

BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Ns. Mariyam, M.Kep.Sp.Kep.An
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep
Ns. Wahyu Hartini, M.Kep
Nurul Hidayah, S.Kep., Ns., M.Gizi
Budiyati, SKp., Ns., MKep., Sp.Kep.An
Ns.Fransiska Romina, M.Kep

Asmiana Saputri Ilyas, S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. Zolla Amely Ilda, S. Kep, M. Kep
Ikha Ardianti, S.Kep., Ners., M.Kep
Erin Rika Herwina, S.Kp., M.Kep
Mery Sambo, Ns., M.Kep
Ns. Tisnawati, SST., S. Kep, M.Kes.



BUKU AJAR

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PADA ANAK

Penulis:

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Mariyam, M.Kep.Sp.Kep.An.
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep.
Ns. Wahyu Hartini, M.Kep.
Nurul Hidayah, S.Kep., Ns., M.Gizi.
Budiyati, SKp., Ns., MKep., Sp.Kep.An.
Ns. Fransiska Romina, M.Kep.
Asmiana Saputri Ilyas, S.Kep., Ners., M.Kes.
Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep, M. Kep.
Ikha Ardianti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Erin Rika Herwina, S.Kp., M.Kep.
Mery Sambo, Ns., M.Kep.
Ns. Tisnawati, SST., S. Kep, M.Kes.



BUKU AJAR

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK

Penulis:

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns.,M.Kes.
Ns. Mariyam, M.Kep.Sp.Kep.An.
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep.
Ns. Wahyu Hartini, M.Kep.
Nurul Hidayah, S.Kep., Ns., M.Gizi.
Budiyati, SKp., Ns., MKep., Sp.Kep.An.
Ns. Fransiska Romina, M.Kep.
Asmiana Saputri Ilyas, S.Kep., Ners., M.Kes.
Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep, M. Kep.
Ikha Ardianti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Erin Rika Herwina, S.Kp., M.Kep.
Mery Sambo, Ns., M.Kep.
Ns. Tisnawati, SST., S. Kep, M.Kes.

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Deni Sutrsino

ISBN: 978-623-8411-82-5

Cetakan Pertama:

Januari, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Buku ini adalah "**Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan pada Anak**" yang lahir dari kebutuhan mendalam akan suatu sumber daya yang menyeluruh dan praktis bagi tenaga kesehatan yang berdedikasi dalam merawat anak-anak, yang tidak hanya menyajikan prosedur tindakan medis, tetapi juga menggali aspek-aspek emosional, psikologis, dan sosial dalam memberikan perawatan holistik.

Perawatan anak-anak memerlukan keahlian dan perhatian khusus, seiring dengan perkembangan dan keunikan setiap fase pertumbuhan. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi mitra setia para perawat, dokter, dan profesional kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan berfokus pada pasien anak.

Dalam menyusun buku ini, kami berusaha untuk menghadirkan panduan yang tidak hanya informatif namun juga mudah dipahami. Setiap prosedur tindakan diuraikan dengan rinci, memberikan langkah-langkah yang jelas dan pertimbangan klinis yang diperlukan. Penekanan diberikan pada integrasi nilai-nilai etika keperawatan, hubungan dengan keluarga, dan penerapan pendekatan holistik untuk memastikan perawatan yang efektif dan berkelanjutan.

Desember

Penting untuk diingat bahwa keberhasilan perawatan anak-anak melibatkan bukan hanya pemahaman yang mendalam tentang aspek medis, tetapi juga keterlibatan aktif keluarga dan pemberdayaan orang tua. Oleh karena itu, kami mengajak pembaca untuk tidak hanya menggunakan buku ini sebagai alat referensi medis, tetapi juga sebagai panduan untuk membangun hubungan yang positif dan kolaboratif dengan keluarga pasien.

Kami berterima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, mulai dari para penulis, editor, hingga penerbit. Semoga buku "Prosedur Tindakan Keperawatan Anak" ini dapat menjadi sumber daya yang bermanfaat dan dapat membantu meningkatkan standar perawatan kesehatan anak-anak di seluruh dunia.

Selamat membaca dan semoga pengetahuan yang didapat dari buku ini dapat menginspirasi praktik keperawatan yang lebih baik dan mengarah pada kesehatan optimal bagi anak-anak.

Jakarta, Desember 2023

Penulis

KATA SAMBUTAN

Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Ketua Tim Pokja

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, karena atas limpahan rahmat-Nya, kita dapat menyaksikan peluncuran buku Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan ini.



Saya, Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat, dengan rasa rendah hati dan penuh kebanggaan, ingin menyampaikan kata pengantar ini sebagai ungkapan terima kasih dan harapan untuk masa depan keperawatan di Indonesia. Buku ini bukanlah sekadar kumpulan aturan dan tata cara, melainkan representasi dari komitmen bersama untuk meningkatkan standar pelayanan keperawatan di negeri ini. Melalui satu tahun perjalanan yang penuh perjuangan dan dedikasi, Tim Pokja Keperawatan berhasil menyusun SOP ini dengan memperhatikan kearifan lokal, norma keperawatan internasional, dan pengalaman praktisi keperawatan di seluruh Indonesia.

Kami menyadari bahwa keperawatan bukan hanya sebuah pekerjaan, tetapi sebuah panggilan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi panduan yang praktis dan relevan bagi seluruh tenaga keperawatan di Indonesia, dari sabang hingga merauke. Saya ingin menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya kepada seluruh anggota Tim Pokja yang telah berkontribusi dengan penuh semangat, pemikiran kritis, dan keahlian tim penulis dalam menyusun buku ini. Keberhasilan ini adalah hasil kolaborasi tim yang kuat dan kerjasama yang erat.

Tidak lupa, terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan berharga selama proses penyusunan. Semoga buku ini tidak hanya menjadi buku panduan, tetapi juga menjadi sumber inspirasi dan motivasi bagi semua praktisi keperawatan di tanah air. Kepada para pembaca, semoga buku SOP Keperawatan ini dapat menjadi teman setia dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Mari kita terus berkolaborasi dan berkontribusi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Akhir kata, kami menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas dukungan dan kepercayaan Anda. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemajuan keperawatan Indonesia.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Ketua Tim Pokja

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
KATA SAMBUTAN	v
DAFTAR ISI.....	vi
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN INFUS PADA ANAK.....	1
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN FISIOTERAPI DADA PADA ANAK.....	11
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN AROMATHERAPY INHALASI (Candle Diffuser lilin)	21
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN SUCTION PADA ANAK	47
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN ASI MELALUI CAWAN ATAU CUP FEEDING	57
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN SELANG NASOGASTRIK (NGT) PADA BAYI DAN ANAK.....	65
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN OROGASTRIC TUBE (OGT)	81
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PERAWATAN LUKA BERSIH PADA ANAK.....	91
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PROGRAM BERMAIN PADA ANAK.....	103
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN KEMOTERAPI PADA ANAK.....	113
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PENILAIAN RISIKO JATUH(<i>Humpty Dumpty Falls Score</i>)	127
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN OBAT DESFERAL	135

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PIJAT BAYI.....	145
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN FOTOTERAPI NEONATUS	157
SINOPSIS.....	166

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PEMASANGAN INFUS PADA ANAK



PEMASANGAN INFUS PADA ANAK

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes.

1. Definisi

Pemasangan infus adalah tindakan pemberian cairan elektrolit, obat atau nutrisi ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan waktu yang lama dengan menggunakan infus set.

2. Tujuan

Pemasangan infus pada anak bertujuan untuk

- a. Rehidrasi (mengganti kehilangan cairan, elektrolit atau zat makanan) dari tubuh anak yang mengalami dehidrasi akibat penyakit atau aktivitas berlebih
- b. Mengobati infeksi dengan penggunaan antibiotik liquid
- c. Meredakan nyeri dengan obat antinyeri liquid
- d. Mengobati kanker melalui obat kemoterapi

3. Indikasi

- a. Dehidrasi
- b. Syok
- c. Intoksikasi obat
- d. Pra dan pasca bedah sesuai dengan program pengobatan
- e. Tidak bisa makan dan minum melalui oral
- f. Sebelum transfusi darah
- g. Perlu pengobatan dengan cara infus

4. Kontraindikasi

- a. Inflamasi (nyeri, demam, bengkak,) dan infeksi di lokasi pemasangan infus.
- b. Daerah lengan bawah pada pasien gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (*A-V shunt*) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).
- c. Obat-obatan yang berpotensi iritan terhadap pembuluh vena kecil yang aliran darahnya lambat (misalnya pembuluh vena di tungkai dan kaki).

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Ukuran intravena (IV) kateter sesuai dengan usia anak
- b. Pastikan tidak ada gelembung udara pada selang infus
- c. Periksa prinsip benar pemberian obat
- d. Perhatikan area vena setelah penusukan apakah terjadi flebitis, nyeri, hematoma, infeksi, dan perdarahan
- e. Observasi tanda/reaksi alergi terhadap infus atau komplikasi lain

- f. Ganti kasa steril penutup luka setiap 24-48 jam dan evaluasi tanda-tanda infeksi
6. Contoh Kasus
- Anak laki-laki, 3 tahun masuk IGD RS dengan demam berdarah dengue. Hasil pengkajian: tampak lemas, haus, gelisah, malas makan, terlihat bintik merah pada lengan, epitaksis, mukosa bibir kering, turgor kulit jelek, akral dingin, hipotensi, nadi: 108 kali/menit, pernafasan: 22 x/ menit, dan suhu 38.5 °C.
- Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- Berikan kompres hangat
 - Monitor status hidrasi anak
 - Kolaborasi pemberian cairan parenteral
 - Minta ibu untuk meningkatkan istirahat pada anak
 - Kolaborasi pemberian makanan melalui Naso Gastric Tube (NGT)

7. Pembahasan soal kasus

Kondisi pada kasus tersebut merupakan tanda dan gejala dari demam berdarah dengue derajat III. Kata kunci pada kasus tersebut adalah demam berdarah dengue, lemas, haus, gelisah, bintik merah, epistaksis, mukosa bibir kering, turgor kulit jelek, akral dingin, hipotensi. Anak masuk IGD dalam keadaan dehidrasi sehingga membutuhkan cairan segera. Tindakan keperawatan yang tepat adalah c. kolaborasi pemberian cairan parenteral untuk mengembalikan cairan yang hilang melalui pembuluh darah. Perawat mempersiapkan alat dan melakukan pemasangan infus pada anak tersebut.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi	
<ol style="list-style-type: none"> Kaji keadaan umum anak Kaji apakah anak pertama kali dipasang infus Verifikasi program terapi cairan Kaji kesiapan psikologis anak dan orangtua untuk tindakan pemasangan infus 	Mengkaji merupakan tindakan awal yang dilakukan sebelum pemasangan infus untuk memperoleh data dasar dan data fokus anak
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi	
5. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none"> • IV Kateter ukuran No. 22-24G 	

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<ul style="list-style-type: none"> • Infus set sesuai ukuran (bayi dan anak kecil menggunakan selang mikrodrip 60 tetes/ml) • Cairan infus sesuai kebutuhan anak • Torniket • Kapas alkohol atau alkohol swab • Kasa steril • Salep atau larutan povidone iodine • Plester yang telah di potong, siap digunakan • Gunting • Sarung tangan sekali pakai • Perlak kecil dan pengalas • Bengkok • Standar infus • Bak instrumen (tempat peralatan infus) atau trolley tindakan • Papan spalk (bila perlu) 	
PERSIAPAN KLIEN <ol style="list-style-type: none"> 6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas anak 7. Persiapkan psikologis anak dengan terapi bermain 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan infus pada anak dan keluarga 9. Berikan <i>informed consent</i> 	Membina hubungan saling percaya Mengurangi kecemasan dan distraksi Meningkatkan pengetahuan anak dan keluarga Menerapkan prinsip etik keperawatan 
PERSIAPAN LINGKUNGAN <ol style="list-style-type: none"> 10. Menutup tirai 11. Mengatur cahaya agar penerangan baik 	Menjaga privasi anak Memudahkan area penusukan

