

1. Pemberian pendidikan kesehatan pre operasi.

Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan mencakup penjelasan mengenai berbagai informasi dalam tindakan pembedahan. Informasi tersebut diantaranya tentang jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat-alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan, dan kemungkinan pengobatan setelah bedah.

2. Menyiapkan *Informed Consent*:

Informed Consent diberikan kepada keluarga untuk ditanda tangani sebagai bukti

persetujuan keluarga atas tindakan yang akan dilakukan. *Informed Consent* ditandatangani setelah keluarga mendapat penjelasan atas tindakan yang akan dilakukan pada anaknya.

3. Persiapan diet

Sehari sebelum bedah, pasien boleh menerima makanan biasa. Namun, 8 jam sebelum bedah tersebut dilakukan, pasien tidak diperbolehkan makan. Sedangkan cairan tidak diperbolehkan 4 jam sebelum operasi, sebab makanan dan cairan dalam lambung dapat menyebabkan aspirasi.

4. Persiapan kulit

Dilakukan dengan cara membebaskan daerah yang akan dibedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit dengan sabun heksaklorin atau sejenisnya yang sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus di cukur.

Tindakan perawatan post operasi

1. Latihan napas dan latihan batuk

Latihan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengembangan paru-paru.

Pernapasan yang dianjurkan adalah pernapasan diafragma, dengan cara berikut:

- a. Atur posisi tidur semifowler, lutut dilipat untuk mengembangkan toraks.
- b. Tempatkan tangan di atas perut.
- c. Tarik napas perlahan-lahan melalui hidung, biarkan dada mengembang.
- d. Tahan napas 3 detik.
- e. Keluarkan napas dengan mulut yang dimoncongkan.
- f. Tarik napas dan keluarkan kembali, lakukan hal yang sama hingga tiga kali setelah napas terakhir, batukkan untuk mengeluarkan lendir.
- g. Istirahat.

2. Latihan kaki

Latihan ini dapat dilakukan untuk mencegah dampak tromboflebitis. Latihan kaki yang dianjurkan antara lain latihan memompakan otot, latihan quadrisep, dan latihan mengencangkan glutea. Latihan memompakan otot dapat dilakukan dengan mengontraksi otot betis dan paha, kemudian istirahatkan otot kaki, dan ulangi hingga sepuluh kali. Latihan quadrisep dapat dilakukan dengan

membengkokkan lutut kaki rata pada tempat tidur, kemudian meluruskan kaki pada tempat tidur, mengangkat tumit, melipat lutut rata pada tempat tidur, dan ulangi hingga lima kali. Latihan mengencangkan glutea dapat dilakukan dengan menekan otot pantat, kemudian coba gerakkan kaki ke tepi tempat tidur, lalu istirahat, dan ulangi hingga lima kali.

3. Latihan mobilitas/ambulansi

Latihan ini dilakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik, serta mengurangi adanya nyeri. Melalui latihan mobilitas, pasien harus mampu menggunakan alat di tempat tidur, seperti menggunakan penghalang agar bisa memutar badan, melatih duduk di sisi tempat tidur, atau dengan menggeser pasien ke sisi tempat tidur. Melatih duduk diawali dengan tidur fowler, kemudian duduk tegak dengan kaki menggantung di sisi tempat tidur.

4. Perawatan kolostomy:

Kolostomi adalah suatu lubang buatan pada usus besar dan aperture pada kulit yang berfungsi sebagai anus. Tujuan kolostomi adalah untuk mengosongkan kolon dari feses, gas atau mucus, membersihkan saluran usus saluran usus bawah dan membuat pola defekasi teratur . Perawatan colostomy merupakan tindakan yang bertujuan untuk mencegah masuknya kuman serta mencegah terjadinya kebocoran di daerah kolostomi

Alat dan bahan:

- a. Waslap
- b. Kantong kolostomi
- c. Pinset
- d. Air bersih/boorwater
- e. Kassa
- f. Sarung tangan

Prosedur:

