



**MODUL PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK
TAHUN AKADEMIK 2019/2020**

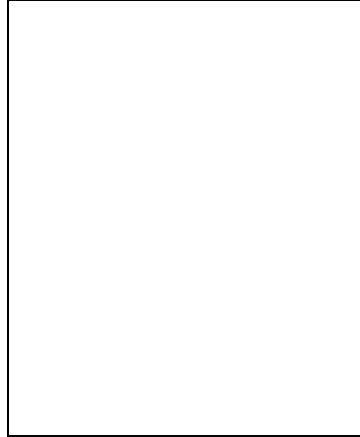


Kode Mata Kuliah: WAT 4.506

AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI

Jl. Margasatwa Raya (Haji Beden) No.25, Pondok Labu, Cilandak,
Jakarta Selatan 12450, Telp. (021) 7660607, Fax (021) 75913075
Email: akfat_ykf@yahoo.co.id

DATA PEMILIK BUKU



NAMA : _____

NIM : _____

TINGKAT : _____

SEMESTER : _____

AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI

Jl. Margasatwa Raya (Haji Beden) No.25, Pondok Labu, Cilandak, Jakarta

Selatan 12450, Telp. (021) 7660607, Fax (021) 75913075

Email: akfat_ykf@yahoo.co.id

BUKU PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK TAHUN AKADEMIK 2019/2020

Kode Mata Kuliah: WAT 2.E01

Copyright©2020 oleh Program Studi D-III Keperawatan
Desain oleh Tim Pengajar Mata Kuliah Keperawatan Anak
Desain sampul oleh Tim Pengajar Mata Kuliah Keperawatan Anak
Diterbitkan oleh Akademi Keperawatan Fatmawati Jakarta

Penyusun
Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep, Sp.Kep.An
Ns. Hemma Siti Rahayu, M.Kep
Dra. Sudarmi, M.Kes

Modul Panduan Praktikum Keperawatan Anak Tahun Akademik 2019/2020

Penyusun :

Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep, Sp.Kep.An
Ns. Hemma Siti Rahayu, M.Kep
Dra. Sudarmi, M.Kes

ISBN :

978-602-5415-47-0

Penerbit :

AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI

Alamat :

YAYASAN KORPS PEGAWAI NEGERI REPUBLIK INDONESIA FATMAWATI

Jl.Margasatwa (Gg.H.Beden) No.25 Kelurahan Pondok Labu Kecamatan Cilandak

Jakarta Selatan, Jakarta, Indonesia

Email : jiko@akperfatmawati.ac.id

Cetak Pertama Maret 2020

Hak cipta di lindungi undang-undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh buku ini tanpa izin Tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan buku panduan praktikum keperawatan anak. buku panduan praktikum keperawatan anak ini merupakan buku panduan yang diperlukan oleh mahasiswa agar dapat dengan mudah memahami dan mengaplikasikan prosedur-prosedur yang berkaitan dengan kebutuhan anak.

Dalam penyusunan buku penampilan kerja ini, tak lupa kami menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ns. DWS Suarse Dewi, M.Kep, Sp.Kep.MB, selaku direktur Akper Fatmawati.
2. Tim pengajar mata kuliah keperawatan anak di Akper Fatmawati.
3. Teman-teman dosen dan karyawan Akper Fatmawati.
4. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini yang tak dapat disebutkan satu persatu.

Kami berharap buku penampilan kerja skill laboratorium ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan tim pengajar untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang up-date dan lebih baik lagi.

Jakarta, Maret 2020

Penyusun

VISI, MISI, TUJUAN PROGRAM STUDI

A. Visi

Menjadi program studi penyelenggara pendidikan tinggi DIII Keperawatan yang menghasilkan lulusan perawat yang terampil di tatanan layanan keperawatan serta unggul dalam memberikan asuhan keperawatan orthopedi.

B. Misi

1. Melakukan proses pendidikan dengan pendekatan berbasis kompetensi dengan unggulan keperawatan orthopedi.
2. Melaksanakan strategi pembelajaran yang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran terkini.
3. Menyiapkan SDM yang memiliki kualifikasi sesuai dengan bidangnya.
4. Menyediakan sarana dan prasarana yang lengkap dalam mendukung proses pembelajaran khususnya perawatan orthopedi
5. Melaksanakan penelitian keperawatan
6. Melaksanakan pengabdian masyarakat bersama dengan mahasiswa di daerah binaan dalam bentuk seminar dan penyuluhan

C. Tujuan

1. Menghasilkan lulusan yang terampil dalam memberikan asuhan keperawatan secara umum dan khususnya keperawatan ortopedi berdasarkan kode etik profesi.
2. Tersusunnya kurikulum berbasis kompetensi dengan unggulan keperawatan orthopedi.
3. Tersedianya sumber daya manusia sesuai dengan bidang keahliannya.
4. Tersedia sarana dan prasarana untuk mendukung proses pembelajaran.
5. Terlaksananya penelitian keperawatan.
6. Terlaksananya kegiatan pengabdian masyarakat.

D. Profil Lulusan

Sebagai perawat pelaksana asuhan keperawatan pada individu, keluarga dan kelompok khusus ditatanan klinik dan komunitas yang memiliki keunggulan perawatan orthopedi dan memiliki kemampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik keperawatan serta menjunjung tinggi nilai-nilai moral: jujur, disiplin, kerja keras, peduli, dan mandiri.

DAFTAR ISI

DATA PEMILIK BUKU	ii
PENYUSUN	iii
KATA PENGANTAR	iv
VISI MISI	v
DAFTAR ISI	vi
BUKU PANDUAN PRAKTIKUM	vii
PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK:	
1. Pemeriksaan Fisik Pada Bayi dan Anak	1
2. Perawatan Stoma	37
3. Pemberian Terapi <i>Nebulizer</i>	42
4. Perawatan Metode Kanguru	47
5. Pemeriksaan Perkembangan Menggunakan KPSP.....	53
6. Perawatan Luka Hidrocephalus	58
7. Perawatan Luka Laparatomi	62
8. Imunisasi Pada Bayi	
9. Pemasangan <i>Orogastric Tube</i> (OGT) dan Memberikan Makan	
10. Pemberian Fototerapi	
11. Terapi Bermain	

BUKU PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK

A. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah ini menguraikan tentang prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar anak. Kegiatan belajar dilakukan dengan metode ceramah, diskusi, demonstrasi, penampilan kerja, dan simulasi.

B. TUJUAN MATA KULIAH

Setelah menyelesaikan proses pembelajaran mata kuliah keperawatan dasar ini, diharapkan mahasiswa mampu

1. Menjelaskan intervensi terkait pemeriksaan fisik pada bayi dan anak, pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP, injeksi imunisasi, perawatan metode kanguru, pemberian nebulizer, perawatan stoma, perawatan luka hydrocephalus, perawatan luka laparatomi, dan pemasangan *orogastric tube*.
2. Menyiapkan alat-alat sesuai prosedur yang di demonstrasikan dengan tepat.
3. Mendemonstrasikan prosedur dengan tepat
4. Mempraktikkan komunikasi terapeutik dengan tepat.
5. Menjelaskan prinsip, tujuan, indikasi dan kontraindikasi setiap prosedur dengan benar.

C. Sasaran

Sasaran praktik laboratorium keperawatan dasar ini adalah mahasiswa tingkat II semester IV Tahun Akademik 2019-2020 Akademi Keperawatan Fatmawati.

D. Beban SKS

Beban SKS untuk praktik laboratorium keperawatan dasar ini adalah 1 SKS

E. Tim Pengajar

1. Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep, Sp.Kep.An
2. Ns. Hemma Siti Rahayu, M.Kep
3. Dra. Sudarmi, M.Kes
4. Ns. Nurhidayatun, M.Kep, Sp.Kep.An

F. Strategi Praktik Laboratorium

1. Sebelum praktik mahasiswa dibagi kedalam 9 kelompok kecil. Masing-masing kelompok berjumlah 6-7 mahasiswa pada setiap kelas.
2. Di laboratorium, setiap 2 kelompok mahasiswa masuk secara bergantian, sampai 9 kelompok masuk kedalam laboratorium.
3. Dosen memberikan penjelasan terlebih dahulu terkait prinsip, tujuan, indikasi dan kontraindikasi prosedur yang akan dipraktikkan.
4. Dosen mendemonstrasikan prosedur kepada salah satu mahasiswa dan mahasiswa lainnya menyimak.
5. Mahasiswa mendemonstrasikan kembali prosedur yang telah dipelajari.
6. Mahasiswa melakukan proses peer dengan teman sekelompoknya.
7. Mahasiswa wajib melakukan penilaian dengan temannya (*peer*) sejumlah 7 prosedur. Mahasiswa wajib mengikuti praktik laboratorium 100%.
8. Apabila terdapat mahasiswa yang kehadirannya kurang dari 100%, maka mahasiswa tersebut wajib membuat video prosedur sesuai dengan yang tidak diikuti, kemudian ditunjukkan kepada penanggung jawab mata kuliah.

G. Evaluasi Pembelajaran

Evaluasi praktikum laboratorium keperawatan dasar terdiri dari prosedur pemeriksaan fisik (40%), tindakan pilihan sesuai dengan soal kasus yang didapatkan (40%), dan responsi (20%).

H. Daftar Pustaka

- Bowden, V.R., & Greenberg, C. S. (2010). *Children and their families: The continuum of care* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing reasech*. St.Louis: Sunder
- Ball, J.W. (2010). *Child health nursing partnering with childreen & families*, 2nd edition, New York.
- Hockenberry., & Marilyn, J. (2012). *Wong's clinical manual of pediatric nursing*, 8th edition, Mosby, Inc

Kozier, B, Erb, G., Berman, A., & Synder, S.J., (2011). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, & praktik. Jakarta: EGC

Kyle, T., Carman, S. (2013). Alih Bahasa Devi Yulianti. SKp. *Buku ajar keperawatan pediatric vol 1*, Ed. 2. Jakarta: EGC

Potter, P., & Perry, A.G. (2009). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik vol 1. Jakarta: EGC

Rustina, Y. (2015). *Bayi Prematur Perspektif Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.

Wong, D.L. (2009). Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Edisi 4. Jakarta: EGC.

PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI DAN ANAK

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur pemeriksaan fisik
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk prosedur pemeriksaan fisik
3. Mahasiswa mampu melakukan skill prosedur pemeriksaan fisik secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit 2. 30 menit 3. 30 menit 4. 10 menit 5. 20 menit	: persiapan dan pre test materi : mendemonstrasikan skill pemeriksaan fisik : membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill pemeriksaan fisik : memberikan umpan balik : mengobservasi dan mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit 2. 30 menit 3. 30 menit 4. 10 menit 5. 20 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pretest : mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur : mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill pemeriksaan fisik dibawah bimbingan instruktur : mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur : mahasiswa melakukan skill pemeriksaan fisik secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. PERALATAN DAN BAHAN

1. Handscoen
2. Metline
3. Air dingin/hangat
4. Kapas
5. Kartu snellen/kartu E
6. Pen light
7. Speculum hidung
8. Tongue spatel
9. Hammer reflect
10. Lidi kapas
11. Lap dan tissue
12. Bantalan dispossibel
13. Tirai
14. Pakaian untuk anak
15. Sarung tangan,
16. Lubrikan
17. Timbangan BB
18. Alat pengukur tinggi badan
19. Pita ukur (kertas)
20. Stetoskop
21. Sfigmomanometer
22. Manset anak
23. Termometer
24. Otokop
25. Oftalmoskop
26. Penerima waktu
27. Format pengkajian

D. DASAR TEORI PEDOMAN UMUM PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK

1. Lakukan pemeriksaan dalam ruang yang menyenangkan dan tidak mengancam
 - a. Penerangan, dekorasi dg warna netral
 - b. Suhu
 - c. Penempatan alat
 - d. Gunakan mainan & permainan
 - e. Bila mungkin, dekorasi ruangan sesuai tingkat usia
 - f. Privasi
2. Berikan waktu bermain dan saling mengenal
 - a. Berbicara pada perawat
 - b. Kontak mata
 - c. Menerima peralatan yang ditawarkan
 - d. Touching
 - e. Duduk diatas meja pemeriksaan
3. Jika anak tidak siap
 - a. Bicara pada orang tua dulu, bertahap pada anak atau objek favorit
 - b. Beri anak pujian
 - c. Cerita lucu atau sulap sederhana
 - d. Berikan “teman” yang tidak mengancam (mis. Boneka tangan/jari) untuk “bicara”dengan anak
4. Bila anak menolak bekerjasama
 - a. Kaji alasan perilaku menolak bekerjasama
 - b. Hindari penjelasan yang panjang tentang prosedur pemeriksaan
 - c. Lakukan pemeriksaan secepat mungkin
 - d. Restrain
 - e. Minimalkan adanya gangguan/stimulasi
5. Mulailah dengan cara yang tidak mengancam,terutama untuk anak kecil atau yang takut
 - a. Aktivitas bermain
 - b. Pendekatan “Simon say”
 - c. Teknik boneka kertas
6. Libatkan anak dan orangtua dalam proses pemeriksaan
 - a. Beri pilihan posisi duduk
 - b. Izinkan untuk memegang atau memainkan alat

- c. Anjurkan untuk menggunakan alat tersebut pada boneka, keluarga atau perawat

- d. Bila ada beberapa anak dalam keluarga yang akan diperiksa , mulailah dengan anak yang paling kooperatif
- e. Posisi aman dan nyaman
- f. Lakukan pemeriksaan secara sistematis berdasarkan head to toe
- g. Tenangkan anak sepanjang pemeriksaan
- h. Diskusikan hasil temuan dg keluarga.
- i. Puji anak untuk kerjasama selama pemeriksaan
- j. Lakukan dengan pendekatan informal. contoh dengan menanyakan kegemaran anak, memuji penampilan anak dll
- k. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara sistematis (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) dapat juga dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi. Pada bayi dan anak kecil diajarkan setelah inspeksi dilakukan auskultasi karena bila menangis bising usus akan meningkat sehingga bising jantung akan sulit untuk dinilai
- l. Pemeriksaan yang menggunakan peralatan atau yang menyakiti anak sebaiknya dilakukan terakhir.