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>Implementation (I) : Implementasi</p> <p>Fase Kerja</p> <p>12. Cuci tangan 13. Pasang sarung tangan 14. Buka kemasan set infus 15. Tempatkan klem rol sekitar 2-4 cm di bawah bilik drip dan tutup klem 16. Tusukkan infus set ke dalam kantung atau botol cairan, lalu gantungkan: a. Lepaskan penutup botol cairan, tanpa menyentuh lubang b. Lepaskan penutup ujung insersi selang dengan tidak menyentuh ujungnya, lalu masukan ujung selang tersebut ke dalam botol cairan. 17. Isi selang infus: a. Tekan bilik drip lalu lepaskan, biarkan terisi cairan $\frac{1}{3}$ sampai $\frac{1}{2}$ penuh b. Lepaskan pelindung jarum dan buka klem rol. Alirkan cairan ke adapter jarum, tampung pada bengkok. Setelah selang terisi, tutup kembali klem rol. c. Pastikan selang infus bebas dari udara 18. Atur posisi dan pilih area vena distal terlebih dahulu untuk pemasangan infus 19. Pasang perlak di bawah area pemasangan infus 20. Pasang tourniket 10-12 cm di atas tempat penusukan 21. Lakukan dilatasi vena dengan cara: a. Menggosok ekstremitas dari distal ke proksimal b. Mengepal dan membuka tangan c. Menepuk perlahan di atas vena d. Kompres hangat di atas vena 22. Bersihkan lokasi insersi dengan povidon iodine, biarkan mengering sekitar 30 detik atau gunakan alkohol 70% selama 60 detik dengan</p>	<p>Mengurangi transmisi mikroorganisme</p> <p>Mengatur kecepatan aliran lebih akurat</p> <p>Mempertahankan larutan tetap steril</p>  <p>Mencegah udara masuk selang. Udara dalam selang dapat menyebabkan emboli</p> <p>Jika penusukan vena distal belum berhasil, maka area proksimal dari vena yang sama masih dapat digunakan</p> <p>Meningkatkan volume darah vena pada tempat pungsi vena</p> <p>Membantu dilatasi vena Meningkatkan suplai darah</p> <p>Mengurangi bakteri permukaan kulit</p>

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>gerakan melingkar dari dalam keluar lokasi penusukan</p> <p>23. Fiksasi vena dengan ibu jari dan regangkan kulit dengan arah penusukan 5-7,5 cm ke arah distal tempat penusukan</p> <p>24. Tusukkan kateter pada vena yang telah dipilih</p> <p>25. Pegang jarum dengan sudut 20-30° pada vena yang akan ditusuk. Setelah jarum masuk lalu tusuk perlahan dengan pasti.</p> <p>26. Rendahkan jarum sampai hampir menyentuh kulit. Masukkan jarum lagi kemudian tarik stilet sedikit secara perlahan. Perhatikan adanya darah dalam IV kateter. Bila ada, lanjutkan memasukkan IV kateter sedikit demi sedikit ke dalam vena sampai pangkal kateter.</p> <p>27. Tekan ujung IV kateter dengan jari</p> <p>28. Tarik dan lepaskan stilet / jarum infus keluar</p> <p>29. Tourniket dicabut</p> <p>30. Sambungkan segera IV kateter dengan ujung selang infus</p> <p>31. Buka klem infus sampai cairan mengalir lancar</p>	     <p>Mengalirkan cairan ke vena dan mencegah obstruksi aliran larutan</p>

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
32. Oleskan dengan salep povidon iodine di atas penusukan	
33. Fiksasi menyilang pada pangkal IV kateter dengan plester, tapi tidak menyentuh area penusukan	<p>Mempertahankan keamanan kateter agar tidak tercabut</p> 
34. Tutup tempat insersi dengan kasa steril dan plester dengan benar (sarung tangan dilepas saat fiksasi agar plester tidak lengket). Pasang spalk bila perlu	
35. Atur tetesan infus sesuai dengan kebutuhan anak 36. Kembalikan posisi anak pada posisi awal atau posisi nyaman 37. Rapikan alat 38. Cuci tangan	<p>Mempertahankan kecepatan aliran cairan IV Memberikan rasa nyaman dan relaks Mengurangi transmisi mikroorganisme Meningkatkan kemandirian anak</p>
Fase Terminasi	
39. Beri reinforcement positif pada anak	
Evaluation (E) : Evaluasi	
40. Evaluasi kecepatan aliran, adanya infiltrasi, flebitis, dan inflamasi. 41. Evaluasi respon anak terhadap tindakan 42. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan (waktu pemasangan, area vena, cairan dan jumlah tetesan, nomor IV kateter) serta nama perawat	<p>Memonitor adanya dampak setelah pemasangan infus Mengetahui respon anak selama dan setelah pemasangan infus Mencatat pemberian terapi sesuai kolaborasi dan sebagai</p>

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	tanggung jawab serta tanggung gugat perawat.
Sikap	
43. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 44. Melakukan tindakan dengan sistematis 45. Komunikatif dengan anak 46. Percaya diri	Mencegah transmisi mikro organisme Menghindari kelalaian Menyampaikan pesan dengan baik menggunakan bahasa yang di mengerti anak

Daftar Pustaka

- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2000). *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar* (3rd ed.). EGC.
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). *Fundamental Keperawatan*. EGC.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. C. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. (edisi 6, vol1). EGC.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* (6th ed., Vol. 2). EGC.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

FISIOTERAPI DADA PADA ANAK



FISIOTERAPI DADA PADA ANAK

Ns. Mariyam., M.Kep.Sp.Kep.An.

1. Definisi

Fisioterapi dada adalah tindakan yang dilakukan untuk memobilisasi sekresi jalan napas melalui perkusi (*clapping*), getaran (*vibrating*) dan postural drainage.

2. Tujuan

Tujuan fisioterapi dada adalah memudahkan sekret yang melekat di jalan napas terlepas dan keluar serta memperbaiki ventilasi.

3. Indikasi

Fisioterapi dada diindikasikan pada pasien yang mengalami masalah bersihan jalan napas tidak efektif dengan adanya penumpukan sekret pada saluran napas dan sulit mengeluarkan sekret dari saluran pernapasan.

4. Kontraindikasi

Sisioterapi dada tidak dilakukan pada pasien-pasien dengan hemoptisi, penyakit jantung, serangan asma akut, deformitas struktur dinding dada atau tulang belakang dan nyeri yang meningkat.

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Hal yang perlu diperhatikan selama fisioterapi dada pada anak antara lain mengobservasi status pernapasan dan keadaan umum anak serta dilakukan satu sampai setengah jam sebelum makan atau 1 jam setelah makan untuk mencegah muntah.

6. Soal

Anak perempuan, 3 tahun, dirawat di ruang anak dengan pneumonia. Hasil pengkajian: batuk, sekret susah keluar, ronchi di paru kanan kiri, ingin muntah, frekuensi napas 40x/menit, frekuensi nadi 110x/menit, suhu 37,4°C.

Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Makan sedikit tapi sering
- b. Manajemen demam
- c. Fisioterapi dada
- d. Oksigenasi
- e. Massase

7. Pembahasan soal kasus

Pada kasus tersebut kata kuncinya adalah batuk, sekret susah keluar dan ronchi. Hal ini menunjukkan pasien mengalami masalah bersihkan jalan napas tidak efektif. Tindakan keperawatan yang utama adalah c. pemberian fisioterapi dada untuk memobilisasi sekret dari jalan napas, agar sekret bisa lepas dan keluar dari jalan napas. Jawaban yang tepat pada kasus tersebut adalah fisioterapi dada.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Kaji status pernapasan (frekuensi napas, suara napas tambahan misal ronchi)	Mengetahui keadaan pasien dan indikasi dilakukan fisioterapi dada 
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 2. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan • Bengkok • Tissue • Suction • Handuk kecil 	Persiapan alat memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan 
PERSIAPAN KLIEN	
3. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	Mengucapkan salam dan memperkenalkan secara terapeutik kan meningkatkan rasa saling percaya

<p>4. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan atau nomor rekam medis)</p>	
<p>5. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur</p>	
<p>6. Minta persetujuan pasien dan keluarga</p>	
	
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja	<p>Mengurangi transmisi mikroorganisme</p>

7. Cuci tangan



Mencegah terjadinya kontaminasi antara perawat

8. Pakai sarung tangan



dengan pasien
Untuk mengetahui tingkat gangguan yang terjadi dan

9. Periksa status pernapasan (frekuensi napas, kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan)



letak penumpukan sekret

10. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum

Meningkatkan gerakan sekret dari jalan napas yang lebih kecil ke yang lebih besar.

Upper lobes Posterior segment



Upper lobes appical segment

11. akukan perkusi (<i>clapping</i>) dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit	 <p><i>Uppers lobes, anterior segments</i></p>
12. Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut	 <p>Memudahkan dalam pengeluaran sekret</p>
13. Lakukan pengecekan	 <p>Memudahkan mendorong sekret dari jalan napas agar sekret dapat keluar</p>
14. Melakukan pengecekan berkala	 <p>Membantu mengeluarkan sekret</p>

Fase Terminasi

15. Melakukan Penghisapan



Melepas sarung tangan segera setelah selesai tindakan untuk mencegah kontaminasi yang berada di sarung tangan

16. Melepaskan sarung tangan



Merapikan alat setelah digunakan dapat memelihara dan melindungi kebersihan lingkungan sehingga mencehah dan meminimalkan terjadinya infeksi silang

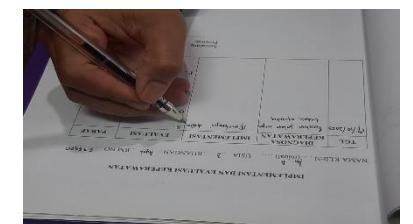
17. Rapikan Alat-Alat Yang Digunakan



Menghilangkan organisme penyebab infeksi di tangan

19. Cuci tangan



Evaluation (E) : Evaluasi	
17. Evaluasi respon pasien	Evaluasi respon pasien bermanfaat melihat perubahan kondisi pasien setelah dilakukan fisioterapi dada 
18. Evaluasi status pernapasan	Evaluasi status pernapasan dilakukan setelah diberikan fisioterapi dada dan melihat efektifitas tindakan 
19. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Bukti pencatatan dan pelaporan tindakan yang telah dilakukan pada pasien 
Sikap	
20. Melakukan tindakan dengan sistematis	Tindakan dilakukan secara sistematis agar efektifitas tindakan sesuai tujuan 
	Komunikasi terapeutik bermanfaat untuk menjalin

21. Komunikatif terapeutik pada pasien dan keluarga	hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga
	

Daftar Pustaka

- Abdelbasset, W., & Elnegamy, T. (2015). Effect of Chest Physical Therapy on Pediatrics Hospitalized With Pneumonia. *International Journal of Health and Rehabilitation Sciences (IJHRS)*, 4(4), 219. <https://doi.org/10.5455/ijhrs.000000095>
- Indonesia, P. P. N. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- Oberwaldner, B. (2000). Physiotherapy for airway clearance in paediatrics. *European Respiratory Journal*, 15(1), 196–204. <https://doi.org/10.1034/j.1399-3003.2000.15a36.x>
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

AROMATHERAPY INHALASI (*Candle Diffuser* Lilin)



AROMATHERAPY INHALASI

(Candle Diffuser/Diffuser Lilin)

Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M.Kep.

1. Definisi

Merupakan terapi hirup dengan menggunakan minyak essensial.

2. Tujuan

- a. Memberikan kenyamanan
- b. Memberikan suasana relaksasi
- c. Menurunkan nyeri persalinan
- d. Meningkatkan kualitas tidur
- e. Membantu menurunkan mual muntah

3. Indikasi

Dapat diberikan pada pasien dengan keluhan mual atau muntah, pasien yang mengalami kecemasan, gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur, mengalami nyeri.

4. Kontraindikasi

Klien yang mengalami iritasi/alergi terhadap minyak essensial terkait kandungannya yang digunakan dalam pemberian aromatherapy .

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

Penyiapan lingkungan yang nyaman dan tenang Pemilihan minyak essensial yang tepat

a. Pilih minyak lemon untuk aroma lemon yang segar.

Minyak lemon merupakan minyak yang sering digunakan di berbagai produk, termasuk sebagai minyak esensial untuk *diffuser*. Tambahkan beberapa tetes minyak lemon agar aroma lemon yang segar memenuhi rumah Anda. Beberapa studi mengemukakan bahwa minyak lemon dapat memperbaiki suasana hati dan mengurangi stres .

Gunakan kombinasi minyak lemon, pepermin, dan *rosemary* untuk menghasilkan aroma yang dapat memberi Anda energi.

b. Pilih minyak kayu manis untuk aroma roti gulung kayu manis yang nikmat.

Minyak kayu manis memiliki aroma yang lebih manis dan hangat daripada lemon. Maka dari itu, aroma kayu manis sangat cocok untuk cuaca dingin. Tambahkan beberapa tetes minyak kayu manis agar aroma roti gulung kayu manis memenuhi rumah Anda sepanjang hari.

Coba campurkan minyak jeruk, jahe, dan kayu manis untuk aroma musim gugur yang cocok ketika berkumpul bersama keluarga.

- c. Pilih minyak lavender untuk aroma bunga yang menenangkan.