- a. Cuci tangan
- b. Gunakan sarung tangan
- c. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- d. Lepaskan kantung secara perlahan
- e. Cuci kulit dan keringkan secara perlahan
- f. Ukur kantung kolostomi dan lubangi bagian tengah sesuai dengan ukuran kolostomi dan rekatkan atau tempatkan kantong dengan stoma di bagian tengah dan tekan perlahan dari tepi stoma Puji anak atas kerjasamanya
- g. Lepaskan sarung tangan
- h. Catat perubahan kullt luar sekitar kolostomi
- i. Cuci tangan

C. LATIHAN PRAKTIK PERAWATAN KOLOSTOMI

KASUS : Seorang bayi laki-laki, usia 4 bulan dirawat dengan atresia ani dan telah dilakukan kolostomi. Saat ini kantung kolostomi sudah penuh dan bayi tampak tidak nyaman.

Tugas : Lakukan tindakan perawatan kolostomi

1. Persiapan Alat

- a. Waslap
- b. Kantong kolostomi
- c. Pinset
- d. Air bersih/boorwater
- e. Kassa
- f. Sarung tangan

2. Persiapan Lingkungan

1. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang rawat anak di rumah sakit
2. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Prainteraksi

- b. Interaksi:
- 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- C. Post nteraksi

Tabel 40
SOP Perawatan kolostomi

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhanperawatan kolostomi		
2	Siapkan alat		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Gunakan sarung tangan		
9	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan		
10	Lepaskan kantung secaraperlahan		
11	Bersihkan kulit dan keringkan seearaperlahan		
12	Ukur kantung kolostomi dan lubangi bagian tengah sesuai dengan ukuran kolostomi dan rekatkan atau tempatkan kantong dengan stoma di bagian tenggan dan tekan perlahan dari tepi stoma		
13	Puji anak atas kerjasamanya		
14	Lepaskan sarung tangan		
15	Catat perubahan kulit luar sekitar kolostomi		
16	Cuci tangan		
Tahap terminasi			

17	simpulkan kegiatan		
18	Evaluasi perasaan klien/keluarga		
19	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
20	Bereskan alat		
21	Cuci tangan		
22	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK TERAPI BERMAIN PADA ANAK

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman tentang bagaimana melakukan terapi bermain. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tujuan terapi bermain
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi bermain pada anak
3. Jenis-jenis permainan pada anak
4. Manfaat permainan pada anak
4. Melakukan role play terapi bermain pada anak sesuai prosedur

B. URAIAN MATERI

Aktivitas bermain merupakan salah satu stimulasi bagi perkembangan anak secara optimal. Dalam kondisi sakit atau anak dirawat di rumah sakit, aktivitas bermain ini tetap dilaksanakan, namun harus disesuaikan dengan kondisi anak. Pada saat dirawat di rumah sakit, anak akan mengalami berbagai perasaan yang sangat tidak menyenangkan, seperti marah, takut, cemas, sedih, dan nyeri. Perasaan tersebut merupakan dampak dari hospitalisasi yang dialami anak karena menghadapi beberapa stressor yang ada di lingkungan rumah sakit. Untuk itu, dengan melakukan permainan anak akan terlepas dari ketegangan dan stress yang dialaminya karena dengan melakukan permainan anak akan dapat mengalihkan rasa sakitnya pada permainannya (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan.

Tujuan bermain di rumah sakit pada prinsipnya adalah agar dapat melanjutkan fase pertumbuhan dan perkembangan secara optimal, mengembangkan kreatifitas anak, dan dapat beradaptasi lebih efektif terhadap stress. Bermain sangat penting bagi mental, emosional, dan kesejahteraan anak seperti kebutuhan perkembangan dan kebutuhan bermain tidak juga terhenti pada saat anak sakit atau anak di rumah sakit (Wong, 2009).

Fungsi Bermain di Rumah Sakit:

- a. Memfasilitasi anak untuk beradaptasi dengan lingkungan yang asing.
- b. Memberi kesempatan untuk membuat keputusan dan kontrol,
- c. Membantu mengurangi stres terhadap perpisahan.