INSPEKSI

- Bentuk, warna, kesimetrisan, bau

Bau	Makna
Aseton / buah-buahan	Asidosis diabetic
Ammonia	Infeksi saluran perkemihan
Feses (nafas/area popok)	Popok kotor, inkontinensia fekes, obstruksi usus
Feses busuk	Gastroenteritis, kistik fibrosis, sindrom malabsorpsi
Halitosis	Hygiene mulut buruk, karies, abses gigi, sinusitis, infeksi tenggorok
Bau apak	Infeksi bawah balutan atau gips
Bau manis menyengat	Infeksi pseudomonas

PALPASI

1. Dilakukan dengan jari dan telapak tangan untuk menentukan suhu, hidrasi, tekstur, bentuk, gerakan, dan area nyeri tekan.

2. Hangatkan tangan sebelum memulai palpasi
3. Jaga kuku tetap pendek
4. Daerah yang lunak dipalpasi terakhir.
5. Lakukan palpasi dengan ujung jari untuk pulsasi, ukuran, bentuk, tekstur, dan hidrasi.
6. Lakukan palpasi dengan telapak tangan untuk vibrasi
7. Lakukan palpasi dengan punggung tangan untuk suhu
8. Gunakan percakapan atau permainan untuk membuat anak rileks, selama palpasi.
9. Anak yang mudah geli, diminta untuk menempatkan telapak tangannya di area yang akan diperiksa, baru kemudian disusul dengan menyelipkan tangan perawat di bawahnya.

PERKUSI

Hasil : gelombang bunyi: intensitas, nada, durasi, dan kualitas.

Dilakukan dengan cara langsung dan tidak langsung.

Kuku pemeriksa harus pendek.

AUSKULTASI

Dengan menggunakan stetoskop

Bell, digunakan untuk mendengarkan bunyi dengan nada rendah.

Diafragma digunakan untuk mendengarkan bunyi dengan nada tinggi

A. PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI

Pemeriksaan fisik pada bayi dapat dilakukan untuk menilai status kesehatannya. Waktu pemeriksaan fisik dapat dilakukan saat bayi baru lahir, 24 jam setelah lahir, dan akan pulang dari rumah sakit. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

- a. Bayi sebaiknya dalam keadaan telanjang di bawah lampu terang sehingga bayi tidak mudah kehilangan panas, atau lepaskan pakaian hanya pada daerah yang diperiksa.
- b. Lakukan prosedur secara berurutan dari kepala ke kaki atau lakukan prosedur yang memerlukan observasi ketat lebih dahulu, seperti paru, jantung dan abdomen.
- c. Lakukan prosedur yang mengganggu bayi, seperti pemeriksaan refleks pada tahap akhir.
- d. Bicara lembut, pegang tangan bayi di atas dadanya atau lainnya

1. Keadaan Umum

Pemeriksaan fisik harus selalu dimulai dengan penilaian keadaan umum yang mencakup :

a. Postur
Fleksi kepala dan ekstremitas, dengan istirahat terlentang dan tengkurap

b. Kesadaran

- 1) Komposmentis : Pasien sadar sepenuhnya dan memberi respon adekuat terhadap semua stimulus yang diberikan
- 2) Apatik : Pasien dalam keadaan sadar, tetapi acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya. Ia akan memberikan respon yang adekuat bila diberikan stimulus
- 3) Somnolen : Yakni takut kesadaran dimana pasien tampak mengantuk. Selalu ingin tidur, ia tidak respon terhadap stimulus ringan, tetapi memberikan respon terhadap stimulus yang agak keras, kemudian tertidur lagi
- 4) Sopor : Pasien tidak memberikan respon ringan ataupun sedang. Tetapi masih memberi sedikit respon terhadap stimulus yang kuat. Reflek pupil terhadap cahaya masih (+)

- 5) Koma : Pasien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun, refleks pupil terhadap cahaya (-). Ini adalah tingkat kesadaran yang paling rendah
 - 6) Delirium : Keadaan kesadaran yang menurun serta kacau, biasanya disertai disorientasi. Iritatif & halusinasi.
- c. Kesan status gizi
- 1) Secara klinis : Dengan inspeksi dan palpasi, inspeksi lihat proporsi tubuhnya kurus/gemuk. Palpasi dengan cara cubit tebal jaringan lemak subcutan
 - 2) Dengan pemeriksaan fisik & antropometris (BB, TB, Lingkaran lengan atas, tebal lipatan kulit, lingkaran kepala, dada & perut).

2. Apgar Score

Pemeriksaan ini bertujuan menilai kemampuan laju jantung, kemampuan bernapas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks dan warna kulit.

Cara:

1. Lakukan penilaian Apgar score dengan cara jumlahkan hasil penilaian tanda, seperti laju jantung, kemampuan bernapas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks dan warna kulit.
2. Tentukan hasil penilaian, sebagai berikut:
 - a. Adaptasi baik : skor 7-10
 - b. Asfiksia ringan-sedang : skor 4-6
 - c. Asfiksia berat : skor 0-3

3. Gestational Age

Neuromuscular Maturity								
Score	-1	0	1	2	3	4	5	
Posture								
Square window (wrist)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0°		
Arm recoil		180°	140-180°	110-140°	90-110°	< 90°		
Popliteal angle	180°	160°	140°	120°	100°	90°	< 90°	
Scarf sign	-1	-2	-3	-4	-5	-6		
Heel to ear	-1	-2	-3	-4	-5	-6		
Physical Maturity								
Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled	
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	Maturity Rating	
Plantar surface	Heel-toe 40-50 mm; -1 < 40 mm; -2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases, anterior 2/3	Creases over entire sole	Score	Weeks
							-10	20
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1-2 mm bud	Raised areola, 3-4 mm bud	Full areola, 5-10 mm bud	-5	22
							0	24
Eye/Ear	Lids fused loosely; -1 tightly; -2	Lids open; pinna flat; stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm, instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	5	26
							10	28
							15	30
							20	32
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	25	34
							30	36
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	35	38
							40	40
							45	42
							50	44

4. Refleksi

Refleksi	Rangsangan	Reaksi bayi	Perkembangan
Berkedip	Cahaya, tiupan udara	Menutup kedua mata	Permanen
Babinski	Telapak kaki ditepuk	Jari kaki meregang, menarik kaki ke dalam	Menghilang setelah 9 bulan-1 tahun
Menggenggam	Telapak tangan disentuh	Menggenggam erat	Melemah setelah 3 bulan Menghilang stlah 1 tahun
Moro (kejut)	Suara keras/benda jatuh	Kaget, melengkungkan punggung, meletakkan kepala, mengepakkan lengan dan kaki, kemudian menutup kembali lengan dan kaki dengan cepat ke pusat tubuh	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Ujung saraf	Pipi ditepuk/tepi mulut disentuh	Menoleh, membuka mulut, mulai menghisap	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Melangkah	Bayi diangkat diatas permukaan tanah dan kaki direndahkan	Menggerakkan kaki seperti akan berjalan	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan

	menyentuh tanah		
Menghisap	Objek menyentuh mulut	Menghisap secara otomatis	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Berenang	Bayi meletakkan wajah di air	Membuat gerakan berenang yang terkoordinasi	Menghilang setelah 6 atau 7 bulan
Tonic neck	Bayi diletakkan di punggung	Membentuk kepala dengan dua tangan dan biasanya menoleh ke kanan (kadang disebut pose pekelahi)	Menghilang setelah 2 bulan

5. Tanda vital

Suhu : Aksila – 36,50C sampai 370C; menangis dapat sedikit meningkatkan suhu tubuh

HR : Apikal – 120 sampai 140 denyut/menit; menangis akan meningkatkan frekuensi jantung, tidur akan menurunkan frekuensi jantung

RR : 30 – 60 kali/menit; menangis akan meningkatkan frekuensi pernafasan, tidur akan menurunkan frekuensi pernafasan

6. Antropometri

Tinggi badan

- Posisi recumben: < 24 s/d 36 bulan dihitung dari vertek s/d tumit

- Posisi berdiri: > 24-36 bulan
- new born: 48-53 cm => Normal
- 1 tahun= 1.5 X PB lahir
- selanjutnya 80+ 5N => N= umur
- referensi lain: 2-12 tahun: usia X 2,5 + 30 inc

Berat Badan

- Timbang bayi- anak dalam keadaan telanjang => lindungi bayi agar tidak jatuh - hitung sampai 10 gr terdekat utk bayi dan 100 gr terdekat utk anak - Rule of thumb:

> new born : 2500-4000 gr

> 4-5 bulan : 2 X BBL

> 12 bulan : 3 X BBL

> selanjutnya: $8 + 2N$ => N: umur

Lingkar kepala

- Ukur diatas alis dan pinna (telinga) melingkari oksipital kranium
- new born : 33-35 cm
- lingkar kepala > 2-3 cm = lingkar dada
- anak-anak: lingkar dada > 5-7 cm = lingkar dada
- => maksimal pengukuran lingkar kepala s/d anak berusia 2 tahun
- 6-18 bulan : ubun-ubun besar menutup
- 2-3 bulan : ubun-ubun kecil menutup

Lingkar dada

Hitung keliling dada melalui garis puting saat ekspirasi- inspirasi diambil rata-rata

Lingkar Lengan

7. Kepala Rambut

Distribusi, warna, tekstur dan kualitas rambut.

Kering, rapuh, kurang pigmen	Kurang gizi
Batas tumbuh rambut memanjang hingga tengah dahi	Kretinisme
Alopesia	Tinea kapitis, posisi menetap pada satu sisi
Berkas rambut pada tulang belakang	Spina bifida
Putih telur yang menempel dengan kuat pada tangkai rambut	Kutu kepala

Tengkorak Kepala

Lakukan penilaian pada bagian tersebut, diantaranya:

- Maulage yaitu tulang tengkorak yang saling menumpuk pada saat lahir asimetri atau tidak.
- Ada tidaknya caput succedaneum, yaitu edema pada kulit kepala, lunak dan tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas, dan menyeberangi sutura dan akan hilang dalam beberapa hari.
- Ada tidaknya cephal haematum, yang terjadi sesaat setelah lahir dan tidak tampak pada hari pertama karena tertutup oleh caput succedaneum. Cirinya konsistensi lunak, berfluktuasi, berbatas tegas pada tepi tulang tengkorak, tidak menyeberangi sutura dan apabila menyeberangi sutura kemungkinan mengalami fraktur tulang tengkorak. Cephal haematum dapat hilang sempurna dalam waktu 2-6 bulan
- Ada tidaknya perdarahan, yang terjadi karena pecahnya vena yang menghubungkan jaringan di luar sinus dalam tengkorak. Batasnya tidak tegas sehingga bentuk kepala tampak asimetris, sering diraba terjadi fluktuasi dan edema.

- e. Adanya fontanel dengan cara palpasi dengan menggunakan jari tangan. Fontanel posterior akan dilihat proses penutupan setelah umur 2 bulan dan fontanel anterior menutup saat usia 12-18 bulan. ukur lebar dan panjang fontanel ant. Terbuka. Umur 9 – 12 bulan mempunyai ukuran panjang dan lebar dari 1 sampai 5 cm.

Temuan klinik

Lebih besar secara abnormal	Hidrocephallus
Lebih kecil	Dilahirkan oleh ibu yang mengkonsumsi kokain
Asimetris minor	Molding
Oksiput datar	Meletakkan anak pada posisi telentang terus menerus
Kepala tidak simetris	Penutupan garis-garis sutura yang premature.
Fontanel menonjol	Peningkatan TIK, oleh karena meningitis, trauma kepala.
Fontanel yang kecil	

8. Mata

Tentukan penilaian ada tidaknya kelainan, seperti:

- Strabismus (koordinasi gerakan mata yang belum sempurna), dengan cara menggoyang kepala secara perlahan-lahan sehingga mata bayi akan terbuka.
 - Kebutaan, seperti jarang berkedip atau sensitifitas terhadap cahaya berkurang.
 - Sindrom Down, ditemukan epicanthus melebar.
 - Glaukoma kongenital, terlihat pembesaran dan terjadi kekeruhan pada kornea.
 - Katarak kongenital, apabila terlihat pupil yang berwarna putih
- Periksa pelupuk mata bagian bawah, dan minta klien melihat ke atas
- Periksa warna konjungtiva

Periksa warna sclera

Periksa warna, bentuk, dan ukuran iris

Periksa ukuran kesamaan, dan respon pupil terhadap cahaya

Temuan

Konjungtiva berwarna merah	Infeksi
Konjungtiva bengkak	Reaksi alergi
Konjungtiva pucat	Anemia (anemis)
Sklera normal putih	
Sklera kuning	Ikterik (hpetitis, hiperbilirubinemia)
Sclera kebiru – biruan	Osteogenesis imperfekta, glaucoma.