Minyak lavender mungkin merupakan minyak esensial yang paling terkenal dan umum digunakan. Tambahkan beberapa tetes minyak lavendel agar aroma bunga yang segar memenuhi rumah Anda. Selain itu, aroma minyak lavendel juga dapat membantu Anda untuk tidur ketika malam hari.

Tambahkan campuran minyak lavendel, anggur, lemon, dan *spearmint* untuk aroma musim panas yang menyegarkan.

- d. Pilih minyak pepermin agar Anda tetap terjaga.

Aroma pepermin yang tajam dan manis akan membuat rumah Anda lebih segar. Selain itu, aroma pepermin juga dapat membuat Anda lebih terjaga dan fokus. Tambahkan beberapa tetes minyak pepermin agar aroma pepermin yang segar memenuhi rumah Anda.

Campurkan minyak pepermin dengan minyak eukaliptus untuk aroma yang dapat melegakan pilek dan membuat pernapasan Anda lebih baik.

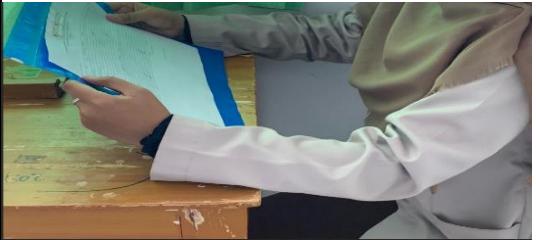
6. Contoh Kasus

Anak perempuan, 8 tahun, saat ini dirawat dengan diagnosa medis fraktur pro ORIF. Hasil pengkajian : pasien menyampaikan bagaimana nanti saat di ruang operasi; bertanya hal yang serupa berulang kali, wajah kecemasan; frekuensi nadi 89 kali/menit, TD 100/60 mmHg. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Takut
- b. Cemas
- c. Nyeri Akut
- d. Ketidaknyamanan
- e. Kurang pengetahuan

7. Pembahasan soal kasus

Kata kunci pada kasus adalah bagaimana nanti saat di ruang operasi, bertanya hal yang serupa berulang kali, wajah kecemasan sehingga masalah keperawatan pada kasus adalah b. cemas.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi	
a. Cek Catatan keperawatan/medis pasien	 <p>Tahap ini penting sebagai validasi perawat tentang hasil pengkajian, masalah pasien serta kesesuaian dengan tindakan yang akan dilakukan</p>
2. Identifikasi faktor penyebab kontraindikasi yang mungkin ada pada pasien	<p>Terutama untuk menggali ada tidaknya riwayat alergi atau ketidaksesuaian dengan pilihan aromaterapi yang akan digunakan</p> 
3. Kaji respon/data fokus awal pasien kaitannya outcome terkait tindakan yang akan dilakukan (Kaji dan interpretasi tingkat kecemasan pasien preoperasi dengan APAIS tool/Kaji bagaimana respon verbal yang mengarah pada kecemasan pre operasi/Kaji bagaimana respon perilaku juga non verbal pada kecemasan pre operasi/Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan aromatherapy	Misal nya : jika aromaterapi ditujukan untuk menurunkan kecemasan pasien pre operasi, bisa menggunakan tool/instrumen APAIS.

<p>NB : pengkajian ini disesuaikan outcome yang akan dicapai, bisa menggunakan instrumen skrining yang hendak diobservasi kaitannya kondisi awal dan akhir setelah kegiatan pemberian aromatherapi.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kategori</th><th rowspan="2">Ringan</th><th colspan="2">Tingkat Anxietas</th><th rowspan="2">Fase</th></tr> <tr> <th>sedang</th><th>berat</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peningkatan verbalisasi</td><td>Sering</td><td>Tremor dan perubahan suara</td><td>Konsternasi atau dipahami</td><td>Ekspektasi tidak mungkin tidak dipahami</td></tr> <tr> <td>Peningkatan aktivitas motorik sederhana</td><td>Olelah ringan</td><td>Tremor, gelisah, wasir, dan kram</td><td>Peningkatan aktivitas motorik, ketidaksesuaian, agresif, dan kram</td><td>Peningkatan aktivitas motorik, agresif</td></tr> <tr> <td>Peningkatan pergesek dan perhatian</td><td>Mengantuk, mengantuk, ketenggoran otot</td><td>Peningkatan ketenggoran otot</td><td>Ekspektasi ketekunan, wajah ketekunan</td><td>Respon tidak dapat diprediksi</td></tr> <tr> <td>Peningkatan respons dan simpatik</td><td>Demungkutan, wasir, dan waspeda</td><td>Fokus, ketidaksesuaian, dan inasyangit</td><td>Ekspektasi untuk berkonversasi atau berkenaikan dirinya</td><td>Perspektif mengalihkan atau membebaskan diri</td></tr> <tr> <td>Peningkatan emosi</td><td>Penggunaan belajar untuk beradaptasi</td><td>Menaruh berfokus pada tugas tidak pertama kali hal tersebut</td><td>Konversasi belajar sangat mengganggu</td><td>Ekspektasi negatif atau antisipasi burungku</td></tr> <tr> <td></td><td>Tidak ada</td><td>Konversasi berjalan dengan normal</td><td>Takikardia</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>Tidak ada</td><td>Konversasi mengantuk, mengantuk, wasir, dan kram</td><td>Kakak, kepala, lembut, wasir</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Untuk outcome lainnya bisa menggunakan tool yang sesuai dengan kebutuhan.</p>	Kategori	Ringan	Tingkat Anxietas		Fase	sedang	berat	Peningkatan verbalisasi	Sering	Tremor dan perubahan suara	Konsternasi atau dipahami	Ekspektasi tidak mungkin tidak dipahami	Peningkatan aktivitas motorik sederhana	Olelah ringan	Tremor, gelisah, wasir, dan kram	Peningkatan aktivitas motorik, ketidaksesuaian, agresif, dan kram	Peningkatan aktivitas motorik, agresif	Peningkatan pergesek dan perhatian	Mengantuk, mengantuk, ketenggoran otot	Peningkatan ketenggoran otot	Ekspektasi ketekunan, wajah ketekunan	Respon tidak dapat diprediksi	Peningkatan respons dan simpatik	Demungkutan, wasir, dan waspeda	Fokus, ketidaksesuaian, dan inasyangit	Ekspektasi untuk berkonversasi atau berkenaikan dirinya	Perspektif mengalihkan atau membebaskan diri	Peningkatan emosi	Penggunaan belajar untuk beradaptasi	Menaruh berfokus pada tugas tidak pertama kali hal tersebut	Konversasi belajar sangat mengganggu	Ekspektasi negatif atau antisipasi burungku		Tidak ada	Konversasi berjalan dengan normal	Takikardia			Tidak ada	Konversasi mengantuk, mengantuk, wasir, dan kram	Kakak, kepala, lembut, wasir	
Kategori	Ringan			Tingkat Anxietas			Fase																																				
		sedang	berat																																								
Peningkatan verbalisasi	Sering	Tremor dan perubahan suara	Konsternasi atau dipahami	Ekspektasi tidak mungkin tidak dipahami																																							
Peningkatan aktivitas motorik sederhana	Olelah ringan	Tremor, gelisah, wasir, dan kram	Peningkatan aktivitas motorik, ketidaksesuaian, agresif, dan kram	Peningkatan aktivitas motorik, agresif																																							
Peningkatan pergesek dan perhatian	Mengantuk, mengantuk, ketenggoran otot	Peningkatan ketenggoran otot	Ekspektasi ketekunan, wajah ketekunan	Respon tidak dapat diprediksi																																							
Peningkatan respons dan simpatik	Demungkutan, wasir, dan waspeda	Fokus, ketidaksesuaian, dan inasyangit	Ekspektasi untuk berkonversasi atau berkenaikan dirinya	Perspektif mengalihkan atau membebaskan diri																																							
Peningkatan emosi	Penggunaan belajar untuk beradaptasi	Menaruh berfokus pada tugas tidak pertama kali hal tersebut	Konversasi belajar sangat mengganggu	Ekspektasi negatif atau antisipasi burungku																																							
	Tidak ada	Konversasi berjalan dengan normal	Takikardia																																								
	Tidak ada	Konversasi mengantuk, mengantuk, wasir, dan kram	Kakak, kepala, lembut, wasir																																								
<p>4. Cuci tangan</p>	<p>Penting untuk menurunkan paparan kontak silang risiko infeksi, sebagai five moment dalam hand hygiene</p> 																																										
<p>Planning (P) : Perencanaan</p>																																											
<p>Fase Orientasi</p>																																											
<p>5. PERSIAPAN ALAT(* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minyak esensial (bisa menyesuaikan pilihan pasien) • Tissue • Sarung tangan • Candle diffuser/diffuser lilin • Spuit • Bengkok • Tempat sampah • Korek api • Air mineral untuk pelarut 	<p>Pastikan saat persiapan alat ini lengkap sebelum dibawa ke ruangan pasien.</p> <p>Minyak esensial (menyesuaikan pilihan pasien)</p>  <p>Tissue</p>																																										



Sarung tangan



Candle diffuser/diffuser lilin



Spuit



Korek api

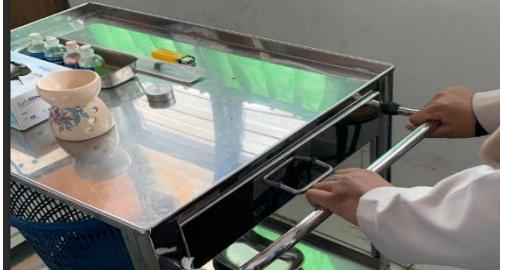


Air mineral untuk pelarut



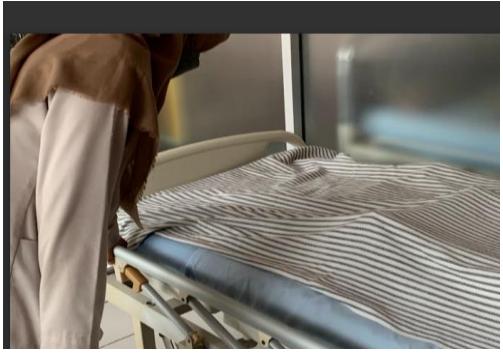
Bengkok

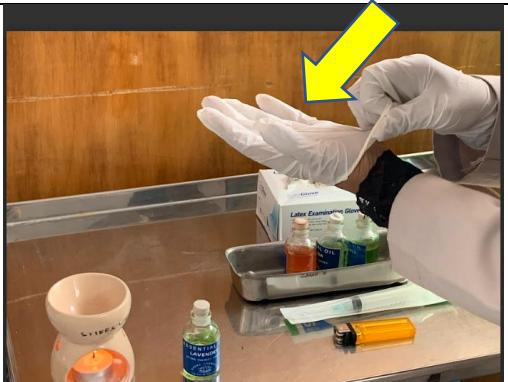


	<p>Tempat sampah</p> 
6. Persiapan diri dan kesesuaian tindakan	 <p>Untuk meningkatkan trust atau kepercayaan saat proses melakukan tindakan yang sesuai SPO/Standart Prosedur Operasional</p>
7. Bawa peralatan yang diperlukan menuju ruangan pasien	 <p>Pastikan kesiapan diri dan peralatan yang diperlukan, sebagai cara meningkatkan trust/kepercayaan pasien kepada perawat, pastikan tidak ada satu pun alat/perlengkapan tindakan yang tertinggal/terlewatkan termasuk kesesuaian dengan kebutuhan tindakan</p>
Tahap Orientasi	
8. Salam terapeutik, panggil klien dengan nama kesukaan, perkenalkan diri dan cek identitas klien secara aktif (minimal nama dan tanggal lahir)	Penting untuk mebina hubungan saling percaya dengan pasien. Di setting anak, perawat selain menyapa orangtua juga perlu menyapa anak sebagai pasien dengan teknis

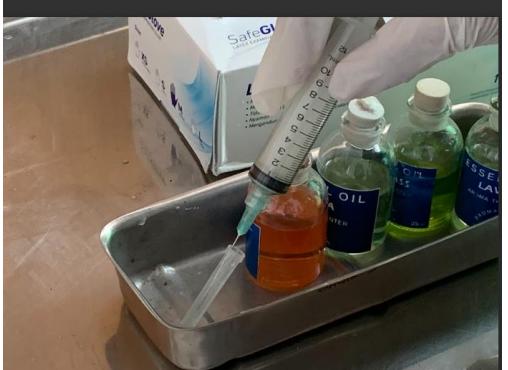
	<p>komunikasi sesuai tahapan tumbuh kembangnya. Untuk pasien anak yang lebih muda, selalu libatkan keluarga, hindarkan proses pemisahan anak dengan keluarga terdekat pasien.</p> <p>Pengecekan identitas secara aktif(perawat memastikan pasien dengan sebut namanya, minta persetujuan pasien jika sesuai, selanjutnya perwat minimal menanyakan tanggal lahir pasien sambil cek gelang identitas saat pasien (jika anak sudah mampu menyebut) atau orangtua menyampaikan tanggal lahir anak. Hal ini sebagai bagian pemenuhan indikator keselamatan pasien. Selalu lakukan langkah ini setiap kali kontak dengan pasien.</p>
	
9. Tanyakan keluhan klien	<p>Sebagai bahan validasi dari hasil pengkajian awal perawat sebelum kontak dengan pasien, untuk memastikan kesesuaian rencana tindakan ke pasien, sekaligus sebagai bagian re assessment kondisi pasien</p> 
10. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan serta lama tindakan serta kontrak waktu	<p>Sebagai bagian informasi ke pasien untuk meningkatkan partisipatif dan kooperatif pasien</p>

	
11. Beri kesempatan klien bertanya	Sebagai bentuk caring perawat kepada pasien, bahwa perawat siap bertemu dengan pasien dengan segala keunikan untuk pemenuhan kebutuhannya sebagai respon sakit yang dialami 
PERSIAPAN KLIEN	
12. Atur posisi pasien yang nyaman untuk mengoptimalkan relaksasi pada saat dilaksanakan kegiatan	Posisi ini pada anak bisa bervariasi, sesuai kebutuhan kenyamanan anak, pada anak yang lebih kecil . Pelukan terapeutik dari orangtua/Hugging terapeutik jauh lebih menenangkan daripada jika pasien berada di tempat tidur saat dilakukan tindakan. 
PERSIAPAN LINGKUNGAN	
13. Jaga privasi klien dan privasi lingkungan sekitar pasien	Kebutuhan privasi diperlukan pasien anak sepanjang usia, terutama usia yang lebih besar.