- d. Memberi kesempatan untuk mempelajari tentang bagian-bagian tubuh fungsinyadan penyakit.
- e. Memperbaiki konsep-konsep yang salah tentang penggunaan dan tujuan peralatan serta prosedur medis.
- f. Memberi peralihan (distraksi) dan relaksasi.
- g. Membantu anak untuk merasa lebih aman dalam lingkungan yang asing.
- h. Memberi cara untuk mengurangi tekanan dan untuk mengeksplorasi perasaan.
- i. Mengajukan untuk berinteraksi dan mengembangkan sikap sikap yang positif terhadap orang lain.
- j. Memberi cara untuk mengekspresikan ide kreatif dan minat.
- k. Memberi cara untuk mencapai tujuan therapeutic.

Prinsip Permainan Pada Anak di Rumah Sakit

- a. Tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan yang sedang berjalan.
- b. Tidak membutuhkan energi yang banyak.
- c. Harus mempertimbangkan keamanan anak.
- d. Dilakukan pada kelompok umur yang sama.
- e. Melibatkan orang tua atau keluarga.

C. LATIHAN TERAPI BEMAIN

KASUS : Pada sebuah ruang rawat anak, tampak seorang anak usia 3 tahun dirawat dengan DHF. Anak tampak sering gelisah dan rewel, selalu ingin keluar dari ruang perawatan. Berdasarkan hasil pengkajian anak mengalami stress hospitalisasi. Perawat merencanakan terapi bermain untuk anak-anak tersebut

Tugas : Lakukan terapi bermain pada anak tersebut

1. Persiapan Alat

- a. Proposalterapi bermain
- b. Mainan anak sesuai tumbuh kembang

2. Persiapan Lingkungan

- 1. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang bermain di rumah sakit

2. Atur lingkungan aman dan nyamanserta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Prainteraksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi

C. Post nteraksi

Tabel 41
SOP Terapi bemain

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji Kebutuhanperawatan kolostomi		
2	Cek kesiapan anak (tidak mengantuk, kondisi memungkinkan)		
3	Siapkan alat permainan dan lingkungan bermain		
4	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam dan menyapa anak		
5	Perkenalkan diri pada anak		
6	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
7	Jaga privasi		
Tahap kerja			
8	Beripetunjuk pada anak mengenai cara bermain		
9	Persilakan anak untuk melakukan permainan secara bersama anak lain/orang tua/keluarga/petugas/individu		
10	Motivasi keterlibatan anak dan keluarga		
11	Observasi emosi, hubungan interpersonal , dan psikomotor anak saat bermain		

12	Beri pujian pada anak saat melakukan permainan		
Tahap terminasi			
13	Minta anak menceritakan apa yang dilakuka atau dibuatnya		
14	Tanyakan perasaan anak setelah bermain dan pendapat keluarga tentang permainan yang dilakukan		
15	Lakukan evaluasi sesuai tujuan		
16	Berpamitan dengan anak		
17	Cuci tangan		
18	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

PRAKTIK CARA PENGGUNAAN MTBS DAN MTBM

A. PENDAHULUAN

Kegiatan praktek ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana menggunakan MBTB dan MTBM sebagai salah satu pendekatan manajemen bayi dan balita sakit yang diterapkan di Puskesmas. Setelah mempelajari kegiatan praktek ini, diharapkan anda mampu:

1. Menggunakan MTBS sebagai pendekatan dalam tatalaksana balita sakit di puskesmas
2. Menggunakan MTBM sebagai pendekatan dalam tatalaksana bayi muda (0-2Bulan) di puskesmas.

B. URAIAN MATERI

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-59 bulan (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan/cara menatalaksana balita sakit.

Konsep pendekatan MTBS yang pertama kali diperkenalkan oleh WHO merupakan suatu bentuk strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan bayi dan anak balita di negara-negara berkembang.