9. Hidung

- Amati pola pernapasan, apabila bayi bernapas melalui mulut maka kemungkinan bayi mengalami obstruksi jalan napas karena adanya atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung, atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Sedangkan pernapasan cuping hidung akan menunjukkan gangguan pada paru.
- Amati mukosa lubang hidung, apabila terdapat sekret mukopurulen dan berdarah perlu, dipikirkan adanya penyakit sifilis kongenital dan kemungkinan lain.

10. Mulut

- Lakukan inspeksi adanya kista yang ada pada mukosa mulut.
- Amati warna, kemampuan refleks menghisap. Apabila lidah menjulur keluar dapat dinilai adanya kecacatan kongenital.
- Amati adanya bercak pada mukosa mulut, palatum dan pipi biasanya disebut sebagai *Monilia albicans*.
- Amati gusi dan gigi, untuk menilai adanya pigmen.

- e. Rooting refleks : bayi akan mencari benda yang diletakkan disekitar mulut dan kemudian akan mengisapnya.
- f. Dengan memakai sarung tangan, masukkan jari kelingking kedalam mulut, raba palatum keras dan lunak apabila ada lubang berarti labio palato shizis, kemudian taruh jari kelingking diatas lidah, hasil positif jika ada refleks mengisap (Sucking Refleks).

11. Telinga

Bunyikan bel atau suara, apabila terjadi reflek terkejut maka pendengarannya baik, kemudian apabila tidak terjadi refleks maka kemungkinan akan terjadi gangguan pendengaran.

12. Leher

- a. Letakkan bayi posisi duduk ketika mengamati kontrol kepala.
 - b. Gerakkan kepala dan leher anak dengan ROM yang penuh dan anak yang lebih tua diminta untuk menggerakkan kepala ke atas, samping, bawah.
 - c. Periksa leher akan adanya pembengkakan, lipatan kulit tabahan, distensi vena.
 - d. Palpasi area trakea : dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk.
 - e. Palpasi area kelenjar tiroid : pemeriksa di belakang pasien, letakkan jari-jari anda diatas kelenjar. Palpasi kelenjar tiroid saat anak menelan.
 - f. Amati pergerakan leher apabila terjadi keterbatasan dalam pergerakannya maka kemungkinan terjadi kelainan pada tulang leher, seperti kelainan tiroid, hemangioma, dan lain-lain.
1. Tonic neck refleks : kedua tangan ditarik, kepala akan mengimbangi.



2. Neck rigting refleks : posisi terlentang, kemudian tangan ditarik kebelakang, pertama badan ikut berbalik diikuti dengan kepala.



13. Dada, jantung, paru-paru

- a. Lakukan inspeksi bentuk dada:
 - 1) Apabila tidak simetris, kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragmatika.
 - 2) Pernapasan bayi normal pada umumnya dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Frekuensi pernapasan bayi normal antara 40-60 kali per menit, perhitungannya harus satu menit penuh karena terdapat periodic breathing di mana pola pernapasan pada neonatus terutama pada prematur ada henti napas yang berlangsung 20 detik dan terjadi secara berkala.

- b. Lakukan palpasi daerah dada, untuk menentukan ada tidaknya fraktur klavikula dengan cara meraba ictus kordis dengan menentukan posisi jantung.
- c. Lakukan auskultasi paru dan jantung dengan menggunakan stetoskop untuk menilai frekuensi, dan suara napas/jantung. Secara normal frekuensi denyut jantung antara 120-160 kali per menit. Suara bising sering ditemukan pada bayi, apabila ada suara bising usus pada daerah dada menunjukkan adanya hernia diafragmatika.

14. Abdomen

- a. Lakukan inspeksi bentuk abdomen. Apabila abdomen membuncit kemungkinan disebabkan hepatosplenomegali atau cairan di dalam rongga perut, dan adanya kembung.
- b. Lakukan auskultasi adanya bising usus.
- c. Lakukan perabaan hati. Umumnya teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan. Limpa teraba 1 cm di bawah arkus kosta kiri.
- d. Lakukan palpasi ginjal, dengan cara atur posisi telentang dan tungkai bayi dilipat agar otot-otot dinding perut dalam keadaan relaksasi. Batas bawah ginjal dapat diraba setinggi umbilikus diantara garis tengah dan tepi perut. Bagian ginjal dapat diraba sekitar 2-3 cm, adanya pembesaran pada ginjal dapat disebabkan oleh neoplasma, kelainan bawaan atau trombosis vena renalis.

15. Punggung, pelvis dan ekstremitas

a. Punggung

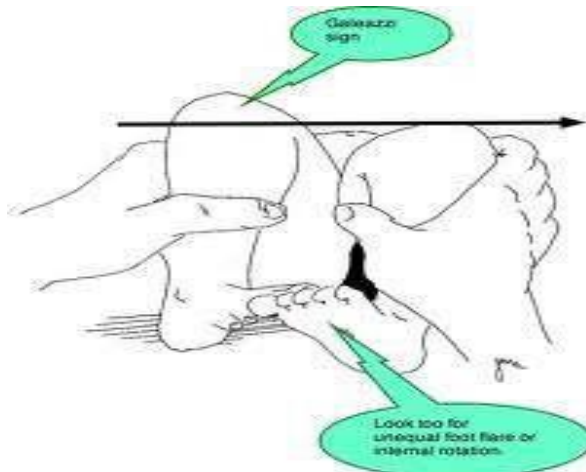
- 1) Letakkan bayi dalam posisi tengkurap, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan, seperti skoliosis, meningokel, spina bifida, dan lain-lain.
- 2) Susuri tulang belakang, apakah ada spina bifida okulta : ada lekukan pada lumbo sacral, tanpa herniasi dan distribusi lanugo lebih banyak.



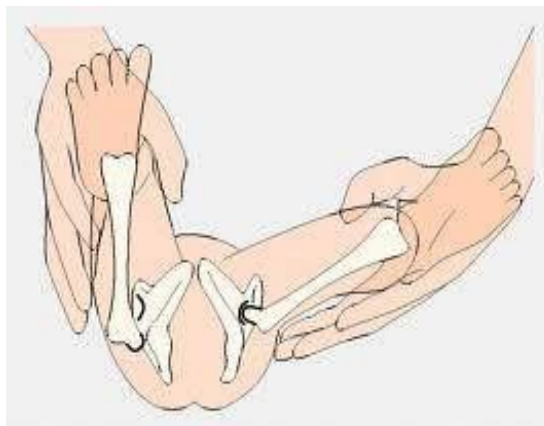
- 3) Spina bifida sistika : dengan herniasi, meningokel (berisi meningen dan CSF-cerebrospinal fluid) dan mielomeningokel (meningen + CSF + saraf spinal).
- 4) Dalam posisi bungkuk jika tulang belakang rata/simetris (scoliosis postural) sedangkan jika asimetris atau bahu tinggi sebelah dan vertebra bengkok (scoliosis structural)
- 5) Amati pergerakan ekstremitas. Untuk mengetahui adanya kelemahan, kelumpuhan, dan kelainan bentuk jari.
- 6) Grasping refleks : meletakkan jari pada tangan bayi, maka refleks akan menggengam.
- 7) Palmar refleks : tekan pada telapak tangan, akan menggengam
- 8) CDH Congenital Dislocation of the Hip (CDH) atau dislokasi panggul kongenital adalah satu fase dari berbagai ketidakstabilan pinggul pada bayi : test gluteal, lipatan paha simetris kiri kanan.

Pelvis

- 1) Ortholani test : lutut ditekuk sama tinggi/tidak



- 2) Barlow test : kedua lutut ditekuk dan regangkan ke samping akan terdengar bunyi klik



c. Kaki

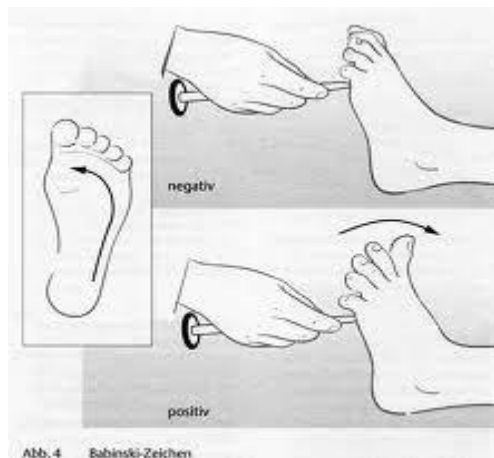
- 1) Talipes : kaki bengkok ke dalam.



2) Clubfoot : otot-otot kaki tidak sama panjang, kaki jatuh ke depan.



3) Refleks babinsky



4) Refleks Chaddock



5) Staping Refleks

Bayi diangkat diatas permukaan tanah dan kaki direndahkan menyentuh tanah, bayi akan menggerakkan kaki seperti akan berjalan.

16. Genitalia

- a. Lakukan inspeksi pada genitalia wanita, seperti keadaan labio minora, labio mayora, lubang uretra dan lubang vagina.
- b. Lakukan inspeksi pada genitalia laki-laki, seperti keadaan penis, ada tidaknya hipospadia (defek di bagian ventral ujung penis atau defek sepanjang penis), dan epispadia (defek pada dorsum penis).

17. Anus dan rektum

- a. Lakukan inspeksi pada anus dan rektum, untuk menilai adanya kelainan atresia ani atau posisi anus.
- b. Lakukan inspeksi ada tidaknya mekonium (umumnya keluar pada 24 jam) apabila ditemukan dalam waktu 48 jam belum keluar maka kemungkinan adanya mekonium plug syndrome, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.

18. Kulit

- a. Lakukan inspeksi ada tidaknya verniks kaseosa (zat yang bersifat seperti lemak berfungsi sebagai pelumas atau sebagai isolasi panas yang akan menutupi bayi yang cukup bulan).
- b. Lakukan inspeksi ada tidaknya lanugo (rambut halus yang terdapat pada punggung bayi). Lanugo ini jumlahnya lebih banyak pada bayi kurang bulan dari pada bayi cukup bulan. (Corry S Matondang dkk, 2000).

B. PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK 1. KEPALA

- a. Bentuk kepala ; makrosefali atau mikrosefali
- b. Tulang tengkorak :
 - 1) Anencefali : tidak ada tulang tengkorak 2)Encefalokel : tidak menutupnya fontanel occipital c. Fontanel anterior menutup : 18 bulan
- d. Fontanel posterior : menutup 2 – 6 bulan
- e. Caput succedaneum : berisi serosa, muncul 24 jam pertama dan hilang dalam 2 hari.
- f. Cephal hematoma : berisi darah, muncul 24 – 48 jam dan hilang 2 – 3 minggu.
- g. Distribusi rambut dan warna.
- h. Jika rambut berwarna / kuning dan gampang tercabut merupakan indikasi adanya gangguan nutrisi.
- i. Ukuran lingkar kepala 33 – 34 atau < 49 dan diukur dari bagian frontal ke bagian occipital.

2. MUKA

- a. Simetris kiri kanan
- b. Tes nervus 7 (facialis)
 - 1) Sensoris : Menyentuh air dingin atau air hangat daerah maksilla, mandibula dan menyebutkan apa yang dirasakan.
 - 2) Motorik : pasien diminta mengerutkan dahi, kemudian menutup mata kuat-kuat sementara jari-jari pemeriksa menahan kedua kelopak mata agar tetap terbuka.
- c. Tes nervus 5 (trigeminus)
 - 1) Sensorik : menyentuh kapas pada daerah wajah dan apakah ia merasakan sentuh tersebut

- 2) Motorik : menganjurkan klien untuk mengunyah dan memeriksa meraba otot masenter dan mandibula.
- d. Amati bentuk dan roman muka
- e. Amati ekspresi muka, khususnya sekitar mata dan mulut
- f. Amati kesimetrisan lipatan-lipatan nasolabial ketika anak menangis dan tertawa
- g. Amati ukuran dan bentuk hidung
- h. Amati nares eksternal terhadap pelebaran pengelupasan dan bau
- i. Uji kepatenan nares dengan meletakkan diafragma statetoskop di bawah salah satu lubang hidung sementara salah satu lubang yang lain ditutup.
- j. Lakukan palpasi pada alis mata dan setiap sisi hidung

Temuan Klinik

Roman muka kasar, batas tumbuh rambut rendah	Kretinisme
Dahi yang besar	Hidrocephallus
Ketidaksimetrisan lipatan nasolabial	Bell's palsy
Pelebaran nares eksternal	Distress pernapasan
Nyeri tekan daerah alis, dan sisi hidugn	Sinusitis

Rongga Mulut

BIBIR: Warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, fisura

Temuan

Kebiruan	Sianosis
Pucat	Anemia
Merah cerry	Asidosis
Pecah-pecah	Iklm, tergigit, pernapasan mulut, demam
Fisura pada sudut mulut	Defisiensi riboflavin, niacin
Jatuh pada salah satu sisi	Kerusakan nervus

Periksa batas tepi bukal, gusi, lidah dan palatum terhadap kelembaban, keutuhan, dan perdarahan

Temuan

Lesi ulserasi warna putih	Sariawan, trauma ringan, infeksi virus atau iritasi local
Area keabu-abuan kecil dikelilingi garis merah pada bagian pipi dalam berhadapan	Awal penyakit campak
dengan molar keduanya bintik koplik	
Bercak seperti dadih putih pada tepi gusi	Sariawan, oleh karena proses pengobatan dengan antibiotic
Pembengkakan gusi	Terapi anticonvulsant
Lidah berwarna merah	Defisiensi vitamin
Lidah berwarna abu-abu dan beralur	Normal, alergi, demam

GIGI

- Jumlah, jenis, keadaan, dan oklusi (gigi bertemu)
- Untuk memperkirakan jumlah gigi yang harus ada pada anak berumur 2 tahun atau lebih muda, kurangi umur anak dengan 6 bulan.