	
14. Turunkan penghalang tempat tidur	Memberikan kenyamanan perawat saat melakukan tindakan 
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja	
15. Hand hygiene dengan hand saniter/cuci tangan pakai sabun	Menghindari kontaminasi silang infeksi 
16. Pakai handscoen	Sebagai alat perlindungan diri perawat dalam melakukan tindakan ke pasien

	
17. Siapkan Candle aromatherapi/lilin aromatherapy dekat dengan pasien sekitar 20 cm dr pasien, pastikan posisi aman	Untuk menjaga keselamatan pasien 
18. Ambil sputit sesuai kebutuhan misal 2,5 cc	Digunakan untuk mengambil essensial oil aromatherapy jika bukan berupa tetes/drop 
19. Isi sputit dengan essensial oil aromatherapy sesuai kesukaan/pilihan pasien sebanyak 1 cc	Setiap pasien terutama yang pasien anak sudah mampu memberikan pilihan, maka hal ini perlu ditawarkan sebagai bentuk pemenuhan prinsip etika autonomi kepada pasien atau keluarga



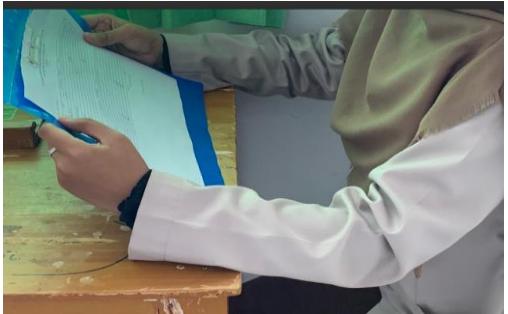
	
	
	
20. Tambahkan air sebanyak 5 cc	<p>Sebagai pelarut essensial oil aromatherapy</p> 

21. Siapkan lilin dan masukkan lilin ke tempatnya di dalam tunggu	<p>Sebagai pemanas dan pemecah partikel essensial oil aromatherapy sehingga memberikan bau ruangan yang sesuai dengan pilihan pasien</p>   
22. Tunggu beberapa saat sampai dengan api memberikan lingkungan panas pada tempat aromatherapy essensial oil yang diberikan sebelumnya, dan pastikan essensial oil keluar asapnya, sehingga bau aromaterapi tercium oleh pasien	Efek aromatherapy mulai dirasakan manfaatnya oleh pasien

	
23. Ajarkan pasien untuk tarik napas panjang sebanyak 4 detik menghirup udara pelan-pelan 2 detik ditahan, lalu melepaskan udara keluar perlahan-lahan dalam hitungan 6 detik	Membantu memberikan efek relaksasi, sehingga menurunkan kecemasan pasien 
24. Minta pasien sambil menghirup bau aromaterapi saat melakukan napas panjang tersebut sekitar 20-60 menit/sesuai kebutuhan pasien sampai dengan pasien nyaman	Mengoptimalkan efek positif kepada pasien 
25. Anjurkan pasien membayangkan setting/tempat yang membuat pasien nyaman/rileks, memadukan tindakan dengan guided imagery untuk meningkatkan relaksasi, sesuai kebutuhan usia anak sesuai tahapan perkembangan operasional kongkret, biasanya mulai anak usia sekolah, tumbuh kembang dibawah usia sekolah biasanya masuk dalam pra operasional kongkret, sehingga agak butuh effort jika harus dipadukan dengan kegiatan guided imagery.	bisa sebagai alternatif tambahan relaksasi 

26. Jika dirasa sudah cukup, matikan candle aromatherapy.	Memastikan keamanan setelah tindakan  

27. Rapikan kembali pasien dan alat/perlengkapan	Mengoptimalkan kenyamanan pasien 
28. Pasang kembali seat rail pasien klien	Menjaga keselamatan pasien 
Fase Terminasi	
29. Simpulkan tindakan	Sebagai bukti accountabilitas pemberian tindakan keperawatan, dimana tujuan akhirnya adalah memberikan outcome yang positif bagi pasien setelah tindakan dilakukan
30. Evaluasi respon	
31. Beri reinforcement positif	
32. Kontrak waktu dengan pasien untuk kegiatan selanjutnya	
33. Akhiri kegiatan	

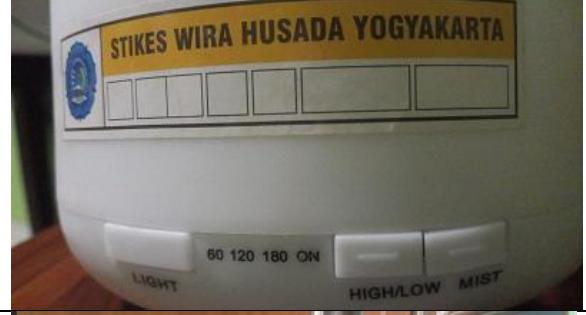
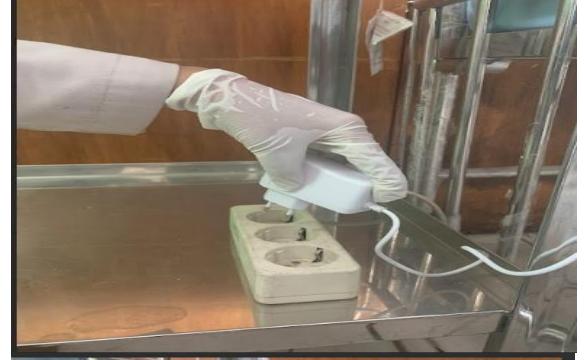
34. Lepaskan handscoen	Mencegah potensi infeksi silang 
35. Cuci tangan	
Evaluation (E) : Evaluasi	
36. Evaluasi klien terhadap perasaan setelah pemberian aromaterapi 37. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Sebagai bukti accountabilitas pemberian pelayanan keperawatan 

Sikap	
38. Melakukan tindakan dengan sistematis 39. Komunikatif 40. Percaya diri 41. Menjaga integritas 42. Kompeten	Sebagai bagian penerapan atribut-atribut caring kepada pasien 

Beberapa keterangan tambahan jika menggunakan *diffuser elektrik*, selain yang sudah tertera di atas.

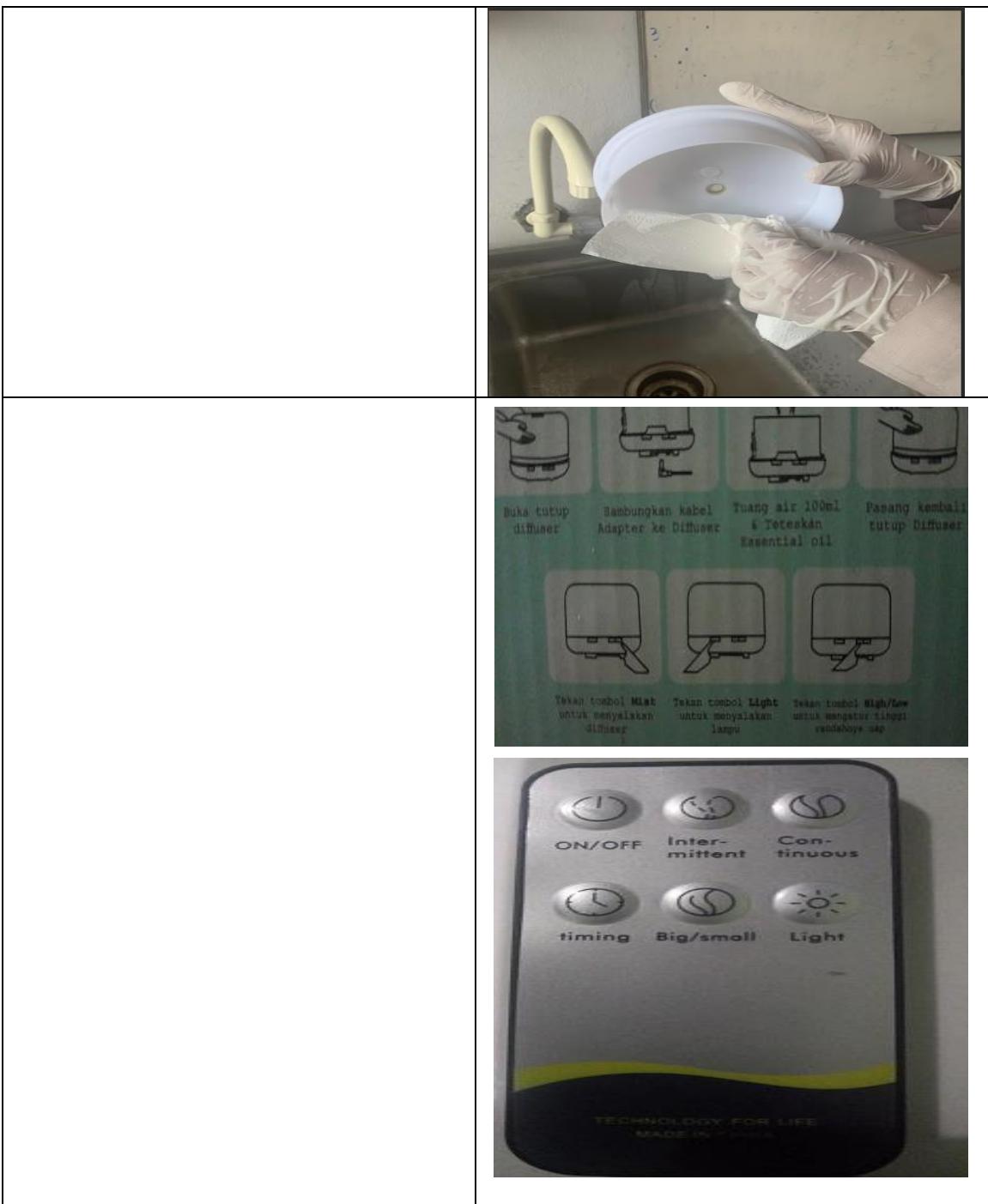
1. Candle aromatherapy/lilin aromatherapy beserta tempatnya diganti dengan diffuser elektrik. Letakkan sekitar 20 cm dari pasien	
2. Pasang sumber listrik pada outlet sumber listrik yang sudah disiapkan di bagian diffuser elektrik	

	
3. Buka penutup diffuser elektrik, saat mau digunakan dalam penyiapan essensial oil aromatherapy	
4. Isi diffuser electric dengan air sebanyak 100 cc	
5. Masukkan essensial oil aromatherapy sekitar 15 tetes/1 cc ke dalam diffuser (sesuai pilihan)	

6. Tutup diffuser elektrik yang sudah siap digunakan	
7. Pengenalan tombol pada diffuser	
8. Hubungkan dengan sumber listrik	 

9. Tekan tombol mist untuk memulai menyalaakan diffuser	
10. Tekan tombol light untuk memulai menyalaakan lampu	
11. Tekan tombol high/low untuk memulai mengatur tinggi rendahnya uap	
12. Atur sesuai kebutuhan pasien pada saat digunakan, pastikan terpenuhi kenyamanan pasien, dengan menggunakan remote control yang tersedia. Gunakan sesuai petunjuk alatnya	

	
13. Pandu pasien untuk relaksasi serta ajarkan guided imagery untuk mengoptimalkan kemanfaatan pemberian aromatherapy dengan diffuser elektrik ini	
14. Jika dirasa sudah cukup, maka matikan diffuser dan lepaskan darisumber listrik, tunggu beberapa saat untuk merapikan kembali	
15. Buka penutup diffuser lektrik jika sudah selesai	
16. Selesai tindakan, alat tidak perlu dicuci, cukup buang air pelarut (jika tersisa), lalu keringkan sampai optimal agar tidak digunakan sebagai media pertumbuhan bakteri	



Daftar Pustaka

- Andriani, R. 2022. Pemberian Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan* <Https://Jurnal.Stikes-Aisyiyah.Palembang.Ac.Id/Index.Php/Kep/Article/View/126> Vol. 14, No. 2, Desember 2022, Hal. 108 – 115
- Sulastri, Mintarsih, S., Sawitri, D. 2022 Management Efforts Nausea With Lemon Inhalation Aromatherapy In Pregnant Mother Nursing Care With Hypertemesis Gravidarum. *KLINIK Vol 1 No. 1 (2022)*

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

SUCTION PADA ANAK



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

SUCTION PADA ANAK

Ns. Wahyu Hartini, M.Kep.