Pada sebagian besar balita sakit yang dibawa berobat ke Puskesmas, keluhan tunggal kemungkinan jarang terjadi, menurut data WHO, tiga dari empat balita sakit seringkali memiliki banyak keluhan lain yang menyertai dan sedikitnya menderita 1 dari 5 penyakit tersering pada balita yang menjadi fokus MTBS. Pendekatan MTBS dapat mengakomodir hal ini karena dalam setiap pemeriksaan MTBS, semua aspek/kondisi yang sering menyebabkan keluhan anak akan ditanyakan dan diperiksa.

Seorang balita sakit dapat ditangani dengan pendekatan MTBS oleh Petugas kesehatan yang telah dilatih. Petugas memakai tool yang disebut Algoritma MTBS yang dapat dilihat pada bagan MTBS. Untuk melakukan penilaian/pemeriksaan dengan cara menanyakan kepada orang tua/wali, apa saja keluhan-keluhan/masalah anak kemudian

memeriksa dengan cara 'lihat dan dengar' atau 'lihat dan rabat. Setelah itu petugas akan mengklasifikasikan semua gejala berdasarkan hasil tanya-jawab dan pemeriksaan. Berdasarkan hasil klasifikasi penyakit, petugas akan menentukan tindakan/pengobatan, misalnya anak dengan klasifikasi Pneumonia Berat atau Penyakit Sangat Berat akan dirujuk ke dokter Puskesmas.

Contoh begitu sistematis dan terintegrasinya pendekatan MTBS, ketika anak sakit datang berobat, petugas kesehatan akan menanyakan kepada orang tua/wall secara berurutan, dimulai dengan memeriksa tanda-tanda bahaya umum seperti:

- a. Apakah anak bisa minum/menyusu?
- b. Apakah anak selalu memuntahkan semuanya?
- c. Apakah anak menderita kejang?
- d. Kemudian petugas akan melihat/memeriksa apakah anak tampak letargis/tidak sadar?
- e. Setelah itu petugas kesehatan akan menanyakan keluhan utama lain:
- f. Apakah anak menderita batuk atau sukar bernafas?
- g. Apakah anak menderita diare?
- h. Apakah anak demam?
- i. Apakah anak rnempunyai masalah telinga?
- j. Memeriksa status gizi
- k. Memeriksa anemia
- l. Memeriksa status imunisasi
- m. Memeriksa status pemberian vitamin A
- n. Menilai masalah/keluhan-keluhan lain

Berdasarkan hasil penilaian hal-hal tersebut di atas, petugas akan mengklasifikasi keluhan/penyakit anak, setelah itu petugas melakukan langkah-langkah tindakan/pengobatan yang telah ditetapkan dalam penilaian/klasifikasi. Tindakan yang dilakukan dapat berupa:

- a. Mengajari ibu cara pemberian obat oral di rumah

- b. Mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah
- c. Menjelaskan kepada ibu tentang aturan-aturan perawatan anak sakit di rumah, misal aturan penanganan diare di rumah
- d. Memberikan konseling bagi ibu, misal: anjuran pemberian makanan selama anak sakit maupun dalam keadaan sehat
- e. Menasihati ibu kapan harus kembali kepada petugas kesehatan dan lain-lain

Bayi baru lahir sampai dengan 2 bulan, dipakai penilaian dan klasifikasi bagi Bayi Muda (0-2 bulan) memakai Bagan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) yang terintegrasi di dalam bagan MTBS. Penilaian dan klasifikasi bayi muda di dalam MTBM terdiri dari:

- a. Menilai dan mengklasifikasikan untuk kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri
- b. Menilai dan mengklasifikasikan diare
- c. Memeriksa dan mengklasifikasikan ikterus
- d. Memeriksa dan mengklasifikasikan kemungkinan berat badan rendah dan atau masalah pemberian Air Susu Ibu (ASI). Petugas kesehatan akan mengajari ibu yang memiliki bayi muda tentang cara meningkatkan produksi ASI, cara menyusui yang baik, mengatasi masalah pemberian ASI secara sistematis dan terperinci, cara merawat tali pusat, menjelaskan kepada ibu tentang jadwal imunisasi pada bayi kurang dari 2 bulan, menasihati ibu cara memberikan cairan tambahan pada waktu bayinya sakit, kapan harus kunjungna ulang, dll.
- e. Memeriksa status penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi.
- f. Memeriksa masalah dan keluhan lain.