Tanyakan pada anak diatas 5 tahun atau lebih apakah giginya tanggal.

Temuan

Anak umur 30 bulan	20 gigi susu
Anak dengan gigi permanent lengkap	32 gigi
Bintik-bintik coklat/ hitam	Karies
Tonsil kemerahan ditutupi eksudat	Infeksi
Eksudat kental, berwarna abu-abu	Difteri
Visualisasi adenoid	Pembesaran tonsil
Deviasi uvula / tidak adanya gerakan	Kerusakan nervus glassofaringeus

3. MATA

- a. Simetris kanan kiri
- b. Alis tumbuh umur 2-3 bulan
- c. Kelopak mata :
 - 1) Oedema
 - 2) Ptosis : celah kelopak mata menyempit karena kelopak mata atas turun.
 - 3) Enof : kelopak mata menyempit karena kelopak mata atas dan bawah tertarik ke belakang.
 - 4) Exoptalmus : pelebaran celah kelopak mata, karena kelopak mata atas dan bawah tertarik ke belakang.
- d. Pemeriksaan nervus II (optikus), test konfrontasi dan ketajaman penglihatan.
- e. Sebagai objek mempergunakan jari
- f. Pemeriksa dan pasaien duduk berhadapan, mata yang akan diperiksa berhadapan dengan mata pemeriksa, yang biasanya berlawanan, mata kiri dengan mata kanan, pada garis ketinggian yang sama.
- g. Jarak antara keduanya berkisar 60 - 100 cm.

Mata yang lain ditutup, obyek mulai digerakkan oleh pemeriksa mulai dari samping telinga, apabila obyek sudah tidak terlihat oleh pemeriksa maka secara normal obyek tersebut dapat dilihat oleh pasien.
- h. Anak dapat disuruh membaca atau diberikan Snellen Chart.
- i. Pemeriksaan nervus III (Oculomotoris refleks cahaya)
 - 1) Pen light dinyalakan mulai dari samping) atau, kemudian cahaya diarahkan pada salah satu pupil yang akan diperiksa, maka akan ada rekasi miosis. 2) Apakah pupil isokor kiri atau kanan.
- j. Pemeriksaan Nervus IV (Troclearis) pergerakan bola mata

Menganjurkan klien untuk melihat ke atas dan ke bawah.
- k. Pemeriksaan nervus VI (Abdusen)

Menganjurkan klien untuk melihat ke kanan dan kekiri.

1. Pemeriksaan nervus V(Trigeminus) Refleks kornea
 - 1) Tutup mata yang satu dengan penutup
 - 2) Minta klien untuk melirik kearah laterosuperior (mata yang tidak diperiksa)
 - 3) Sentuhkan pilinan kapas pada kornea, respon refleks berupa kedipan kedua mata secara cepat.
 - 4) Glaberal refleks: mengetuk dahi diantara kedua mata, hasil positif bila tiap ketukan mengakibatkan kedua mata klien berkedip.
 - 5) Doll eye refleks : bayi dipalingkan dan mata akan ikut ,tapi hanya berfokus pada satu titik.
- m. Periksa pelupuk mata bagian bawah, dan minta klien melihat ke atas
- n. Periksa warna konjungtiva
- o. Periksa warna sclera
- p. Periksa warna, bentuk, dan ukuran iris
- q. Periksa ukuran kesamaan, dan respon pupil terhadap cahaya

Temuan

Konjungtiva berwarna merah	Infeksi
Konjungtiva bengkak	Reaksi alergi
Konjungtiva pucat	Anemia (anemis)
Sklera normal putih	
Sklera kuning	Ikterik (hpetitis, hiperbilirubinemia)
Sclera kebiru – biruan	Osteogenesis imperfekta, glaucoma.

4. HIDUNG

- a. Posisi hidung apakah simetris kiri kanan
- b. Jembatan hidung apakah ada atau tidak ada, jika tidak ada diduga down syndrome.
- c. Cuping hidung masih keras pada umur < 40 hari

- d. Pasase udara : gunakan kapas dan letakkan di depan hidung, dan apabila bulu kapas bergerak, berarti bayi bernafas.
- e. Gunakan speculum hidung untuk melihat pembuluh darah mukosa, secret, polip, atau deviasi septum



- f. Pemeriksaan nervus I (Olfaktorik)
- g. Tutup salah satu lubang hidung klien ,berikan bau bauan, lalu klien diminta untuk menyebutkan bau apa. Tiap hidung diuji secara terpisah.

5. MULUT

- a. Bibir kering atau pecah – pecah
- b. Periksa labio schizis
- c. Periksa gigi dan gusi apakah ada perdarahan atau pembengkakan.
- d. Tekan pangkal lidah dengan menggunakan spatel, hasil positif bila ada refleks muntah (Gags refleks)
- e. Perhatikan uvula apakah simetris kiri dan kanan



f. Pemeriksaan nervus X (VAGUS)

Tekan lidah dengan menggunakan spatel, dan anjurkan klien untuk mengatakan “ AH “ dan perhatikan uvula apakah terangkat.

g. Pemeriksaan nervus VII (facialis) sensoris

Tetesi bagian 2/3 anterior lidah dengan rasa asin, manis dan pahit, kemudian menentukan zat apa yang dirasakan dan 1/3 bagian belakang lidah untuk pemeriksaan Nervus IX.

h. Pemeriksaan Nervus XI Hipoglossus

Menyuruh pasien untuk menjulurkan lidah lurus lurus kemudian menarik dengan cepat dan disuruh menggerakkan lidah ke kiri dan kekanan dan sementara itu pemeriksa melakukan palpasi pada kedua pipi untuk merasakan kekuatan lidah.

6. TELINGA

a. Simetris kiri dan kanan

b. Daun telinga dilipat, dan lama baru kembali ke posisi semula menunjukkan tulang rawan masih lunak.

c. Canalis auditorius ditarik ke bawah kemudian ke belakang, untuk melihat apakah ada serumen atau cairan.

d. Pemeriksaan tes nervus VIII (Acustikus): 1) menggesekkan rambut, atau tes bisik.

2) Mendengarkan garpu tala (Tes Rinne, Weber)

3) Starter refleks : tepuk tangan dekat telinga, mata akan berkedip.

7. LEHER

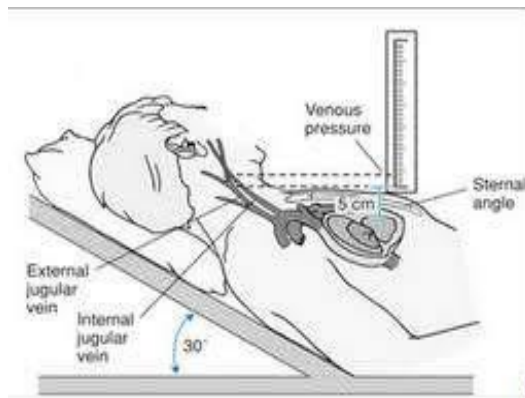
a. Lipatan leher 2-3 kali lipat lebih pendek dari orang dewasa.

b. Periksa arteri karotis

c. Vena Jugularis

1) posisi pasien semifowler 45 dan dimiringkan, tekan daerah nodus kromoid maka akan tampak adanya vena.

- 2) Taruh mistar pada awal dan akhir pembesaran vena tersebut kemudian tarik garis imajiner untuk menentukan panjangnya.



- d. Raba tiroid : daerah tiroid ditekan, dan pasien disuruh untuk menelan, apakah ada pembesaran atau tidak.
- e. Pemeriksaan nervus XII (Asesoris)
Menganjurkan klien memalingkan kepala, lalu disuruh untuk menghadap kedepan, pemeriksa memberi tekanan terhadap kepala. Sambil meraba otot sternokleidomastoideus.

8. DADA

- a. Bentuk dada apakah simetris kiri dan kanan
- b. Bentuk dada barrel anterior – posterior dan transversal hampir sama 1:1 dan dewasa 1: 2
- c. Suara tracheal : pada daerah trachea, intensitas tinggi, ICS 2
- d. Suara bronchial : pada percabangan bronchus, pada saat udara masuk, intensitas keras pada ICS 4-5
- e. Suara broncho vesikuler : pada bronchus sebelum alveolus, intensitas sedang ICS 5.
- f. Suara vesikuler : pada seluruh bagian lateral paru, intensitas rendah
- g. Wheezing terdengar pada saat inspirasi dan rales pada saat ekspirasi
- h. Perkusi pada daerah paru suara yang ditimbulkan adalah sonokor
- i. Apex jantung pada mid klavikula kiri intercostal 5

- j. Batas jantung pada sternal kanan ICS 2 (bunyi katup aorta),sternal kiri ICS 2 (bunyi katup pulmonal), sternal kiri ICS 3-4 (bunyi katup tricuspid), sternal kiri mid klavikula ICS 5 (bunyi katup mitral).
- k. Perkusi pada daerah jantung adalah pekak.

9. ABDOMEN

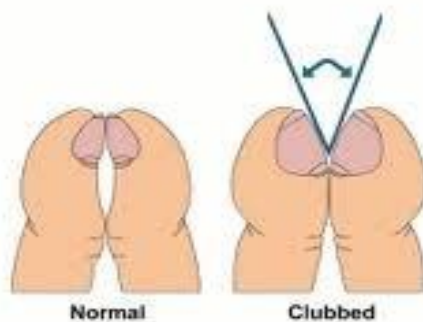
- a. Observasi adanya pembengkakan atau perdarahan.
- b. Observasi distensi abdomen.
- c. Terdengar suara peristaltic usus.
- d. Palpasi pada daerah hati, teraba 1 – 2 cm dibawah costa, panjangnya pada garis media clavikula 6 – 12 cm.
- e. Palpasi pada daerah limpa pada kuadran kiri atas Perkusi pada daerah hati suara yang ditimbulkan adakah pekak. Perkusi pada daerah lambung suara yang ditimbulkan adalah timpani

10. PUNGGUNG

- a. Periksa apakah ada skoliosis, lordosis, kifosis

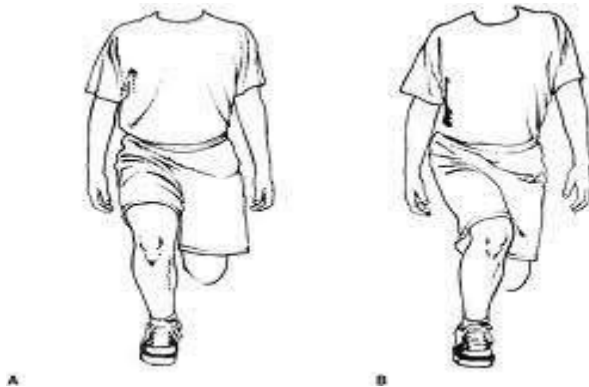
11. TANGAN

- a. Jumlah jari – jari polidaktil (> dari 5), sindaktil (jari – jari bersatu)
- b. Pada anak kuku dikebawakan, dan tidak patah, kalau patah diduga kelainan nutrisi.
- c. Ujung jari halus
- d. Kuku klubbing finger < 180 ,bila lebih 180 diduga kelainan system pernafasan

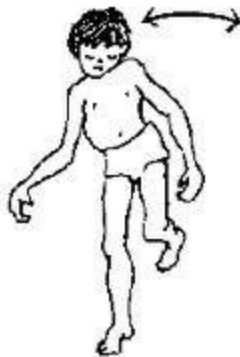


12. PELVIS

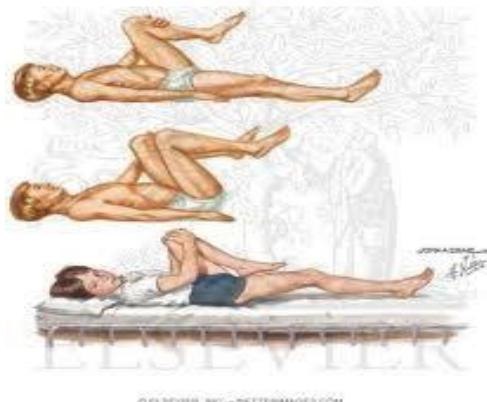
- a. Tredelenburg test : berdiri angkat satu kaki, lihat posisi pelvis apakah simetris kiri dan kanan.



- b. Waddling gait : jalan seperti bebek.



- c. Thomas test : lutut kanan ditekuk dan dirapatkan ke dada, sakit dan lutut kiri akan terangkat



13. LUTUT

- a. Ballotemen patella : tekan mendorong kuat akan menimbulkan bunyi klik jika ada cairan diantaranya
- b. Mengurut kantong supra patella kebawah akan timbul tonjolan pada kedua sisi tibia jika ada cairan diduga ada atritis.
- c. Reflek patella, dan hamstring.