1. Definisi

Suction adalah pembersihan jalan nafas melalui mulut, hidung, dan trachea dengan menggunakan alat penghisap lendir (*suction*).

Suctioning adalah upaya mempertahankan kepatenian jalan nafas melalui pengeluaran sekret pada klien yang tidak mampu mengeluarkan sendiri.

2. Tujuan

- a. Membersihkan jalan nafas (mulut, hidung, selang tracheostomi) dari jalan nafas
- b. Mencegah penyumbatan jalan nafas, infeksi jalan nafas dan infeksi paru

3. Indikasi

- a. Klien yang tidak mampu melakukan batuk efektif dan diduga terjadi aspirasi
- b. Klien yang mengalami gangguan jalan nafas
- c. Klien yang mengalami sumbatan jalan nafas oleh sekret dan tidak mampu mengeluarkannya secara mandiri
- d. Klien yang mengalami hipoksemia

4. Kontraindikasi

- a. Kontraindikasi relatif:
 - 1) Epiglottitis
 - 2) Combustio
 - 3) Croup atau laringotrakeobronkhitis
 - 4) Trauma leher, wajah atau kepala akut
- b. Nasotrakheal suction:
 - 1) *Nasal haemorrhagic*
 - 2) Bronkhospasme berat
 - 3) Laringospasme (stridor)
 - 4) Fraktur basal tengkorak
 - 5) Obstruksi saluran hidung
 - 6) Koagulopati berat atau hemoptisis
 - 7) Kebocoran cairan serebrospinal melalui telinga
- c. Orotrakheal suction:
 - 1) Laringospasme (stridor)
 - 2) Ketidakstabilan hemodinamik
 - 3) Koagulopati berat atau hemoptisis

5. Prinsip *suction* sebagai berikut:

- a. Prinsip aseptik: segala upaya yang dilakukan untuk mencegah mikroorganisme masuk ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi
- b. Prinsip asianotik: tindakan yang tidak mengakibatkan terjadinya sianosis
- c. Prinsip atraumatik: tindakan yang mencegah terjadinya trauma.

Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan tindakan *suction* menurut Jurnal SOP *Suction* sebagai berikut:

- a. Sebelum melakukan *suction*, klien sudah harus diberi oksigen yang adekuat (pre oxygenasi), karena kadar oksigen akan menurun selama proses pengisapan.
- b. Proses *suction* tidak boleh lebih dari 10 – 15 detik di lumen *artificial airway*.
- c. Jika tindakan akan diulangi, maka harus diberikan pre oksigenasi kembali dengan 6-10 kali ventilasi.
- d. Monitor *vital sign* dan ECG sebelum melanjutkan *suction*, jika terjadi disritmia atau hemodinamik tidak stabil, hentikan *suction* untuk sementara waktu.
- e. Lakukan *suction* dengan hati-hati dan tidak dianjurkan melakukan *suction* untuk sementara waktu pada kasus tertentu, misalnya klien dengan oedem paru yang berat yang terpasang respirator dan PEEP sampai oedem parunya teratasi.
- f. Bila sputum kental dan sulit dikeluarkan, bisa dilakukan *spooling* dengan cairan NaCl 0,9% sebanyak 5-10 ml dimasukan ke dalam lumen *artificial airway* sebelum *suction* dilakukan.

6. Contoh Kasus

Seorang anak laki-laki, umur 5 tahun, dirawat di ruang PICU sebuah RS dalam keadaan koma. Hasil pemeriksaan: frekuensi napas 40x/menit, suara napas ronchi, suhu 37,6°C. Saat ini anak sudah mendapatkan terapi inhalasi dengan nebulizer dan tampak sekret di hidung dan saliva di mulut.

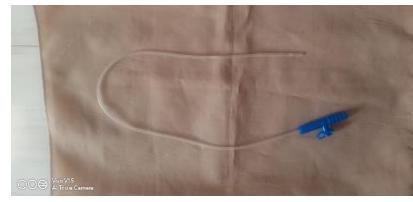
Apa tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Suction
- b. Terapi oksigen
- c. Fisioterapi dada
- d. Postural drainage
- e. Latihan batuk efektif

8. Pembahasan soal kasus

Kondisi kasus adalah anak dirawat dalam keadaan koma, tidak dapat mengeluarkan sendiri sekret yang terdapat di dalam saluran pernafasan, frekuensi napas 40x/menit, suara napas ronchi, sudah mendapatkan terapi inhalasi dengan nebulizer. Tujuan pemberian nebulizer untuk memudahkan mobilisasi sekret, namun masih tampak sekret di hidung dan saliva di mulut. Hal

ini menunjukkan tindakan selanjutnya adalah a. suction untuk membersihkan sekret dan saliva yang menyumbat jalan nafas.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> Kaji status respirasi: warna kulit, usaha pernafasan, ekspansi paru, pergerakan difragma, penggunaan otot bantu pernafasan, suara nafas abnormal, tanda awal distres pernafasan dan tanda gagal nafas. Kaji kondisi mulut, cuping hidung dan sumbatan di traktus nasofaringeal. Kaji tipe sumbatan: jumlah, warna, konsistensi mukus atau muntah dan adanya benda asing. Kaji usia dan tingkat perkembangan anak, kemampuannya memahami prosedur dan kemampuan kooperatif. Kaji jenis <i>suction</i>, manual atau menggunakan mesin Kaji ukuran <i>suction</i> yang diperlukan sesuai usia: <ol style="list-style-type: none"> Bayi baru lahir : 5 – 6,5 F 6 bulan : 8 f 1 tahun : 8 – 10 F 2 tahun : 10 F 4 – 7 tahun : 12 F 5 tahun : 12 F 7-10 tahun : 12 – 14 F > 10 tahun : 14 F 	RASIONAL & GAMBAR <p>Mengidentifikasi adanya masalah respirasi</p> <p>Mengidentifikasi adanya suatu sumbatan jalan nafas</p> <p>Mengidentifikasi kualitas sumbatan jalan nafas</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan komunikasi anak untuk mengidentifikasi dengan teknik komunikasi yang tepat untuk menjelaskan kepada anak tentang tindakan yang akan dilakukan kepadanya.</p> <p>Mengidentifikasi peralatan yang dibutuhkan</p> <p>Mengidentifikasi ukuran <i>suction</i> yang sesuai dengan usia klien</p>  <p>Suction dan pengalas</p>

Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 7. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> a. Set <i>suction</i> sesuai kebutuhan* b. Mesin <i>suction</i>* c. Sarung tangan steril* d. Bak instrumen e. Bengkok* f. Air steril/ normal saline dalam tempatnya g. Tissue dalam tempatnya h. Pengalas i. Cairan desinfektan dalam tempatnya untuk merendam selang yang telah digunakan 	 Mesin <i>Suction</i>  Air steril  Bak instrumen  Sarung tangan steril  Tissue dalam tempat
	 Bengkok  Cairan

PERSIAPAN KLIEN	<p>8. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p> <p>9. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada anak dan orang tua</p> <p>10. Atur posisi anak yang aman dan nyaman yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anak sadar: posisi di atas pangkuan atau setengah duduk/ <i>semi fowler</i> b. Anak tidak sadar: posisi <i>semi fowler</i> dengan kepala miring ke salah satu sisi untuk penghisapan oral dan baringkan posisi <i>fowler</i> dengan leher ekstensi untuk penghisapan nasal. 	<p>Desinfektan untuk merendam suction</p> <p>Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga serta cek ketepatan klien</p> <p>Meminimalkan tingkat kecemasan</p> <p>Menjaga keamanan dan kenyamanan anak saat tindakan</p>
PERSIAPAN LINGKUNGAN	<p>11. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> <p>12. Turunkan penghalang tempat tidur</p>	<p>Mempertahankan privasi klien</p> <p>Memudahkan pelaksanaan tindakan</p>
Implementation (I) : Implementasi		
Fase Kerja		
<p>13. Cuci tangan</p> <p>14. Nyalakan mesin, tes tekanan <i>suction</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. < 1 tahun : 45-65 mmHg b. 1-6 tahun : 65-80 mmHg c. > 6 tahun : 80-100 mmHg <ul style="list-style-type: none"> • Pasang pengalas di bawah dagu • Melakukan tindakan <i>suction</i>: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan <i>suction</i> manual: <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan sarung tangan steril • melakukan penghisapan lendir secara langsung ke bagian mulut, lalu bagian hidung 2. Menggunakan mesin <i>suction</i> 	<p>Mencegah terjadinya infeksi silang</p> <p>Mencegah terjadinya iritasi akibat tekanan mesin <i>suction</i> yang terlalu tinggi dapat mengakibatkan iritasi pada hidung.</p> <p>Mempertahankan kebersihan selama tindakan.</p> <p>Mengeluarkan sekret dari jalan nafas</p>	

<p>1) Menghubungkan selang <i>suction</i> dengan mesin dan membiarkan selang <i>suction</i> dalam kantong steril</p> <p>2) Menggunakan sarung tangan steril</p> <p>3) Membasahi ujung selang <i>suction</i> dengan normal saline steril</p> <p>4) Memasukkan ujung selang <i>suction</i> ke mulut menggunakan tangan kanan (angan yang dominan). Pastikan kita masih dapat melihat ujung selang di mulut dan jangan menutup konektor selang pada saat memasukkan</p> <p>5) Setelah ujung selang berada di dalam mulut (biasanya ditujukan ke bagian dalam mulut, di antara gigi dan pipi), tutuplah selang dengan jempol tangan kiri, tarik selang <i>suction</i> sambil diputar. Waktu pelaksanaan 3-4 detik. Hati-hati, jangan suction area jaringan lunak di sekitar mulut.</p> <p>3. Bila terpasang orofaringeal/ nasofaringeal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memasukkan ujung selang <i>suction</i> ke dalam orofaringeal/ nasofaringeal: <ul style="list-style-type: none"> - Bayi dan anak kecil: 1-8 cm - Anak yang lebih besar: 8-12 cm 2) Membilas ujung selang <i>suction</i> dengan normal saline steril 3) Membiarkan anak bernafas dalam <ul style="list-style-type: none"> • Mengulang prosedur <i>suction</i> apabila diperlukan (menyelesaikan dulu bagian mulut baru bagian hidung) • Mengatur kembali posisi aman dan nyaman untuk anak setelah tindakan selesai • Mengangkat pengalas • Melepas sarung tangan • Mencuci tangan <p>Fase Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beri <i>reinforcement positif</i> • Merapikan semua alat • Memasang kembali penghalang tempat tidur • Mencuci tangan 	 <p>Tindakan <i>suction</i></p> <p>Memastikan sekret sudah keluar semua</p> <p>Mempertahankan keamanan dan kenyamanan klien</p>
---	--

Evaluation (E) : Evaluasi	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi respon anak dan orang tua. • Evaluasi bersihan jalan nafas, sputum dan karakteristiknya. • Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan. 	
Sikap	
<ul style="list-style-type: none"> • Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan • Melakukan tindakan dengan sistematis • Komunikatif dengan klien • Percaya diri 	

Daftar Pustaka

Aida, I. (2020). *Literature Review Pengembangan Protokol Suction terhadap Efektifitas Bersih Jalan Nafas pada Pasien Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*. Jakarta

Dewi, N.L.K.S. (2018). *Modul Praktika Keperawatan Anak*. Jakarta. AIPViKI

Wilson, D& Hockenberry, M.J. (2012). *Wong's Care of Infants and Children (Eight Edition)*. St Louis: Mosby Elsevier.