Langkah-langkah penggunaan MTBS/MTBM:

1. Menilai tanda bahaya umum
2. Penilaian dan Klasifikasi
3. Menentukan tindakan/pengobatan
4. Konseling

5. Menasehati kapan kembali

C. LATIHAN PRAKTIK CARA PENGGUNAAN MTBS

Ilustrasi kasus:

Seorang anak laki-laki usia 3 tahun, berat badan 10 Kg, TB; 75 cm, Suhu : 37,0°C, Respirasi 36 x/Menit. Ibu datang ke puskesmas karena anaknya batuk dan diare. Anak batuk selama 3 hari dan tidak menunjukkan tanda bahaya umum, tidak ada tarikan dinding dada dan tidak ada stridor. Ibu mengatakan anaknya diare sudah lebih dari 2 minggu, tidak ada darah dalam tinja. Anak tampak rewel dan gelisah, mata tidak cekung, anak dapat minum, cubitan kulit perut segera kembali.

Tugas : Lakukan pengisian form MTBS

1. Persiapan Alat

- a. Formulir MTBS
- b. Buku Bagan MTBS
- c. Alat tulis
- d. Termometer
- e. Timbangan BB untuk Bayi dan Anak
- f. Jam
- g. Test Uji Tourniquet
- h. Imunisasi Kit
- i. Obat-obat esensial untuk Balita
 - 1) Oralit
 - 2) Vitamin A dosis 100.000 IU dan 200.000 IU
 - 3) Vaksin

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan/ setting tempat untuk interaksi seperti di ruang pemeriksaan MTBS di Puskesmas
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Prainteraksi

b. Interaksi:

- 1) Orientasi
- 2) Kerja
- 3) Terminasi

c. Post Interaksi

Tabel 42
SOP Cara Penggunaan MTBS

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Identifikasi karakteristik bayi		
2	Siapkan alat atau formulir penilaian MTBS		
3	Siapkan obat-obatan esensial untuk balita		
4	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
5	Berikan salam		
6	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
7	Jaga privasi		
Tahap kerja			
8	Isi identitas, pada bayi atau anak dan menanyakan pada ibu tentang masalah anaknya, apakah merupakan kunjungan pertama atau kunjungan ulang		
9	Timbang bayi		
10	Ukur suhu pada bayi atau anak		
11	Periksa tanda bahaya umum pada bayi atau anak		
12	Nilai dan klasifikasikan batuk dan sukar bernafas		
13	Nilai dan klasifikasikan diare		
14	Nilai dan klasifikasikan demam		
15	Periksakan dan klasifikasikan masalah telinga		
16	Periksakan dan klasifikasikan status gizi dan anemia		
17	Periksakan dan klasifikasikan status HIV		

18	Tentukan dan tindaklanjuti status imunisasi, status vitamin A dan konseling pencegahan cedera		
19	Nilai dan tindaklanjuti pemberian makan pada anak usia < 2 tahun		
20	Tentukan tindakan /pengobatan		
21	Berikan edukasi		
22	Nasehati kapan kembali		
Tahap terminasi			
23	Simpulkan kegiatan		
24	Evaluasi perasaan keluarga		
25	Lakukan evaluasi sesuai tujuan		
26	Berpamitan dengan anak		
27	Bereskan alat		
28	Cuci tangan		
29	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

LATIHAN PENGGUNAAN MTBM

Ilustrasi kasus: Seorang bayi perempuan usia 3 minggu dibawa oleh ibunya ke puskesmas karena menderita diare sejak 2 hari, berat badan : 3600 gram, suhu 36,3 oC, Respirasi = 57x/Menit. Bayi sadar dan tidak letargis, gelisah dan rewel, matanya cekung. Pada pemeriksaan didapatkan cubitan kulit perut kembali segera dan terdapat pustule di kulit.