14. KULIT

Inspeksi warna dan pigmentasi

Coklat	Menunjukkan penyakit Addison
Biru kemerahan	Polisitemia
Merah	Terpapar dingin, hipertermia, alcohol, inflamasi
Biru	Sianosis perifer / sentral (bibir, mulut, ujung jari / kuku, badan secara keseluruhan)
Kuning	Ikterus (hiperbilirubinemia) Hepatitis, obstruksi saluran empedu.
Area kulit terbuka yang berwarna kuning	Penyakit ginjal kronik

Kekurangan warna, kulit, rambut, mata	Albinisme
Pucat	Sinkop, demam, syok, anemia,

Palpasi

- hipertemi / hipotermi

Palpasi dan inspeksi untuk

menentukan lesi - lesi primer (muncul

dari kulit normal)

macula (<1cm & rata), papula (<1cm, padat & menonjol), nodul (1-2 cm, masam padat & lebih dalam dari nodul), tumor, wheal (bentol), vasikel (< 1cm, berisi cairan), bula (lebih besar dari vesikel), pustule (vesikel yg berisi cairan eksudat)

- Lesi Sekunder (perubahan dari primer)

Sisik, Krusta (residu serum, darah, eksudat yg mengering), Erosi (lesi basah), Ulkus, fisura (retakan contoh pada kaki), Striae, petekia, ekimosis,

**E. CHECK LIST PENILAIAN
(TOOLS)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	Skore		
			0	1	2
A.	FASE ORIENTASI				
1	Mengucapkan salam	1			
2	Memperkenalkan diri	1			
3	Menjelaskan tujuan	1			
4	Menjelaskan prosedur	1			
5	Mananyakan kesiapan pasien dan keluarga	1			
B.	FASE KERJA				
1	Mencuci tangan	1			
2	Mengajak pasien dan keluarga membaca Basmalah/berdo'a	1			
3	Menutup sampiran/ jendela	1			
4	Memakai sarung tangan (Tergantung situasi/kasus)	1			
5	Melakukan pemeriksaan KEPALA	2			
6	Melakukan pemeriksaan MUKA	2			
7	Melakukan pemeriksaan MATA	2			
8	Melakukan pemeriksaan HIDUNG	2			
9	Melakukan pemeriksaan MULUT	2			
10	Melakukan pemeriksaan TELINGA	2			
11	Melakukan pemeriksaan LEHER	2			
12	Melakukan pemeriksaan DADA	2			
13	Melakukan pemeriksaan ABDOMEN	2			
14	Melakukan pemeriksaan PUNGGUNG	2			
15	Melakukan pemeriksaan TANGAN	2			
16	Melakukan pemeriksaan PELVIS	2			
17	Melakukan pemeriksaan LUTUT	2			
18	Melakukan pemeriksaan KAKI	2			
19	Merapikan kembali alat-alat	1			
20	Melepaskan sarung tangan	1			
21	Merapikan pasien	1			
22	Mencuci tangan	1			
C.	FASE TERMINASI				
1	Melakukan evaluasi	1			

2	Mengajak pasien dan keluarga membaca hamdalah/berdo'a	1			
3	Menyampaikan rencana tindak lanjut	1			
4	Berpamitan dan berterimakasih atas kerjasamanya serta menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5	Dokumentasi	1			
D.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN				
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	1			
2	Melakukan komunikasi terapeutik	1			
3	Menjaga keamanan pasien	1			
4	Menjaga keamanan perawat	1			
	TOTAL SKORE				

2. PERAWATAN STOMA

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur merawat kolostomi anak dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur melakukan perawatan kolostomi
2. Mahasiswa mampu menyebutkan prinsip prosedur (steril/bersih)
3. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
4. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
5. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan kolostomi dengan benar

Stoma adalah sebuah lubang yang dibuat di abdomen dan usus dilekatkan pada kulit. Hal ini memungkinkan terjadinya pengosongan usus melalui lubang tersebut, bukan melalui rektum. Karena itulah area tersebut harus dijaga agar tetap bersih untuk mencegah terjadinya iritasi kulit. Perawatan stoma adalah membersihkan stoma, kulit sekitar stoma dan mengganti kantong kolostomi secara berkala sesuai kebutuhan. Perawatan stoma yang rutin akan dilakukan oleh pasien ataupun care giver baik di rumah sakit ataupun di rumah ialah mengganti kantong kolostomi dan membersihkan stoma. Kantong kolostomi adalah wadah untuk menampung feses yang keluar dari stoma. Kantong kolostomi dibuat dari material *disposable* atau digunakan hanya sekali, lalu dibuang. Jenis kantong kolostomi saat ini cukup beragam. Kantong kolostomi yang biasa digunakan ialah kantong kolostomi *one-piece* tertutup yang jika terisi harus segera dibuang dan diganti. Kantong kolostomi *one-piece drainable* memungkinkan pasien untuk membuang feses yang ada dalam kantong dengan membuka lubang yang ada di bawah kantong.

Ada beberapa tujuan perawatan stoma (Menurut Suratun & Lusianah, 2010) antara lain : (a) Menjaga kebersihan klien, (b) Mencegah terjadinya infeksi, (c) Mencegah iritasi kulit disekitar stoma, (d) Mempertahankan kenyamanan klien dan lingkungannya. Perawatan kolostomi yang pertama ialah cara mengganti kantong kolostomi dan membersihkan area stoma. Kantong kolostomi sebaiknya dikosongkan atau diganti ketika kantong sudah terisi

1/3 bagian agar pasien tetap nyaman dengan kantong kolostominya. Kantong kolostomi yang dapat dikosongkan, dibersihkan dan digunakan kembali adalah jenis kantong kolostomi two-piece system atau kantong yang memiliki lubang drainase di bawahnya. (Truven Health Analytics Inc, 2012) memaparkan kantong kolostomi harus dikosongkan jika sudah 1/3 atau 1/2 penuh. Kantong kolostomi yang penuh akan menjadi berat dan dapat merusak perlengketan kantong kolostomi dengan kulit abdomen, selain itu kantong akan beresiko untuk robek atau rusak karena beban dalam kantong meningkat. Kantong kolostomi yang penuh juga akan membuat benjolan di balik pakaian dan dapat mengganggu penampilan.

Kulit di sekitar stoma harus dijaga agar tetap kering. Perawatan kolostomi erat kaitannya dengan perawatan kulit. Perawatan kulit di sekitar stoma dilakukan bersamaan dengan penggantian kantong kolostomi. Beberapa orang menggunakan air hangat saat melepaskan kantong stoma dari kulit abdomen, agar lebih mudah dan nyaman pada kulit. Terkadang kulit akan terlihat kemerahan atau lebih gelap segera setelah perekat kantong kolostomi dilepaskan, namun akan segera normal beberapa menit beberapa menit. Hal ini dimungkinkan karena terjadi penekanan pada area kulit selama kantong terpasang, atau kantong kolostomi dilepaskan secara cepat dari kulit abdomen. Apabila terdapat iritasi, oleskan barrier yang dapat dibuat dengan mencampurkan salep zink oksida dan bedak baraya.

Stoma yang terinfeksi atau mengalami komplikasi dapat ditandai dengan perubahan pada bentuk, warna, bau, dan ukuran lubang. Dapat juga disertai rasa mual atau muntah yang berkepanjangan, demam, dan perdarahan pada lubang.

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Celemek dan masker b. Stoma bag/kantong c. Pasta stoma d. Air untuk membilas atau NaCl 0,9% e. Pulpen/spidol f. Kapas/tisu g. Bengkok h. Pengalas i. Gunting j. <i>Medical adhesive remover</i> (bila perlu) k. <i>Barrier skin spray</i> (bila perlu)			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Tutup gorden			
4	Atur posisi supinasi			
5	Pasang pengalas			
6	Dekatkan bengkok			
7	Pasang sarung tangan			
8	Lepaskan stoma bag yang lama			
9	Bersihkan lender yang keluar dari stoma menggunakan kapas yang sudah dibasahi air dan tutup stoma menggunakan kapas/tisu			
10	Bersihkan kulit di sekitar stoma, jangan terlalu kuat mengusapnya agar tidak luka			

11	Perhatikan ada/tidaknya iritasi dan kemerahan di kulit sekitar stoma			
12	Jika terdapat iritasi, semprotkan <i>barrier spray</i> kulit di pingir stoma dan tunggu sampai kering			
13	Ukur stoma bag yang baru			
14	Oleskan pasta stoma di sekeliling stoma atau pada bulatan kantung stoma			
15	Pasang stoma bag dengan menekan dari bagian luar			
16	Tutup ujung kantung dengan klem/pengikat dari karet			
17	Cuci tangan			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Evaluasi respon pasien terhadap prosedur			
3	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
4	Dokumentasi prosedur dan hasil observasi			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Dokumentasi

Sebutkan tujuan dari prosedur perawatan stoma?

Apa yang perlu di evaluasi saat melakukan perawatan stoma?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur ?

Evaluasi Kinerja <i>Skill Laboratorium</i>

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

3. PEMBERIAN TERAPI NEBULIZER

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemberian terapi nebulizer dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur pemberian terapi nebulizer
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemberian terapi nebulizer dengan benar

Ketidakmampuan mengeluarkan sekret merupakan kendala yang sering dijumpai pada anak usia bayi sampai anak usia pra sekolah. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut reflek batuk masih sangat lemah. Tatalaksana pasien anak di rumah sakit secara farmakologi biasanya menggunakan terapi inhalasi yang memberikan obat secara langsung pada saluran napas melalui hirupan uap untuk mengurangi gejala sesak napas pada jalan napas akibat sekret yang berlebihan. Terapi inhalasi adalah pemberian obat yang dilakukan secara hirupan/inhalasi dalam bentuk aerosol ke dalam saluran napas. Terapi inhalasi masih menjadi pilihan utama pemberian obat yang bekerja langsung pada saluran napas terutama pada kasus asma, bronkopneumonia. Pemberian terapi inhalasi bertujuan mengeluarkan sekret yang tertahan di jalan napas, melonggarkan jalan napas. Obat-obatan yang umumnya diresepkan adalah bisolvon, combivent, atau Ventolin.

Kontraindikasi pemberian terapi inhalasi adalah: Hipertensi, takikardia, riwayat alergi, trakeostomi, fraktur di daerah hidung, maxilla, palatum oris, dan kontraindikasi dari obat yang digunakan untuk nebulisasi. Komplikasi pemberian terapi inhalasi nebulizer yaitu: Henti napas, spasme bronkus atau iritasi saluran napas akibat efek obat yang digunakan seperti salbutamol dosis tinggi akan menyebabkan gangguan pada sistem sekunder penyerapan obat, hipokalemi dan disritmia dapat ditemukan pada pasien dengan kelebihan dosis.

Terdapat 3 model nebulizer, yaitu:

No	Deskripsi model nebulizer	Gambar model nebulizer
1	Nebulizer jet-aerosol dengan penekan udara (<i>compressor nebulizer</i>) memberikan tekanan udara dari pipa ke cup yang berisi obat cair untuk memecah cairan ke dalam bentuk partikel-partikel uap kecil yang dapat dihirup ke dalam saluran napas	
2	Nebulizer ultrasonik (ultrasonic nebulizer) = menggunakan gelombang ultrasonik (vibrator dengan frekuensi tinggi) untuk secara perlahan merubah obat dari bentuk cair ke bentuk aerosol basah	
3	Nebulizer mini portable (portable nebulizer) = bentuknya kecil, dapat dioperasikan dengan menggunakan baterai dan tidak berisik sehingga nyaman digunakan	

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: 1. Tabung oksigen lengkap dengan flowmeter, humidifier atau set nebulizer 2. Masker nebulizer 3. Obat-obatan: ventolin/bisolvon/combivent 4. NaCl 0,9% 5. S spuit 3/5 cc			
	6. Tisu 7. Pengalas 8. Bengkok			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Periksa frekuensi nafas, bunyi paru dan pola nafas			
4	Berikan posisi semi fowler			
5	dekatkan peralatan set nebulizer ke pasien dan hubungkan dengan listrik			
6	Beri pengalas diatas dada pasien			
7	Pasang sarung tangan			
8	isi nebulizer dengan NaCl 0,9% dan obat-obatan bronkodilator sesuai order menggunakan spuit			
9	Pasang masker di wajah pasien			
10	Hidupkan set nebulizer dan alirkan oksigen sesuai indikasi medis/ hubungkan masker dengan tabung oksigen dan alirkan oksigen			
11	Anjurkan pasien untuk menghirup uap yang keluar secara perlahan-lahan dan dalam hingga obat habis (10-15 menit)			

12	Matikan alat set nebulizer			
13	Bersihkan mulut, hidung menggunakan tisu			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Evaluasi respon pasien terhadap prosedur, periksan kembali frekuensi napas, bunyi paru dan pola pernafasan			
3	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
4	Dokumentasi prosedur dan hasil observasi/pemeriksaan			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan) **Dokumentasi**

Sebutkan tujuan dari prosedur pemberian terapi nebulizer?

Apa yang perlu di evaluasi saat melakukan pemberian terapi nebulizer?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur ?

Evaluasi Kinerja <i>Skill Laboratorium</i>

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

4. PERAWATAN METODE KANGURU

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan metode kanguru dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur perawatan metode kanguru
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan metode kanguru dengan benar

American Academy of Pediatrics (AAP) merekomendasikan agar setiap bayi diberikan air susu ibu (ASI), terutama ASI ibunya atau ibu donor, termasuk bayi prematur dan bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR). Data *World Health Organization* (WHO) memperlihatkan sekitar 20 juta bayi berat lahir rendah (BBLR) lahir setiap tahunnya yang dapat disebabkan oleh kelahiran sebelum waktunya (prematur) maupun perkembangan janin terhambat saat dalam kandungan. Bayi dengan berat lahir rendah merupakan penyumbang tertinggi angka kematian neonatal (AKN). Dari sekitar 4 juta kematian neonatal, prematur dan BBLR menyumbang lebih dari seperlima kasus, dan Indonesia terdaftar sebagai negara di urutan ke-8 berdasarkan jumlah kematian neonatal per tahun menurut data WHO. Prevalensi BBLR di Indonesia berkisar antara 2 hingga 17,2% dan menyumbang 29,2% AKN.