Nottingham city hospital. (2014). *Nursing Practice Guideling: Nasal and Oral Tracheal Suction*. Diunduh: www.nottingham.ac.uk/ nasal-oral-suction.pdf pada Oktober 2023

NJR Medical. (2014). *Nasotracheal Suction*. Diunduh: http://www.njmedical.com/nasotracheal_suctioning.phr pada 22 Oktober 2023

Setiawati, S. (2017). *Keterampilan Khusus Praktik Keperawatan Anak*. Jakarta. Salemba Medika.

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
PEMBERIAN ASI MELALUI CAWAN ATAU
*CUP FEEDING***



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

PEMBERIAN ASI MELALUI CAWAN ATAU *CUP FEEDING*

Nurul Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes

1. Definisi

Suatu prosedur pemberian nutrisi pada bayi secara oral dengan menggunakan cawan atau cup feeding

2. Tujuan

untuk membantu pemenuhan nutrisi bayi

3. Indikasi

Memberikan alternatif pilihan terhadap tindakan pemberian minum pada bayi baru lahir, khususnya pada bayi dan ibu dengan masalah menyusui

4. Kontraindikasi:

Bayi denga labio-palatoskisis, reflek hisap lemah

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut):

1. Tidak boleh terburu-buru
2. Jangan tuangkan ASI ke mulut bayi saat bayi lelah, tersedak, aspirasi, ASI banyak tumpah

6. Contoh Kasus

Seorang bayi lahir aterm dengan berat badan 2600gr, usia 1 hr, reflek hisap kuat, saat ini ASI ibu belum keluar dan ibu belum bisa dilakukan rawat gabung pasca persalinan SC.

Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Memberikan ASI secara langsung dari ibu
- b. Memberikan ASI Perah menggunakan cup feeding
- c. Memberikan ASI Perah dengan menggunakan OGT
- d. Memberikan sufor setelah izin pada ibu dan menggunakan OGT
- e. Memberikan Sufor setelah izin pada ibu dan menggunakan cup feeding

7. Pembahasan soal kasus

Pemberian ASI pada bayi bisa dilakukan segera setelah bayi dilahirkan. Akan tetapi pada kondisi tertentu pemberian tersebut bisa terhambat seperti bonding yang belum bisa dilakukan dan ASI yang belum keluar. Jawaban kasus adalah e.memberikan sufor setelah izin dari ibu, dan karena reflek bayi kuat maka bisa diberikan dengan cup feeding.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian Fase Prainteraksi 1. Kaji kebutuhan pemberian nutrisi melalui cawan 2. Mencuci tangan 3. Siapkan alat dan bahan PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) 1. ASI atau sufor* 2. Cawan* 3. Celemek* 4. Tissue*	
Planning (P) : Perencanaan Fase Orientasi 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan	
PERSIAPAN KLIEN 1. Pastikan bayi tdk dalam kondisi masih kenyang 2. Pastikan bayi tdk kondisi tidur	
PERSIAPAN LINGKUNGAN 1. Jaga privasi klien (tutup tirai) 2. turunkan penghalang tempat tidur 3. Siapkan tempat duduk yg nyaman untuk ibu saat memangku bayi	

Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja	
1. Cuci tangan	
2. Ukur jumlah ASI atau SUFOR dalam cawan	
3. Pasang celemek pada leher bayi	
4. Posisikan bayi setengah tegak pada pangkuan ibu	
5. Posisikan cawan dibibir bayi	

6. Letakkan cawan dibibir bawah secara perlahan lahan	
7. Sentuhkan cawan sedemikian rupa sehingga ASI menyentuh bibir bayi	
8. Jangan tuangkan ASI ke mulut bayi	
9. Biarkan bayi menyusu sampai ASI didalam cawan habis	
10. Bayi akan selesai minum bila sudah menutup mulut atau pada saat sudah tidak tertarik lagi dengan AS	

11. Bersihkan mulut bayi dari sisa ASI /susu formula	
12. Sendawakan bayi	
13. Cuci tangan	
Fase Terminasi	
1. Merapikan pasien dan alat 2. Kontrak terapi seanjutnya 3. Cuci tangan	
Evaluation (E) : Evaluasi	
1. Evaluasi jumlah ASI yang masuk 2. Evaluasi respon bayi selama dan sesudah diberi tindakan seperti bayi akan menutup mulut bila sudah kenyang atau tidak tertarik dengan ASI 3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	
Sikap	
1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan pasien 4. Percaya diri	

Daftar Pustaka

Fitriana, L.B. Studi komparatif pemberian minum dengan cawan dan sendok terhadap efektifitas minum bayi baru lahir di RSUP DR Soeradji Tirtonegoro Klaten. TESIS.

<https://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20302308-T30627-Lala%20Budi%20Fitriana.pdf>

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN SELANG NASOGASTRIK (NGT) PADA BAYI DAN ANAK



PEMASANGAN SELANG NASOGASTRIK (NGT) PADA BAYI DAN ANAK

Budiyati, SKp., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An.

1. Definisi

Adalah memasukkan selang naso gastrik pada bayi dan anak-anak melalui hidung atau mulut dan dimasukkan ke dalam perut. Sedangkan selang nasogastric (NGT) merupakan selang lunak tipis yang dimasukkan melalui hidung anak, ke bagian belakang tenggorokan, melalui kerongkongan dan masuk ke lambung. Beberapa selang nasogastric memiliki kawat pemandu untuk memudahkan pemasangan. Kawat pemandu dilepas setelah selang dipasang di perut.

2. Tujuan

Tujuan pemasangan NGT pada bayi dan anak-anak adalah:

- a. Untuk memberi makan pada bayi dan anak-anak yang tidak dapat mengonsumsi cukup kalori melalui mulut. Formula/makanan dimasukkan ke dalam selang dan dialirkan ke lambung.
- b. Untuk memberikan obat.
- c. Memfasilitasi drainase dan aspirasi isi lambung.
- d. Memfasilitasi ventilasi/dekompreksi lambung.
- e. Stent esofagus.

3. Indikasi

Indikasi pemasangan selang nasogastric pada bayi dan anak-anak adalah:

- a. Untuk memberikan makanan enteral dan memberikan obat pada bayi atau anak-anak untuk jangka waktu pendek atau panjang karena berbagai alasan termasuk:
 - 1) Tidak dapat mengonsumsi nutrisi yang cukup
 - 2) Gangguan menelan/menghisap
 - 3) Kelainan struktur wajah atau esofagus
 - 4) Anoreksia berhubungan dengan penyakit kronis
 - 5) Gangguan makan
 - 6) Peningkatan kebutuhan nutrisi
 - 7) Kelainan bawaan
 - 8) Penatalaksanaan penyakit primer.
- b. Dekompreksi lambung. Selang nasogastric dihubungkan dengan alat hisap untuk memudahkan dekompreksi dengan mengeluarkan isi lambung.

Dekompresi lambung diindikasikan untuk obstruksi usus dan ileus paralitik dan ketika pembedahan dilakukan pada lambung atau usus.

- c. Aspirasi isi cairan lambung. Baik untuk lavage atau mendapatkan spesimen untuk dianalisis. Ini juga akan memungkinkan drainase atau lavage jika terjadi overdosis obat atau keracunan.
- d. Pencegahan muntah dan aspirasi. Pada kondisi trauma, selang nasogastric dapat digunakan untuk membantu pencegahan muntah dan aspirasi, serta untuk menilai perdarahan gastrointestinal.

4. Kontraindikasi

Kontraindikasi pemasangan selang nasogastric pada bayi dan anak adalah:

- a. Trauma wajah yang parah, karena peningkatan risiko salah penempatan selang dan trauma lebih lanjut pada wajah;
- b. Perubahan anatomi, karena ada potensi salah penempatan akibat pengukuran yang tidak akurat;
- c. Kemampuan pembekuan yang tidak normal, karena peningkatan risiko pendarahan selama penempatan selang;
- d. Fraktur tengkorak, karena terdapat peningkatan risiko penempatan selang di rongga tengkorak;
- e. Operasi hidung yang baru dijalani. Dalam kasus ini, selang orogastric dapat dimasukkan.

5. Hal yang perlu diperhatikan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemasangan selang nasogastric adalah:

- a. Selalu waspada, selang naso gastrik dapat terlilit di leher anak yang dapat menyebabkan tersedak (tercekik) atau kematian. Sebisa mungkin menjauhkan selang dari anak.
- b. Jika bayi atau anak cedera karena pemberian makan melalui selang, harap laporan kejadian tersebut ke kepala ruang/tim keselamatan pasien. Laporan Anda dapat memberikan informasi yang membantu meningkatkan keselamatan pasien.
- c. Jika dokter atau penyedia layanan kesehatan telah meresepkan vitamin cair, masukkan dosis yang tepat ke dalam formula.
- d. Jika pemberian makanan melalui mulut (oral) disarankan, beri makan bayi Anda setelah memasang selang NG.
- e. Selang nasogastric yang sama dapat digunakan hingga 1 bulan kecuali tabung tersebut tersumbat, kotor, atau rusak. Selalu siapkan selang cadangan.
- f. Pastikan tanda pada selang masih berada dekat hidung bayi atau anak. Jika tidak, tabung harus dimasukkan kembali ke posisi yang benar. Periksa kembali

untuk memastikan bayi atau anak tidak tersedak atau batuk setelah selang dipasang.

- g. Amati bayi atau anak setelah selang nasogastrik terpasang dengan benar, mereka akan tenang. Tetapi jika bayi atau anak tersedak, batuk, atau membiru, mungkin selang tidak masuk di tempat yang benar. Segera cabut selang.
- h. Berikan perawatan mulut dan kulit. Berikan obat kumur dan oleskan pelumas pada bibir dan lubang hidung pasien. Dengan menggunakan pelumas yang larut dalam air, lumasi kateter hingga menyentuh lubang hidung karena hidung klien dapat mengalami iritasi dan kering.
- i. Verifikasi penempatan selang nasogastrik. Selalu verifikasi apakah selang nasogastrik yang dipasang berada di dalam lambung dengan menyedot sedikit isi lambung.
- j. Sarung tangan harus selalu dipakai saat memulai nasogastrik karena potensi kontak dengan cairan tubuh pasien meningkat.
- k. Pelindung wajah dan mata juga dapat dipertimbangkan jika risiko muntahnya tinggi. Protokol trauma mengharuskan semua anggota tim untuk mengenakan sarung tangan, pelindung wajah dan mata, serta gaun pelindung selama pemasangan selang nasogastrik.

6. Contoh Kasus

Perawat sedang mempersiapkan pemasangan selang nasogastrik pada klien anak-anak usia 7 tahun. Apa tindakan yang harus dilakukan perawat untuk menentukan pengukuran panjang selang yang akan dipasang secara akurat?

- a. Tandai selang pada 25 cm
- b. Tandai tabung pada 75 cm
- c. Letakkan selang dari ujung dahi dan ukur dengan memanjangkan selang hingga ke prosesus xiphoid.
- d. Letakkan selang di ujung hidung dan ukur dengan memanjangkan selang hingga ke daun telinga lalu turun ke prosesus xiphoid.
- e. Letakkan selang di ujung hidung dan ukur dengan memanjangkan selang hingga ke daun telinga lalu turun ke atas tulang dada.

7. Pembahasan soal kasus

Pengukuran panjang selang nasogastrik yang diperlukan dilakukan adalah jawaban benar d. meletakkan selang pada ujung hidung klien dan memanjangkan selang hingga ke daun telinga lalu turun ke prosesus xiphoid. Opsi lainnya mengidentifikasi prosedur yang salah untuk mengukur panjang selang nasogastrik.

8. Prosedur tindakan

Prosedur pemasangan selang nasogastrik pada bayi dan anak dijabarkan pada tabel 1.