Tugas : Lakukan pengisian form MTBM

1. Persiapan Alat

- a. Buku Bagan MTBM
- b. Formulir pencatatan bayi muda kurang dari 2 bulan
- c. Alat tulis

- d. Termometer
- e. Timbangan BB untuk Bayi
- f. Jam
- g. Imunisasi Kit
- h. Vaksin
- l. Obat-obat essential untuk Balita
 - 1) Oralit
 - 2) Vitamin A dosis 100.000 IU dan 200.000 IU

2. Persiapan Lingkungan

- a. Persiapkan lingkungan / setting tempat untuk interaksi seperti di ruang tindakan MTBM di Puskesmas
- b. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan orang tua untuk rasa aman anak

3. Prosedur

- a. Prainteraksi
- b. Interaksi:
 - 1) Orientasi
 - 2) Kerja
 - 3) Terminasi
- c. PostInteraksi

Tabel 43
SOP Penggunaan MTBM

No	Aspek Yang Dinilai	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
Tahap Pra Interaksi			
1	Identifikasi karakteristik bayi		
2	Siapkan alat atau formulir penilaian MTBM		
3	Siapkan obat-obatan essential untuk balita		
4	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
5	Berikan salam		
6	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan		

7	Jaga privasi		
Tahap kerja			
8	Isi identitas, pada bayi atau anak dan menanyakan pada ibu tentang masalah anaknya, apakah merupakan kunjungan pertama atau kunjungan ulang		
9	Timbang bayi		
10	Hitung nafas dalam 1 menit		
11	Periksa tanda bahaya umum pada bayi		
12	Ukur suhu pada bayi atau anak		
13	Nilai dan klasifikasikan untuk kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri		
14	Nilai dan klasifikasikan diare		
15	Periksa dan klasifikasikan ikterus		
16	Periksadan klasifikasikan status HIV		
17	Periksa dan klasifikasikan kemungkinan berat badan rendah dan atau masalah pemberian Air Susu Ibu(ASI).		
18	Periksa dan klasifikasikan kemungkinan berat badan rendah dan atau masalah pemberian minum pada bayi yang tidak mendapat Air Susu Ibu (ASI).		
19	Tentukan tindakan /pengobatan		
20	Berikan edukasi		
21	Nasehati kapan kembali		
Tahap terminasi			
22	Simpulkan kegiatan		
23	Evaluasi perasaan keluarga		
24	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
25	Bereskanalat		
26	Cuci tangan		
27	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Penilaian

$$\text{Kemampuan Ketrampilan} = \frac{\text{Frekuensi}}{\text{Jumlah item}} \times 100\%$$

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008, *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medik
- Brunner & Suddart, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Vol.1* Jakarta: EGC
- Chin J. 2008. *Manual Pemberantasan Penyakit Menuler; Edisi 1~ Cetakan I* CV Intomedlke: Jakarta.
- Hidayat, A.A. (2005). *Pengantar Ilmu kesehatan anak 1*. Jakarta: Salemba
- Medika Hidayat, A.A.A. (2008). *Buku Saku Pratikum Keperawatan Anak*. Jakarta : EGC
- Hidayat, A.A.A. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia . Buku Saku Pratikum*. Jakarta:EGC
- Hockenberry, Wilson. (2007). *Wongs Essentialsof Pediatric Nursing*. (8th ed.). St. Louis: Mosby Elseiver
- Kemenkes RI. 2010. *Informasi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Ditjen PP & PL. Jakarta
- Kemenkes RI. (2015). *Buku Bagan MTBS 2015*. Jakarta: Kemenkes.
- Mubarak wahit Iqbal, 2007. *Kebutuhan Dasar Manusi Teori Dan Aplikasi Praktek*. Jakarta: EGC
- Perry, dkk. 2005. *Buku saku: Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC
- Supartini, Yupi (2004), *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*, Jakarta: EGC

Tamsuri, A. (2009). *Klien Dengan Gangguan Kesimbangan Cairan dan Elektrolit Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Wong D.L.(2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC

WHO. (2010). *Pelayanan Kesehatan Anak di rumah Sakit*. Jakarta: WHO