Kangaroo Mother Care (KMC) atau Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan perawatan untuk bayi berat lahir rendah atau lahiran prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu atau *skin-to-skin contact*, dimana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayi. Metode perawatan ini juga terbukti mempermudah pemberian ASI sehingga meningkatkan lama dan pemberian ASI.

Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan alternatif pengganti inkubator 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. Penelitian memperlihatkan PMK bermanfaat dalam menurunkan secara bermakna jumlah neonatus atau bayi baru lahir yang meninggal, menghindari bayi berat lahir rendah dari kedinginan (hipotermia), menstabilkan bayi, mengurangi terjadinya infeksi, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi, meningkatkan pemberian ASI, dan meningkatkan ikatan (bonding) antara ibu dan bayi.

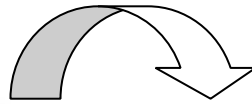
PMK terdiri dari 4 komponen, yaitu: *kangaroo position*, *kangaroo nutrition*, *kangaroo support and kangaroo discharge*. Posisi kanguru adalah menempatkan bayi pada posisi tegakdi dada ibunya, di antara kedua payudara ibu, tanpa busana. Bayi dibiarkan telanjang hanya mengenakan popok, kaus kaki dan topi sehingga terjadi kontak kulit bayi dan kulit ibu seluas mungkin. 1) *Kangaroo position* diamankan dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri, dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Ujung pengikat tepat berada di bawah kuping bayi. Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran napas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. 2) *Kangaroo nutrition* merupakan salah satu manfaat PMK, yaitu meningkatkan pemberian ASI secara langsung maupun dengan pemberian ASI perah. 3) *Kangaroo support* merupakan bentuk bantuan secara fisik maupun emosi, baik dari tenaga kesehatan maupun keluarganya, agar ibu dapat melakukan PMK untuk bayinya. Sedangkan 4) *Kangaroo discharge* adalah membiasakan ibu melakukan PMK sehingga pada saat ibu pulang dengan bayi, ibu tetap dapat melakukan PMK bahkan melanjutkannya di rumah. Metode ini merupakan salah satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah dan dapat digunakan apabila fasilitas untuk perawatan BBLR sangat terbatas.

Perawatan Metode Kanguru dapat dilakukan dengan dua cara:

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 terusmenerus 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.



Posisi bayi di dada ibu



Ibu memakai kemeja

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Termometer b. Alkohol swab c. Stetoskop d. Jam e. Kain panjang (1-2 meter) f. Kemeja atau baju khusus untuk PMK g. Topi bayi			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Siapkan ibu: a. Anjurkan ibu mencuci tangan b. Buka pakaian atas ibu c. Buat lilitan kain menggunakan kain Panjang			
3	Ukur suhu tubuh, denyut nadi dan frekuensi nafas bayi			
4	Posisikan bayi di dada ibu (masukkan kedalam lilitan kain di dada ibu seperti kantung kanguru) dengan posisi katak, kepala bayi menghadap salah satu sisi			
5	Ikatkan bagian bawah kain untuk mencegah jatuhnya bayi			
6	Pakaikan baju khusus PMK atau kemeja, pakaikan topi di kepala bayi			
7	Lakukan PMK dengan durasi 120 menit			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Evaluasi respon ibu dan bayi terhadap prosedur. Periksa kembali suhu tubuh, denyut nadi dan frekuensi nafas bayi			

3	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
4	Dokumentasi prosedur dan hasil observasi/pemeriksaan			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Dokumentasi

Sebutkan kondisi bayi yang memerlukan perawatan metode kanguru?

Apa yang perlu di evaluasi saat melakukan perawatan metode kanguru?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Sebutkan jenis-jenis perawatan perawatan metode kanguru?

Evaluasi Kinerja <i>Skill Laboratorium</i>

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

5. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN MENGGUNAKAN KPSP

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemeriksaan perkembangan anak menggunakan instrumen KPSP dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur pemeriksaan perkembangan anak menggunakan instrumen KPSP
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemeriksaan perkembangan anak menggunakan instrumen KPSP dengan benar

Terdapa 4 aspek yang diperiksa pada perkembangan anak, yaitu motoric kasar, motoric halus, bicara/bahasa, sosialisasi dan kemandirian. Pemeriksaan perkembangan pada anak sangat penting dilakukan. Instrumen yang dapat digunakan untuk memeriksa perkembangan bayi yaitu instrument kuesioner pra skrining perkembangan (KPSP) dan Denver tes. Tujuan pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan.

Jadwal skrining / pemeriksaan KPSP adalah pada umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30,36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan. Jika anak belum mencapai umur skrining tersebut, minta ibu dating kembali pada umur skrining yang terdekat untuk pemeriksaan rutin. Misalnya bayi umur 7 bulan, diminta datang kembali untuk skrining pada umur 9 bulan. 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.

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

No	Kegiatan	Penilaian		Keterangan
		D	TD	
FASE PRAINTERAKSI				
1	Pelajari tentang anak			
2	Siapkan Alat: ✦ Kuesioner sesuai usia: 3,6,9,12,15,18,21,24,30,36,42,48,54,60,66,72 bulan ✦ Bola karet atau plastik seukuran bola tenis ✦ Boneka ✦ Kubus sisi 2,5 cm sebanyak 6 buah ✦ Benang wol merah ✦ kertas, krayon ✦ Benda-benda kecil seperti kismis/potongan biskuit kecil berukuran 0,5-1 cm ✦ kerincingan,lonceng.			
FASE ORIENTASI				
1	Sapalah anak, ibu/keluarga dengan ramah dan perkenalkan diri.			
2	Jelaskan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan			
3	Beri lingkungan yang nyaman			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Hitung umur anak (tanggal, bulan tanhun) Bila umur anak lebih 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan. Contoh: bayi umur 3 bulan 16 hari, dibulatkan menjadi 4 bulan. Bila umur bayi 3 bukan 15 hari dibulatkan menjadi 3 bulan.			
3	Buka kuesioner KPSP sesuai dengan umur anak			
4	Pilih alat bantu pemeriksa yang sesuai			
5	Tanyakan secara berutan pertanyaan satu persatu pada ibu atau pengantar yang mengetahui perkembangan anak sehari hari dan test kemampuan anak sesuai format pernyataan KPSP Setiap pertanyaan hanya ada satu jawaban, YA (bila pernah, kadang, sering melakukan.TIDAK (belum pernah, bisa melakukan), catat jawaban tersebut pada formulir.			

6	Ukur antropometri anak: berat badan, Panjang badan/tinggi badan dan lingkaran kepala			
7	Hitung jumlah YA pada formulir KPSP Skor 9-10 : Sesuai Skor 7-8 : Meragukan Skor 6 atau kurang dari 6 : Kemungkinan mengalami penyimpangan			
8	Informasikan rencana tindak lanjut <i>Untuk Anak dengan Perkembangan SESUAI (S)</i> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Beri pujian kepada orangtua/pengasuh karena sudah mengasuh anak dengan baik. ✦ Motivasi pola asuh anak selanjutnya terus lakukan sesuai dengan bagan stimulasi sesuaikan dengan umur dan kesiapan anak. ✦ Keterlibatan orang tua sangat baik dalam tiap kesempatan stimulasi. Tidak usah mengambil momen khusus. ✦ Laksanakan stimulasi sebagai kegiatan sehari-hari yang terarah. ✦ Ikutkan anak setiap ada kegiatan Posyandu. <i>Untuk Anak dengan Perkembangan MERAGUKAN (M)</i> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Konsultasikan nomor jawaban tidak, mintalah jenis stimulasi apa yang diberikan lebih sering. ✦ Lakukan stimulasi intensif selama 2 minggu untuk mengejar ketertinggalan anak. ✦ Bila anak sakit lakukan pemeriksaan kesehatan pada dokter/dokter anak. Tanyakan adakah penyakit pada anak tersebut yang menghambat perkembangannya. ✦ Lakukan KPSP ulang setelah 2 minggu menggunakan daftar KPSP yang pertama sudah bisa semua dilakukan. Lakukan lagi untuk KPSP yang sesuai umur anak. ✦ Lakukan skrining rutin, pastikan anak tidak mengalami ketertinggalan lagi. ✦ Bila setelah 2 minggu intensif stimulasi, jawaban masih (M) = 7=8 jawaban YA. Konsultasikan dengan dokter spesialis anak atau ke rumah sakit dengan fasilitas klinik tumbuh kembang. <i>Untuk Anak dengan Penyimpangan Perkembangan (P)</i> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Segera rujuk ke rumah sakit ✦ Tuklsl jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (misal Gerak kasar, halus, bicara & bahasa, sosial dan kemandirian) 			
FASE TERMINASI				
1	Evaluasi perasaan dan respon orangtua, anak			
2	Bereskan alat			

3	Cuci tangan			
4	Dokumentasikan pemeriksaan			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan) **Dokumentasi**

Jelaskan aspek perkembangan yang harus dicapai pada bayi usia 6 bulan?

Jelaskan aspek perkembangan yang harus dicapai pada bayi usia 12 bulan?

Jelaskan aspek perkembangan yang harus dicapai pada bayi usia 18 bulan?

Jelaskan aspek perkembangan yang harus dicapai pada bayi usia 24 bulan?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Evaluasi Kinerja <i>Skill Laboratorium</i>

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

6. PERAWATAN LUKA HIDROCEPHALUS

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan luka hidrocephalus dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur perawatan luka hidrocephalus
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan perawatan luka hidrocephalus dengan benar

Penanganan hidrosefalus masuk pada katagori "*live saving and live sustaining*" yang berarti penyakit ini memerlukan diagnosis dini yang dilanjutkan dengan tindakan bedah secepatnya. Keterlambatan akan menyebabkan kecacatan dan kematian sehingga prinsip pengobatan hidrosefalus harus dipenuhi yakni: mengurangi produksi cairan serebrospinal dengan merusak pleksus koroidalis dengan tindakan reseksi atau pembedahan, atau dengan obat azetasolamid (diamox) yang menghambat pembentukan cairan serebrospinal, memperbaiki hubungan antara tempat produksi cair serebrospinal dengan tempat absorpsi, yaitu menghubungkan ventrikel dengan subarachnoid, dan pengeluaran cairan serebrospinal ke dalam organ ekstrakranial, yakni: drainase ventrikule-peritoneal, drainase lombo-peritoneal, drainase ventrikulo-pleural, drainase ventrikule-uretrostomi, dan drainase ke dalam anterium mastoid.

Cairan serebrospinal dialirkan ke dalam vena jugularis dan jantung melalui kateter yang berventil (Holter Valve/katup Holter) yang memungkinkan pengaliran cairan serebrospinal ke satu arah. Cara ini merupakan cara yang dianggap terbaik namun, kateter harus diganti sesuai dengan pertumbuhan anak dan harus diwaspadai terjadinya infeksi sekunder dan sepsis. Perawatan luka hidrossephalus sebaiknya dilakukan minimal 1x sehari.

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Set steril berisi: 1 pinset anatomis, 1 pinset chirurgis, klem arteri, gunting jaringan, 2 kom kecil, bengkok b. Sarung tangan steril c. Sarung tangan bersih d. 1 pinset anatomis dan chirurgis e. Bengkok f. Plester g. Gunting verband h. Pengalas i. NaCl 0,9% j. Desinfektan/bethadin (bila perlu) k. Obat : supratule			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Tutup gorden			
4	Atur posisi anak miring (posisi luka diatas)			
5	Pasang pengalas dibawah area luka			
6	Pasang sarung tangan bersih			
7	Buka balutan luka			
8	Buka set steril			
9	Taruh cairan NaCl 0,9% kedalam kom, gunting supratul sesuai ukuran, betadin			
10	Pakai sarung tangan steril			
11	Basahi kassa dengan NaCl 0,9% menggunakan pinset			

12	Bersihkan area di sekitar luka bagian luar menggunakan betadin (gunakan Teknik memutar searah jarum jam)			
13	Bersihkan area luka bagian dalam menggunakan kassa yang telah dibasahi NaCl 0,9% (gunakan teksik usapan dari atas ke bawah)			
14	Keringkan daerah luka dan pastikan area daerah luka bersih dari kotoran			
15	Amati keadaan luka			
16	Beri obat luka sesuai kebutuhan			
17	Pasang kassa steril pada area luka sampai tepi luka			
18	Fiksasi balutan menggunakan plester atau balutan verband sesuai kebutuhan			
19	Atur posisi anak seperti semula (supine)			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
	Buka sarung tangan			
2	Evaluasi respon ibu dan anak terhadap prosedur dan dokumentasikan hasil observasi			
3	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Dokumentasi

Apa yang perlu di evaluasi saat melakukan prosedur perawatan luka hidrocephalus?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Apa saja informasi yang dapat disampaikan kepada orang tua anak untuk memastikan luka tidak terinfeksi (dari segi nutrisi, aktivitas dan kebersihan)?