Tabel 1. Prosedur pemasangan selang nasogastrik (NGT) pada bayi dan anak

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR	
Assessment (A)/Pengkajian:		
Fase Prainteraksi	<p>1. Cek program terapi/perintah dokter dan ketahui jenis, ukuran, dan tujuan pemasangan selang nasogastrik.</p> <p>2. Identifikasi pasien atau orang tua/penunggu (jika pasien masih bayi) menggunakan dua identitas, nama dan tanggal lahir.</p>	<p>Mengecek program terapi bertujuan untuk memastikan bahwa pasien mendapat tindakan yang sesuai. Penggunaan ukuran yang cocok untuk anak-anak bervariasi dari ukuran sangat kecil 5 Perancis untuk anak-anak hingga ukuran 12 Perancis untuk anak-anak yang lebih besar.</p> <p>Identifikasi pasien sebelum tindakan sangat penting untuk memastikan bahwa prosedur dilakukan pada klien yang tepat.</p>
Planning (P)/Perencanaan:		
Fase Orientasi	<p>1. PERSIAPAN ALAT(* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Selang NGT sesuai ukuran* b. Sarung tangan steril* c. Pelumas (jelly) yang larut air (<i>water soluble</i>)* d. Kassa steril e. Lidi waten atau <i>cotton bud</i> f. Spuit 3 cc / 5cc* g. Stetoskop h. Kom kecil berisi air i. Plester/hipafix * 	<p>Hal ini untuk memastikan bahwa peralatan berfungsi dengan baik sebelum digunakan pada klien.</p>

<ul style="list-style-type: none"> j. Gunting plester k. Perlak dan Pengalas l. Bengkok 	
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapan salam, sapa klien dan penunggu, perkenalkan diri dan cek identitas klien 2. Lakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan 3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 4. Tanyakan kesiapan dan kesediaan pasien 5. Minta pasien dan keluarga untuk kooperatif 	<p>Tidak disarankan untuk menjelaskan prosedur ini terlalu jauh/detail sebelum tindakan karena kecemasan klien terhadap prosedur ini dapat mengganggu keberhasilan tindakan. Penting bagi klien untuk rileks, menelan, dan bekerja sama selama prosedur pemasangan selang nasogastrik.</p>
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup tirai/pintu/horden/sekat. 2. Turunkan rail samping tempat tidur. 	<p>Menutup pintu, horden, tirai dan atau memasang sekat dilakukan untuk menjaga privasi pasien selama pemasangan NGT dilakukan.</p> <p>Menurunkan rail samping tempat tidur akan memudahkan perawat</p>

	melakukan tindakan pemasangan NGT.
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja	
<p>1. Cuci tangan</p> <p>2. Ajak pasien untuk membaca doa sebelum dilakukan tindakan.</p> <p>3. Posisikan anak duduk Fowler penuh atau telentang dengan kepala fleksi. Anda mungkin perlu membungkus bayi dengan selimut agar mereka tidak tersangkut selang.</p> <p>4. Pasang pengalas diatas dada pasien</p>	 <p>Kebersihan tangan bertujuan untuk mengurangi jumlah mikroorganisme yang menempel di tangan petugas yang dapat mencegah infeksi silang dari petugas ke pasien atau sebaliknya.</p> <p>Berdoa dapat mengurangi kecemasan sebelum dilakukan tindakan.</p> <p>Posisi Fowler penuh membantu klien menelan, untuk keselarasan leher-perut yang optimal dan meningkatkan gerak peristaltik. Posisi terlentang dengan kepala fleksi membantu masuknya selang nasogastric secara anatomic.</p> <p>Handuk/pengalas digunakan sebagai penutup untuk melindungi sprei dan pakaian klien.</p>

5. Pakai sarung tangan bersih



Prosedur ini memerlukan teknik yang bersih, bukan steril, karena saluran cerna (GI) tidak steril.

6. Membersihkan lubang hidung dengan lidi waten (*cotton bud*).



Lubang hidung dibersihkan dari kotoran atau lendir agar selang nasogastric dapat masuk dengan mudah.

7. Ukur selang untuk memperkirakan panjang pemasangan dan tandai titik dengan plester kecil. Dengan metode pengukuran sebagai berikut:



Tandai batas pada selang nasogastric dengan selotip

<p>a. Mengukur dari hidung ke daun telinga kemudian ke ujung prosesus xifoideus (perhatikan jangan sampai selang menyentuh permukaan terkontaminasi).</p> <p>b. Olesi ujung selang NGT dengan pelumas jelly yang diletakkan pada kassa steril mulai dari ujung selang sepanjang kurang lebih 10 cm. Jangan pernah menggunakan Vaseline® atau bahan berbahar dasar minyak lainnya.</p>	<p>kecil sementara atau kenali jaraknya. Setiap klien memiliki titik insertion akhir yang sedikit berbeda. Pengukuran harus dilakukan untuk berdasarkan anatomi setiap individu.</p>   
---	--



8. Melalui salah satu lubang hidung:
- Masukkan selang NGT di sepanjang dasar hidung dan arahkan lurus ke belakang oksiput. Dengan menggunakan tekanan lembut, terus masukkan selang hingga tanda yang Anda buat pada selang mencapai hidung. Jika selang tidak dapat masuk dengan mudah, keluarkan. Jangan pernah memaksakan selangnya. Ubah posisi anak, lumasi ujung selang, dan coba lagi.
 - Jika anak mampu menelan sesuai perintah sesuaikan memasukkan selang dengan penelanan.
 - Jika bayi atau anak menunjukkan tanda-tanda distress seperti gasping, batuk atau cyanosis, tarik selang dengan segera.

Anjurkan anak untuk bernapas melalui mulut. Menelan sedikit air liur dapat meningkatkan jalannya selang ke dalam lambung daripada ke trachea.

Lubang hidung klien mungkin membelokkan selang nasogastrik ke posisi yang tidak tepat. Biarkan klien beristirahat sejenak dan coba lagi di sisi lain.



<p>9. Memeriksa posisi selang dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memasukkan pangkal selang ke dalam kom berisi air apabila timbul gelembung udara pada air maka selang tidak masuk ke lambung, tarik selang dengan segera Cara lain, masukkan jarum suntik ke ujung selang dan tarik kembali secara perlahan. Jika isi perut masuk ke dalam spuit, berarti selang berada pada posisi yang benar. Atau masuk udara melalui spuit kedalam selang dan mendengarkan suara dengan stetoskop yang diletakkan diatas lambung. <p>10. Lakukan fiksasi pada selang dengan menggunakan plester hipoallergenic atau hipafix dibawah hidung atau pada pipi.</p>	 <p>Mengamankan / fiksasi selang pada tempatnya akan mencegah gerakan peristaltik memajukan selang atau menarik keluar selang secara tidak sengaja.</p>
<p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan evaluasi tindakan yang dilakukan 2. Rapikan pasien dan lingkungan 3. Ajak pasien dan keluarga berdoa 4. Bereskan alat dan mengembalikan ketempat semula 5. Lakukan kontrak berikutnya 6. Cuci tangan 	 

Evaluation (E) : Evaluasi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketelitian perawat selama melakukan tindakan 2. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan 3. Evaluasi keamanan pasien dan perawat selama tindakan 4. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan 	
Sikap	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan teliti dan sistematis 3. Komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarga 4. Percaya diri 	

Daftar Pustaka

- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2012). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Macqueen. E., Bruce. E., & Gibson. F. (2012). The Great Ormond Street Hospital, Manual of Children's Nursing Practices. Wiley-Blackwell : West Sussex, United Kingdom.
- Metropolitan working party. (2007). 'Enteral tubes: Enteral feeding management best practice'. Department of health, Western Australia
- Nettina, S.M. (2010). *Lippincott manual of nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nijs, E., & Cahill, A. (2010). Pediatric enteric feeding techniques: insertion, maintenance, and management of problems, *Cardiovascular Intervention Radiology*, 33, pg 1101-1110.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall A. (2015). *Essentials for Nursing Practice*, Eighth Edition. Elsevier. St. Louis, MO.
- Peter, S., & Gill, F. (2009). 'Development of a clinical practice guideline for testing nasogastric tube placement'. *Paediatric Nursing*, vol.14 issue 1, pp. 3 – 11
- Phillips, N M., & Endacott, R. (2011). Medication administration via enteral tubes: a survey of nurses' practices, *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2586-2592.
- Rosengarten, L., & Davies, B. (2021). Nutritional support for children and young people: nasogastric tubes. *British Journal of Nursing*, 30: 13, S12-S18.
- Taylor, C., et al. (2011). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, S. (2013). Confirming nasogastric feeding tube position versus the need to feed, *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, pg 59-69.

Turgay, A S., & Khorshid, L. (2010). Effectiveness of the auscultatory and pH methods in predicting feeding tube placement, Journal of Clinical Nursing, 19, pg 1553-1559.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMASANGAN OROGASTRIC TUBE (OGT)



PEMASANGAN OROGASTRIC TUBE (OGT)

Ns. Fransiska Romina, M.Kep

1. Definisi

Suatu tindakan melakukan pemasangan selang dari rongga mulut sampai ke lambung pada bayi atau anak.

2. Tujuan

- a. Memasukkan makanan cair atau obat-obatan cair
- b. Mengeluarkan cairan atau isi lambung berupa cairan, gas/udara, darah atau racun yang terdapat di dalam lambung
- c. Mencegah muntah/aspirasi isi lambung selama tindakan operatif

3. Indikasi

- a. Mencegah muntah dan aspirasi
- b. Menurunkan tekanan pada lambung karena gas, cairan dan darah
- c. Klien yang tidak sadar
- d. Klien yang tidak mampu memasukkan makanan, minuman dan obat secara oral
- e. Pada Pasien yang mengalami keracunan obat atau makanan

4. Kontraindikasi

- a. Hati-hati penggunaan pada klien dengan penyakit esofagus atau trauma esofagus
- b. Pada klien obstruksi Esofagus

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Posisi klien harus diperhatikan, berikan posisi Fowler/atau duduk tegak dengan leher sedikit fleksi ke atas.
- b. Lakukan pemasangan dengan hati-hati.
- c. Tehnik pemasangan dapat dilakukan dengan meminta klien untuk menelan dan metode tanpa menelan.

6. Contoh Kasus:

Seorang bayi perempuan usia 3 hari lahir premature dengan BB 1600 gram. Dirawat dengan diagnosis medis perdarahan saluran cerna, kondisi umum bayi cukup aktif, bayi dipuaskan, refleks hisap dan menelan masih lemah.

Apa tindakan kolaborasi yang tepat dilakukan oleh perawat?

- a. Melepas OGT
- b. Perawatan OGT

- c. Pemasangan OGT
- d. Pemberian makanan melalui OGT
- e. Pemberian minuman/obat-obatan melalui OGT

7. Pembahasan Soal Kasus:

Jawaban kasus diatas adalah c. pemasangan OGT karena bayi tersebut mengalami perdarahan saluran cerna, sehingga untuk tindakan yang pertama kali dilakukan adalah memasang OGT dengan tujuan mengeluarkan cairan/darah yang ada pada lambung bayi tersebut.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assesment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi	<p>1. Kaji kebutuhan klien terhadap pemasangan OGT</p> <p>2. Kaji Kesadaran Klien</p> <p>3. Kaji adanya bunyi peristaltik usus.</p> <p>4. Lihat kembali catatan medis dokter</p> <p>5. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemasangan OGT</p>
Planning (P): Perencanaan	

<p>Fase Orientasi</p> <p>6. PERSIAPAN ALAT</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Selang Orogastrik sesuai ukuran: b. Dewasa: 16-18 Fr c. Anak : 8-10 Fr d. Bayi : 3,5-6 Fr e. Spuit 10 cc f. Stetoskop g. Sarung tangan bersih h. Bengkok/Piala Ginjal/Nierbeken i. Plester j. Tisu k. Cangkir/Gelas berisi air l. Handuk Kecil/Pengalas m. Kertas PH 	   
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <p>7. Identifikasi Klien dengan menanyakan nama, tanggal</p>	<p>Supaya tepat sasaran</p>

<p>lahir atau dengan melihat gelang identitas klien</p> <p>8. Jelaskan Tujuan dan Prosedur yang akan dilakukan</p> <p>9. Berikan Klien Posisi Fowler Tinggi atau Tinggikan kepala tempat tidur 30 derajat</p>	<p>Klien akan memahami tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Mempertahankan serta meningkatkan kenyamanan dan memberikan ruang pada pernapasan klien</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>10. Jaga Privasi Klien (Tutup Tirai)</p>	Memberikan ketenangan dan kenyamanan klien
<p>Implementation (I): Implementasi</p>	
<p>Fase Kerja</p> <p>11. Cuci Tangan</p> <p>12. Gunakan Sarung Tangan Bersih</p> <p>13. Letakkan pengalas / handuk kecil di dada klien dan letakkan tissue dalam jangkauan klien</p> <p>14. Letakkan Bengkok/Piala ginjal/Nierbeken disisi klien</p> <p>15. Buka Plastik pembungkus</p>	 <p>Mencegah penularan patogen, menjaga kebersihan diri, mencegah terjadinya infeksi silang dan sebagai pelindung diri.</p>  <p>Mencegah kontaminasi dan alat pelindung diri</p> <p>Melindungi klien supaya tidak terkontaminasi Tempat membuang sampah</p>