Evaluasi Kinerja <i>Skill Laboratorium</i>

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

7. PERAWATAN LUKA LAPARATOMI

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan luka laparatomi dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur perawatan luka hidrocephalus
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan perawatan luka hidrocephalus dengan benar

Perawatan luka laparatomi perlu dilakukan paska pembedahan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi. Kasus yang umumnya terjadi pada anak-anak adalah luka laparatomi dikarenakan radang usus buntu (appendicitis). Appendicitis adalah suatu kondisi peradangan yang diakibatkan oleh infeksi yang membentuk nanah di usus buntu (apendiks). Penumpukan nanah dapat menyebar ke organ lain dan menyebabkan komplikasi berbahaya, seperti peritonitis, apabila tidak segera ditangani. Operasi usus buntu menjadi penanganan standar untuk mengatasinya, dan pada kasus tertentu, penting untuk segera dilakukan sebelum usus buntu pecah dan menimbulkan masalah lain yang lebih serius.

Waktu pemulihan pasca operasi usus buntu dapat bervariasi. Hal ini tergantung dari metode operasi yang dipilih, jenis pembiusan yang digunakan, serta ada atau tidaknya komplikasi pasca operasi. Meski demikian, Anda bisa melakukan beberapa hal berikut untuk membantu proses pemulihan pasca operasi usus buntu menjadi lebih cepat:

1. Pastikan anak mendapatkan istirahat yang cukup.
2. Perbanyak minum air putih, untuk mencegah sembelit pasca operasi usus buntu.
3. Hindari aktivitas berat, 10 hingga 14 hari setelah operasi usus buntu.
4. Hindari penggunaan pakaian yang memiliki permukaan kasar dan ketat.
5. Selalu cuci tangan sebelum dan sesudah merawat luka operasi.

6. Jaga kebersihan diri, terutama di area sekitar bekas luka operasi usus buntu. Pastikan agar luka jahitan selalu dalam keadaan kering. Dokter akan memberikan petunjuk bagaimana mandi tanpa membasahi luka operasi.
7. Luka sayatan setelah operasi dapat menimbulkan rasa sakit, terutama setelah berdiri dalam waktu yang lama. Dokter akan memberikan obat penahan rasa sakit yang harus dikonsumsi rutin untuk meringankan rasa nyeri yang muncul pada luka bekas operasi. Dokter mungkin akan memberikan antibiotik agar luka operasi tidak infeksi.

Selain itu, orangtua harus memperhatikan tanda-tanda infeksi pada luka sayatan operasi usus buntu. Tanda-tanda infeksi yang Nampak, yaitu:

1. Demam.
2. Kemerahan, pembengkakan, perdarahan, atau keluar cairan pada luka operasi.
3. Nyeri yang berkelanjutan di bagian luka operasi.
4. Muntah.
5. Kehilangan nafsu makan atau tidak dapat makan dan minum.
6. Batuk berkelanjutan, sulit bernapas, atau sesak napas.
7. Nyeri, kram, atau pembengkakan pada perut.
8. Diare atau sembelit yang berlangsung selama lebih dari 3 hari.

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Set steril berisi: 1 pinset anatomis, 1 pinset chirurgis, klem arteri, gunting jaringan, 2 kom kecil, bengkok b. Sarung tangan steril c. Sarung tangan bersih d. 1 pinset anatomis dan chirurgis e. Bengkok f. Plester g. Gunting verband h. Pengalas i. NaCl 0,9%			

	j. Desinfektan/bethadin (bila perlu) k. Obat : supratule			
--	-------------------------------------------------------------	--	--	--

FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			

FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Tutup gorden			
4	Atur posisi anak (supinasi)			
5	Pasang pengalas dibawah area luka			
6	Pasang sarung tangan bersih			
7	Buka balutan luka			
8	Buka set steril			
9	Taruh cairan NaCl 0,9% kedalam kom, gunting supratul sesuai ukuran, betadin			
10	Pakai sarung tangan steril			
11	Basahi kassa dengan NaCl 0,9% menggunakan pinset			

12	Bersihkan area di sekitar luka bagian luar menggunakan betadin (gunakan Teknik memutar searah jarum jam)			
13	Bersihkan area luka bagian dalam menggunakan kassa yang telah dibasahi NaCl 0,9% (gunakan teksik usapan dari atas ke bawah)			
14	Keringkan daerah luka dan pastikan area daerah luka bersih dari kotoran			
15	Amati keadaan luka			
16	Beri obat luka sesuai kebutuhan			
17	Pasang kassa steril pada area luka sampai tepi luka			
18	Fiksasi balutan menggunakan plester atau balutan verband sesuai kebutuhan			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
	Buka sarung tangan			
2	Evaluasi respon ibu dan anak terhadap prosedur dan dokumentasikan hasil observasi			
3	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Dokumentasi

Apa saja yang dapat dilakukan untuk membantu penyembuhan luka?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Sebutkan perawatan atraumatic yang dapat dilakukan pada prosedur ini?

Evaluasi Kinerja <i>Skill Laboratorium</i>

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

8. IMUNISASI PADA BAYI

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur injeksi imunisasi dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur injeksi imunisasi
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur perawatan luka hidrocphalus dengan benar

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak terpapar tidak akan menderita penyakit tersebut (Ditjen PP dan PL Dinkes RI, 2009). Imunisasi adalah pemberian vaksin untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu (Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI, 2009). Imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilaksanakan pada periode waktu yang telah ditetapkan, berdasarkan kelompok usia sasaran dan tempat pelayanan (Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI, 2009). Imunisasi dasar adalah salah satu upaya untuk memberikan kekebalan pada anak agar terlindung dari penyakit berbahaya seperti polio, campak, difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B dan tuberkulosis.

Matondang dan Siregar (dalam Ranuh, et al, 2005) menjelaskan bahwa tujuan imunisasi adalah untuk mencegah penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia seperti pada cacar. Ditjen PB dan PL Depkes RI (2009) menerangkan bahwa, tujuan utama imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

Keadaan-keadaan di mana imunisasi tidak dianjurkan:

1. BCG, tidak diberikan pada bayi yang menderita sakit kulit lama, sedang sakit TBC
2. dan panas tinggi.
3. DPT, tidak diberikan bila bayi sedang sakit parah, panas tinggi dan kejang.
4. Polio, tidak diberikan bila diare dan sakit parah.
5. Campak, tidak diberikan bila bayi sakit mendadak dan panas tinggi.

Keadaan-keadaan yang timbul setelah imunisasi berbeda pada masing-masing imunisasi, seperti yang diuraikan di bawah ini:

1. BCG, dua minggu setelah imunisasi terjadi pembengkakan kecil dan merah di tempat suntikan, seterusnya timbul bisul kecil dan menjadi luka parut.
2. DPT, umumnya bayi menderita panas sore hari setelah mendapatkan imunisasi, tetapi akan turun dalam 1 - 2 hari. Di tempat suntikan merah dan bengkak serta sakit, walaupun demikian tidak berbahaya dan akan sembuh sendiri.
3. Campak, panas dan umumnya disertai kemerahan yang timbul 4 - 10 hari setelah penyuntikan.

Tabel Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 Tahun

Imunisasi		Usia																	
		Bulan												Tahun					
		Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9
Hepatitis B	1			2	3	4													
Polio	0		1	2	3							4							
BCG	1 kali																		
DTP			1	2	3							4			5				6 (Td/Tdap) 7 (Td)
Hib			1	2	3							4							
PCV			1		2			3			4								
Rotavirus			1		2			3*											
Influenza														Ulangan 1 kali setiap tahun					
Campak									1			2				3			
MMR											1				2				
Tifoid														Ulangan setiap 3 tahun					
Hepatitis A														2 kali, interval 6 – 12 bulan					
Varisela														1 kali					
HPV																		2 atau 3 kali ^B	
Japanese encephalitis										1			2						
Dengue																		3 kali, interval 6 bulan	

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*

: _____

Prosedur imunisasi Hepatitis B

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Pengalas b. Bengkok c. Bak instrument berisi: Sduit 1 cc, 2 kapas alcohol 70% dalam kemasan, vaksin uniject hepatitis B			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Buka vaksin uniject			
4	Bebaskan daerah yang akan disuntik pada paha kiri			
5	Desinfeksi daerah yang akan disuntik menggunakan kapas alcohol 70%			
6	Meregangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri sementara tangan kanan menyuntikkan vaksin secara intramuscular 90°			
7	Memasukkan vaksin			
8	Menahan kulit dengan kapas alcohol, jarum dicabut dengan cepat kemudian dipijat			
9	Informasikan efek pemberian imunisasi Hepatitis B dan perawatannya			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Cuci tangan			
3	Dokumentasikan di buku KIA			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemanan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

Prosedur imunisasi Polio Oral

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Pengalas b. Bengkok c. Vaksin polio			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Beri posisi yang sesuai			
4	Buka tutup vaksin			
5	Pasangkan pipet tetes			
6	Buka mulut dengan tangan kiri, tangan kanan meneteskan vaksin polio oral 2 tetes di bawah lidah			
7	Perhatikan apakah ada vaksin yang keluar dari mulut anak			
8	Informasikan efek pemberian imunisasi polio dan perawatannya			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Cuci tangan			
3	Dokumentasikan di buku KIA			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

Prosedur imunisasi BCG

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Pengalas b. Bengkok c. Bak instrument berisi: Sduit 1 cc, sduit 5 cc, kapas air hangat dalam kom, vaksin uniject BCG			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Ambil sduit 5cc dan larutkan vaksin BCG			
4	Ambil vaksin dalam sduit 1 cc sebanyak 0,05 cc			
5	Bebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian (bahu kanan)			
6	Usap bagian yang akan disuntik dengan kapas air hangat			
7	Regangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri			
8	Masukkan vaksin secara intracutan dengan sudut penyuntikan 10-20°			
9	Bekas suntikan tidak boleh digosok atau ditekan			
10	Informasikan efek pemberian imunisasi BCG dan perawatannya			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Cuci tangan			
3	Dokumentasikan di buku KIA			
SIKAP				
1	Tenang			

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

Prosedur imunisasi DPT

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Pengalas b. Bengkok c. Bak instrument berisi: Sduit 1 cc, 2 kapas alcohol 70% dalam kemasan, vaksin DPT			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Ambil sduit dan ambil vaksin sebanyak 0,5 cc			
4	Bebaskan daerah yang akan disuntik pada lengan atas kiri atau paha			
5	Desinfeksi daerah yang akan disuntik menggunakan kapas alcohol 70%			
6	Regangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri sementara tangan kanan menyuntikkan vaksin secara intramuscular 90°			
7	Kontrol dengan cara menghisap, bila terdapat darah dalam sduit, vaksin jangan disuntikkan			
8	Suntikkan vaksin secara perlahan-lahan			
9	Tahan kulit dengan kapas alcohol, jarum dicabut dengan cepat dan pijat			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Cuci tangan			
3	Dokumentasikan di buku KIA			
SIKAP				
1	Tenang			

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

Prosedur imunisasi campak

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Identifikasi kebutuhan klien di status kesehatan			
2	Siapkan alat: a. Pengalas b. Bengkok c. Bak instrument berisi: Sduit 1 cc, spuit 5 cc, 2 kapas alcohol 70% dalam kemasan d. Vaksin campak dalam termos es* e. Cairan pelarut vaksin			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Larutkan vaksin campak dengan pelarut			
4	Ambil vaksin campak yang telah dilarutkan sebanyak 0,5 cc			
5	Bebaskan daerah yang akan disuntik pada lengan atas kiri atau paha			
6	Desinfeksi kapas alcohol 70% ke daerah yang akan disuntik			
7	Regangkan tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri sementara itu tangan kanan menyuntikkan vaksin sacara subkutan dengan jarum menghadap keatas (45°)			
8	Suntikkan vaksin secara perlahan-lahan			
9	Tahan kulit dengan kapas alcohol, jarum dicabut dengan cepat kemudian dipijat			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Cuci tangan			
3	Dokumentasikan di buku KIA			
SIKAP				
1	Tenang			

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*: _____

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
2	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

9. PEMASANGAN *OROGASTRIC TUBE* (OGT) DAN MEMBERIKAN MAKAN MELALUI OGT

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemasangan *orogastric tube* (OGT) dan memberikan makan melalui OGT dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur pemasangan *orogastric tube* (OGT) dan memberikan makan melalui OGT
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemasangan *orogastric tube* (OGT) dan memberikan makan melalui OGT dengan benar

Selang nasogastrik (*nasogastric tube*/NGT), yang dikenal juga dengan nama selang makanan atau sonde, adalah selang plastik lunak yang dipasang melalui hidung (nasal) menuju lambung (gaster). Agar tidak berpindah posisi, selang akan direkatkan ke kulit di dekat hidung dengan pita perekat. Tujuan pemasangan selang nasogastrik adalah untuk membantu pemberian makanan dan obat-obatan kepada pasien yang tidak bisa mengonsumsi makanan atau obat dari mulut, misalnya bayi prematur atau pasien koma. Selain itu, selang nasogastrik juga bisa digunakan untuk mengeluarkan gas atau cairan dari dalam lambung. Selain melalui hidung, selang juga bisa dimasukkan melalui mulut (oral).

Selang ini disebut sebagai selang orogastrik (*orogastric tube*/OGT).

Salah satu tujuan dilakukannya pemasangan selang orogastrik adalah untuk pemberian nutrisi, yaitu pada: bayi yang mengalami penyempitan atau sumbatan saluran pencernaan, bayi yang menggunakan alat bantu pernapasan (ventilator), bayi yang lahir prematur atau menderita kelainan bawaan lahir. Pemasangan selang nasogastrik juga dapat dilakukan untuk pengambilan sampel isi lambung dan pengosongan lambung, misalnya untuk mengeluarkan zat beracun.

Lamanya penggunaan selang nasogastrik tergantung pada kondisi pasien dan tujuan pemasangannya, tetapi sebaiknya digunakan hanya dalam jangka pendek. Selang ini bisa terpasang hingga 4–6 minggu, namun harus diganti setiap 3–7 hari atau sesuai kebutuhan. Ukuran selang orogastric yang digunakan adalah ukuran 5 atau 8 Fr. Dibawah ini merupakan ukuran panjang insersi minimum yang dianjurkan untuk selang *orogastric* pada bayi dengan BBLR

Berat Badan	Panjang insersi
>750 gram	13 cm
750-999 gram	15 cm
1000-1249 gram	15 cm
1250-1499 gram	17 cm

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*: _____

Memasang OGT

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Cek program terapi			
2	Cuci tangan			
3	Identifikasi pasien dengan benar			
4	Siapkan alat-alat: a. Selang OGT sesuai ukuran (5 atau 8 Fr) b. Arteri klem/klem c. S spuit 3/5 cc d. Stetoskop e. Gelas berisi air matang f. Plester g. Gunting verband h. Kain kassa i. Pelumas jelly j. Pengalas k. Bengkok l. Sarung tangan bersih m. Tongue spatel (bila diperlukan)			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			

4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			
3	Tutup gorden			
4	Posisikan anak supinasi dengan kepala sedikit hiperfleksi			
5	Pasang pengalas diatas dada			
6	Pakai sarung tangan			
7	Ukur selang (dari hidung ke daun telinga dan kemudian ke ujung prosesus xifoidius atau dari hidung ke daun telinga dan kemudian ke titik tengah antara prosesus xifoidius dan umbilicus) dan tandai titik dengan plester kecil			
8	Tutup pangkal selang dengan spuit/klem			
9	Olesi ujung OGT dengan pelumas berbahan dasar air/air steril			
10	Memasukkan selang : Jika menggunakan salah satu lubang hidung, masukan selang di sepanjang dasar hidung dan arahkan lurus ke belakang oksiput; Jika memasukkan selang melalui mulut arahkan ke arah belakang tenggorok			
11	Minta anak menelan (jika mampu), masukkan perlahan sesuaikan dengan penelanan anak			
12	Periksa posisi OGT untuk memastikan berada di lambung dengan mengaspirasi cairan lambung (>2 ml) bukan saja residu dari selang atau Teteskan cairan pada kertas pH, lihat reaksi keasaman cairan (pH 5,5 atau dibawahnya). Jika cairan aspirasi lambung memiliki pH diatas 5,5 atau tidak didapatkan cairan aspirasi lambung,			
13	Menutup ujung OGT dengan spuit /klem			
14	Lakukan fiksasi OGT di depan hidung /pipi			
15	Ukur dan catat jumlah panjang selang yang di masukkan dari hidung atau mulut ke lubang bagian distal			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Buka sarung tangan			

3	Evaluasi respon ibu dan anak terhadap prosedur dan dokumentasikan hasil observasi			
4	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

Memberi makan melalui OGT

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Cek program terapi			
2	Cuci tangan			
3	Identifikasi pasien dengan benar			
4	Siapkan alat-alat: a. Air matang b. Makanan cair/obat c. Corong/ barel spuit d. Spuit 5cc/10cc e. Klem f. Tisu g. Perlak h. Pengalas i. Bengkok j. Sarung tangan bersih			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Dekatkan alat			

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
3	Tutup gorden			
4	Pastikan kehangatan makanan cair/susu			
5	Ukur jumlah makanan cair yang akan diberikan			
6	Pasang pengalas di atas dada			
7	Pakai sarung tangan bersih			
8	Gendong bayi/anak, atau posisikan terlentang atau sedikit miring ke kanan dengan kepala dan dada agak di tinggikan			
9	Periksa ulang ukuran panjang OGT yang masuk pada bayi /anak			
10	Pastikan letak OGT			
11	Pasang klem pada selang OGT			
12	Pasang corong/barel spuit pada OGT dan memposisikan corong diantara pasien dan perawat			
13	Tuangkan air matang/steril (1-2 ml untuk selang kecil, 5-15 ml untuk selang yang besar)			
14	Buka klem untuk mengalirkan cairan ke dalam lambung, biarkan alir mengalir sesuai gravitasi dan tutup kembali sebelum air habis			
15	Tuangkan makanan cair/susu ke dalam corong/barel			
16	Buka klem dan tutup kembali sebelum susu habis			
17	Bilas selang dengan air matang/steril			
18	Tutup atau klem selang sebelum air habis			
19	Tempatkan anak pada posisi miring ke kanan atau tengkurap selama sedikitnya 1 jam, sendawakan anak setelah pemberian makan			
20	Membersihkan sisa makanan pada selang			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Buka sarung tangan			
3	Evaluasi respon ibu dan anak terhadap prosedur dan dokumentasikan hasil observasi			
4	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandirian dan kenyamanan pasien			

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan) **Dokumentasi**

Berapa ukuran OGT yang digunakan untuk bayi?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Sebutkan data yang perlu dievaluasi sebelum dan setelah pemasangan OGT?

Sebutkan data yang perlu dievaluasi sebelum dan setelah pemberian makanan melalui OGT?

Evaluasi Kinerja *Skill Laboratorium*

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

10. PEMBERIAN FOTOTERAPI

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemberian fototerapi dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur pemberian fototerapi
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur pemberian fototerapi dengan benar

Fototerapi adalah terapi sinar yang digunakan untuk menurunkan kadar bilirubin serum pada neonatus dengan hiperbilirubinemia jinak hingga moderat. Penggunaan fototerapi biasanya diberikan pada neonatus dengan kadar bilirubin indirek lebih dari 10 mg%, sebelum transfusi tukar, atau sesudah transfusi tukar. Sumber cahaya untuk fototerapi dapat diperoleh dari sinar matahari, cahaya lampu neon, cahaya lampu halogen. Efek fototerapi tidak bergantung pada berapa arah penyinaran, tetapi pada jumlah energi cahaya yang dapat menyinari kulit neonatus. Oleh karena itu posisi pasien harus diubah dalam jangka waktu tertentu agar diperoleh hasil yang optimal. Terapi sinar diberikan jika kadar bilirubin darah indirek lebih dari 10 mg%. Terapi sinar sebenarnya berdasarkan dari pengalaman seorang perawat di Inggris pada bayi yang ruangnya mendapatkan sinar matahari keadaan ikterus cepat menghilang, kemudian dikembangkan hingga didapatkan alat untuk terapi sinar atau sering disebut *blue light*.

Terapi sinar dapat menimbulkan dekomposisi bilirubin dari suatu senyawa tetrapirrol yang sulit larut dalam air menjadi senyawa dipirol yang mudah larut dalam air, dan dikeluarkan melalui urin, tinja sehingga kadar bilirubin menurun. Di samping itu pada terapi sinar ditemukan pula peninggian konsentrasi bilirubin indirek dalam cairan empedu, duodenum dan menyebabkan bertambahnya pengeluaran cairan empedu ke dalam usus sehingga peristaltik usus meningkat dan bilirubin akan keluar bersama feses.

Alat untuk fototerapi:

1. Sebuah kotak yang diperuntukkan 8-10 lampu neon @ 20 watt yang disusun secara paralel.
2. Pleksiglas 0,5 inci yang melapisi bagian bawah kotak tersebut yang berfungsi memblokir sinar ultraviolet.
3. Filter biru yang berfungsi membesarkan energi cahaya yang sampai pada bayi.
4. Alat-alat pengaman listrik.
5. Kaki tumpuan dan regulator untuk turun naiknya lampu

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama *Peer*: _____

Memasang OGT

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Cek program terapi			
2	Cuci tangan			
3	Identifikasi pasien dengan benar			
4	Siapkan alat-alat: Alat fofoterapi Kain kasa atau penutup mata, penutup alat reproduksi, terbuat dari kain berwarna gelap dan di dalamnya diberi potongan film Kain penutup tempat tidur Plester Gunting verband Closed bed Termometer			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Closed bed dipasang			

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
3	Tidurkan bayi di tempat tidur, kemudian buka semua pakaian pasien			
4	Mata ditutup dengan kain kasa yang telah dibasahi dengan air agar lembab atau dengan kain hitam			
5	Kemaluan ditutup dengan kain hitam yang telah diisi dengan potongan film			
6	Kain penutup tempat tidur dipasang			
7	Nyalakan Lampu foto therapy dan diarahkan ke tempat tidur bayi			
8	Posisi lampu diatur dengan jarak 20–30 cm di atas tubuh bayi			
9	Observasi keadaan umum bayi, ukur suhu agar tetap 36,5 - 37°C, tiap 4-6 jam atau sewaktu-waktu bila perlu			
10	Ubah posisi bayi tiap 6-8 jam, agar tubuh mendapatkan penyinaran seluas mungkin			
11	Catat intake dan output caji, dan pantau tanda-tanda dehidrasi			
12	Keluarkan bayi saat memberikan minum, pangku bayi, buka penutup mata dan perhatikan adanya iritasi			
13	Bila kadar bilirubin sdh turun menjadi 7,5 mg% / kurang, terapi berhenti walaupun belum 100 jam			
14	Jika terapi sudah 100 jam bilirubin tetap tinggi, cek lampu dan hub. dokter			
15	Pada kasus ikterus karena hemolisis, perisa tiap hari kadar Hb			
16	Catat lamanya terapi diberikan			
FASE TERMINASI				
1	Rapihkan alat			
2	Evaluasi respon ibu dan anak terhadap prosedur dan dokumentasikan hasil observasi			
3	Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya			
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemanan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Dokumentasi

Apa saja status cairan yang perlu dievaluasi untuk mencegah terjadinya dehidrasi?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Mengapa pada bayi yang mengalami hyperbilirubinemia menjadi malas menyusu?

Kapan dikatakan hyperbilirubinemia fisiologis dan patologis?

Evaluasi Kinerja *Skill Laboratorium*

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
<i>Peer</i>		

11. TERAPI BERMAIN

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur terapi bermain dengan benar

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan prosedur terapi bermain
2. Mahasiswa mampu menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dengan tepat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan urutan prosedur dengan benar
4. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan prosedur terapi bermain dengan benar

Bermain menurut Hughes, seorang ahli perkembangan anak dalam bukunya *children, play, and development*, mengatakan bahwa permainan merupakan hal yang berbeda dengan belajar dan bekerja. Suatu kegiatan bermain harus ada lima unsur di dalamnya antara lain: Mempunyai tujuan yakni untuk mendapatkan kepuasan, Memilih dengan bebas atas kehendak sendiri tidak ada yang menyuruh ataupun memaksa, Menyenangkan dan dapat menikmati, Menghayal untuk mengembangkan daya imajinatif dan kreativitas, Melakukan secara aktif dan standar

Hurlock mendefinisikan bermain adalah kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Hurlock juga membagi pola bermain menurut tingkat perkembangan dari bayi hingga masa anak-anak. **Pada masa bayi, pola bermain yang digunakan** adalah: Sensomotorik, menjawab, meniru, berpura-pura, permainan, hiburan. **Pola bermain pada masa awal anak-anak** yaitu: bermain dengan mainan, dramatisasi, konstruksi, permainan, membaca, film dan radio, televisi.

Nama Mahasiswa: _____

Tanggal: _____

Nama Peer: _____

Memasang OGT

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
FASE PRA INTERAKSI				
1	Cek program terapi			
2	Cuci tangan			
3	Identifikasi pasien dengan benar			
4	Siapkan alat-alat permainan yang dibutuhkan sesuai usia perkembangan			
FASE ORIENTASI				
1	Cuci tangan			
2	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri			
3	Jelaskan tujuan prosedur kepada ibu			
4	Kontrak waktu			
5	Tanyakan persetujuan klien/ orang tua untuk dilakukan tindakan. Persiapkan anak agar tidak mengantuk, tidak rewel			
FASE KERJA				
1	Cuci tangan			
2	Beri petunjuk pada anak cara bermain			
3	Persilakan anak untuk melakukan permainan sendiri atau dibantu			
4	Motivasi keterlibatan anak dan keluarga			
5	Beri pujian pada anak bila dapat melakukan			
6	Observasi emosi, hubungan interpersonal, psikomotirk anak saat bermain			
7	Minta anak menceritakan apa yang dilakukan/dibuatnya			
8	Tanyakan perasaan anak setelah bermain			
9	Tanyakan perasaan dan pendapat keluarga tentang perminan			
FASE TERMINASI				
1	Evaluasi tujuan yang ada pada proposal atau tujuan bermain			
2	Bereskan alat			
3	Berpamitan dengan pasien dan keluarga			
4	Cuci tangan			

NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN		
		D	TD	Keterangan
SIKAP				
1	Tenang			
2	Menjaga kemandan dan kenyamanan pasien			
3	Menggunakan Teknik komunikasi terapeutik			
4	Menggunakan atraumatic care			

Keterangan: D (dilakukan) TD (tidak dilakukan)

Dokumentasi

Apa saja yang perlu diperhatikan pada saat mengajak anak bermain?

Sebutkan Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan prosedur?

Evaluasi Kinerja *Skill Laboratorium*

Evaluasi	Catatan	Nama lengkap dan paraf
Diri		
Peer		

ISBN 978-602-5415-47-0