<p>16. Ukur panjang selang OGT yang akan dimasukkan. Ukur dari ujung mulut ke lobus Xiphoideus kemudian berikan tanda pada batas ygang telah diukur.</p> <p>17. Celupkan ke air sampai batas yang diukur.</p> <p>18. Masukkan selang melalui mulut sampai batas yang telah ditandai</p> <p>19. Periksa ketepatan selang OGT yang telah dimasukkan dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Buka klem dan masukkan ke dalam cangkir/gelas yang berisi air. Posisi tepat jika tidak ada gelembung udara Buka klem dan lakukan aspirasi cairan lambung. Jika ada cairan yang keluar artinya selang masuk ke lambung, selain itu cairan lambung bisa juga di cek menggunakan strip indikator PH. Jika PH <6 artinya posisi tepat. 	<p>Memudahkan mengambil selang agar siap digunakan</p>    <p>Panjang selang yang dimasukkan tepat sampai di lambung.</p> <p>Berfungsi sebagai pelumas Selang yang dimasukkan sesuai melewati mulut sampai ke lambung</p>
---	---

<p>c. Buka Klem dan cek menggunakan stetoskop, dengan cara memasukkan 10 cc udara ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung. Posisi tepat jika terdengar suara udara yang dimasukkan.</p>	
<p>20. Lakukan Fiksasi selang orogastrik dengan plester hipoalergik pada salah satu sisi mulut.</p>	
<p>21. Rapikan pasien dan alat-alat yang telah digunakan</p>	<p>Mengetahui bahwa selang OGT sudah masuk ke lambung</p>
<p>22. Lepaskan sarung tangan</p>	
<p>Fase Terminasi</p>	
<p>23. Beri <i>reinforcement</i> positif</p>	
<p>24. Cuci tangan</p>	



Menjaga selang tetap stabil dan terpasang dengan baik
Estetika penglihatan
Menunjukkan bahwa tindakan sudah selesai dilakukan
Membuat klien menjadi senang dan merasa puas



Menjaga kebersihan diri, mencegah terjadinya infeksi silang dan sebagai pelindung

Evaluation (E): Evaluasi

<p>23. Evaluasi Respon Klien terhadap tindakan</p> <p>24. Dokumentasikan prosedur tindakan, meliputi: tanggal dan waktu dilakukannya tindakan, ukuran OGT, panjang selang yang dimasukkan, dan respon klien selama pemasangan OGT.</p>	<p>Melihat tingkat kenyamanan saat dilakukan tindakan</p> <p>Alat bukti dan data dalam melakukan tindakan</p> 
Sikap	
25. Menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan sesuai standar WHO.	Menjaga kebersihan diri, mencegah terjadinya infeksi silang dan sebagai pelindung diri.
26. Melakukan tindakan dengan sistematis	Prosedur yang dilakukan teratur dan sesuai dengan urutan.
27. Melakukan Tindakan dengan teliti dan hati-hati.	Mencegah kesalahan atau kecelakaan yang dapat terjadi
28. Komunikatif dengan klien	Klien mudah mengerti dan memahami instruksi yang diberikan
29. Percaya diri	Menunjukan bahwa individu yakin dengan kemampuannya

Daftar Pustaka

AACN. (2023). *Procedure Manual For Progressive and Critical Care, Eight Edition*. St. Louis Missouri: Elsevier.

Ain, H. (2019). *Buku Saku Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan Anak*. Surabaya: Media Sahabat Cendekia.

Aryani, R. (2009). *Prosedur Klinik Keperawatan Pada Mata Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: TIM.

Margolis, G. S. (2004). *Airway Management Paramedic*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Ni Luh Kompyang Sulisnadewi, Erlena, Tri Sakti Widyaningsih, Fadliyana Ekawaty, Aprina, Ika Permanasari, O Diana Suek, Kusmini Suprihatin, Novi Enis Rosuliana, Lamria Situmeang, Paul Joae Brett Nito, Kili Astarani. (2022). *Buku Ajar Anak S1 Keperawatan Jilid II Halaman 84*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PERAWATAN LUKA BERSIH PADA ANAK



PERAWATAN LUKA BERSIH PADA ANAK

Asmiana Saputri Ilyas, S.Kep., Ners., M.Kes.

1. Definisi

Perawatan luka bersih pada anak adalah serangkaian tindakan yang dilakukan untuk merawat luka pada kulit anak yang terjadi akibat berbagai faktor seperti luka sayatan, lecet atau goresan.

2. Tujuan

- a. Mencegah infeksi: infeksi pada luka dapat menghambat proses penyembuhan luka dan menyebabkan komplikasi serius. Dengan membersihkan luka secara benar dan menggunakan bahan antiseptik;
- b. Mempercepat proses penyembuhan: perawatan luka yang tepat dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dengan menciptakan kondisi yang optimal bagi sel-sel tubuh untuk memperbaiki jaringan;
- c. Mengurangi risiko komplikasi: luka yang tidak terawat dengan baik dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti abses, ulkus atau bahkan infeksi;
- d. Mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan: melalui proteksi dan pembalutan yang tepat, perawatan luka dapat membantu mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dialami oleh anak;
- e. Mengurangi resiko pembentukan jaringan parut berlebihan: dengan merawat luka dengan baik, hal ini penting terutama jika luka berada di area yang sensitif atau terlihat.

3. Indikasi

- a. Luka bersih: luka bersih adalah luka yang terjadi akibat pemotongan atau insisi dengan kondisi luka yang baik, tanpa tanda-tanda infeksi atau kotoran yang terlihat;
- b. Anak-anak: memperhatikan faktor-faktor khusus terkait perkembangan fisik dan psikologis anak;
- c. Luka yang sesuai: luka-luka yang sesuai dengan definisi luka bersih, seperti luka sayatan dari operasi atau insisi medis, lecet atau goresan.

4. Kontraindikasi

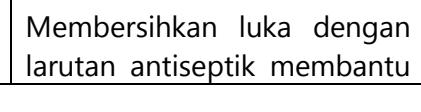
- a. Luka terkontaminasi: tidak berlaku untuk luka yang terkontaminasi oleh kotoran, benda asing, atau bahan kimia. Luka semacam ini membutuhkan pendekatan perawatan yang berbeda;
- b. Luka yang terinfeksi: jika luka sudah menunjukkan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, Bengkak, rasa panas, atau keluarnya nanah;

- c. Luka dalam atau kompleks: luka yang melibatkan jaringan dalam seperti otot, pembuluh darah besar, atau organ internal membutuhkan pertimbangan dan prosedur perawatan khusus yang lebih mendalam.
5. Hal yang perlu diperhatikan
- a. Penggunaan sarana steril: pastikan bahwa alat-alat dan bahan yang digunakan dalam prosedur perawatan luka adalah steril untuk menghindari risiko infeksi;
 - b. Teknik aseptik: gunakan teknik aseptik yang tepat, termasuk mencuci tangan dengan benar, memakai sarung tangan steril, memastikan area kerja steril dan jangan menggunakan antiseptik atau bahan kimia lainnya kecuali jika dianjurkan oleh petugas medis ;
 - c. Penggunaan bahan perban dan dressing yang sesuai: pilih bahan perban dan dressing yang sesuai dengan jenis luka, mempertimbangkan faktor seperti kelembapan luka, tingkat eksudat, dan adhesi;
 - d. Pantau perkembangan luka: lakukan pemantauan teratur terhadap perkembangan luka, termasuk tanda-tanda infeksi atau komplikasi lainnya. Jika ada perubahan yang mencurigakan, segera konsultasikan dengan profesional kesehatan;
 - e. Kenyamanan dan kolaborasi: berikan penjelasan yang jelas kepada anak tentang apa yang akan dilakukan, dan pastikan mereka merasa nyaman dan tenang selama prosedur. Kolaborasi dengan orang tua atau pendamping anak juga penting;
 - f. Dokumentasi: penting untuk mencatat semua tindakan yang dilakukan dalam perawatan luka, termasuk jenis dan ukuran dressing yang digunakan, serta evaluasi kondisi luka.
6. Contoh Kasus
- Seorang anak berusia 5 tahun mengalami luka gores pada lutut kirinya setelah terjatuh saat bermain sepeda di taman sekitar rumahnya. Luka terlihat kotor, terdapat sedikit serpihan tanah tidak ada tanda-tanda infeksi. Anak tersebut tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat atau bahan tertentu.
- Apa langkah pertama yang harus dilakukan dalam perawatan luka bersih pada anak?
- a. Membawa anak ke dokter segera
 - b. Mengoleskan antiseptik pada luka
 - c. Memberikan antibiotik secara oral
 - d. Menutup luka dengan perban steril
 - e. Membersihkan luka dengan air mengalir

7. Pembahasan soal kasus
- Langkah pertama dalam perawatan luka bersih adalah e. membersihkannya dengan air mengalir untuk menghilangkan kotoran dan benda asing di luka;
 - Pengaplikasi salep antiseptik diberikan jika diperlukan sesuai indikasi medis dan pastikan obat hanya dioleskan pada area luka dan bukan kulit sekitarnya;
 - Setelah luka dibersihkan, langkah selanjutnya adalah menutup luka hanya jika diperlukan. Apabila kondisi luka bersih namun beresiko terkontaminasi pertimbangkan untuk menutupnya dengan perban steril atau plester luka;
 - Pemberian antibiotik oral biasanya diperlukan jika tanda-tanda infeksi atau terjadi resiko tinggi terjadinya infeksi;
 - Jika luka sudah bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi, perawatan awal dapat dilakukan di rumah. Namun jika terdapat tanda-tanda infeksi atau komplikasi lainnya, segera bawa anak ke dokter.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi jenis luka (robekan, tusukan, sayatan, dll); Amati adanya benda asing (jika ada); Tentukan kedalaman luka, ukuran dan karakteristik luka dengan hati-hati. 	Langkah ini penting untuk mengetahui karakteristik luka dan memastikan tidak ada benda asing yang tertinggal yang dapat menyebabkan infeksi. 
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi	

<p>1. PERSIAPAN ALAT(* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handscoen steril* • Larutan antiseptik (misalnya larutan povidone iodine atau klorheksidin)* • Cairan pembersih (misalnya larutan saline: NaCl 0,9%)* • Kapas steril* • Gunting* • Pinset steril* • Bengkok* • Kom berisi larutan antiseptik* • Alkohol 70% • Salep antiseptik (jika diperlukan) • Perban atau plester • Tissue • Tirai 	
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan anak dalam keadaan nyaman dan tenang; 2. Temui anak dengan senyum dan bicara dengan lembut untuk menciptakan suasana yang nyaman; 3. Jelaskan prosedur kepada anak (jika sesuai dengan usia) atau kepada orang tua/anak (tergantung pada situasi) dan dapatkan persetujuan. 	<p>Menciptakan suasana nyaman dan tenang dapat mengurangi stres pada anak, memudahkan proses perawatan, dan meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur.</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien (tutup tirai); 2. Pendekatan bertahap dan lembut; 3. Turunkan penghalang tempat tidur; 4. Pencahayaan yang baik. 	<p>Persiapan lingkungan yang baik untuk menghindari kecemasan pada anak, meningkatkan kepercayaan kepada perawat dan memberikan akses yang lebih mudah dalam melakukan perawatan luka bersih pada anak.</p>

Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja	Mencuci tangan sebelum melakukan prosedur perawatan luka bersih pada anak merupakan tindakan penting untuk mencegah infeksi, melindungi kesehatan anak dan memenuhi standar keamanan dan etika
1. Cuci tangan	 <p>profesional dalam praktik keperawatan.</p>
2. Pakai handscoen steril sebelum menyentuh luka	 <p>Handscoen steril digunakan untuk melindungi tangan perawat dari kontak langsung dengan luka dan untuk mencegah penularan kuman dari atau ke luka.</p>
3. Bersihkan area sekitar luka dengan menggunakan larutan saline untuk menghilangkan kotoran dan benda asing di luka.	 <p>Larutan saline dibutuhkan untuk membersihkan area sekitar luka dan membantu menghilangkan kotoran serta benda asing dari luka. Membersihkan luka dengan larutan antiseptik membantu</p>

	<p>menghilangkan bakteri dan mencegah infeksi. Menggosok luka secara berlebihan akan menyebabkan trauma tambahan bagi anak dan merusak jaringan baru yang terbentuk.</p> <p>Dengan menggunakan pinset</p>  <p>steril dapat membantu mencegah penyebaran infeksi, penggunaan pinset dapat mengambil kotoran atau benda asing dengan lebih tepat dan hati-hati daripada menggunakan tangan.</p>  
4.	Gunakan kapas steril yang dicelupkan dalam larutan antiseptik untuk membersihkan luka dengan gerakan dari tengah ke pinggir luka dan hindari menggosok luka secara berlebihan agar tidak merusak jaringan baru yang terbentuk
5.	Gunakan pinset steril untuk mengeluarkan kotoran dan benda asing dengan hati-hati

	<p>Membilas luka dengan larutan saline untuk membantu menghilangkan kotoran dari luka dan sisa antiseptik.</p>
7. Diamkan luka terbuka untuk mengering secara alami atau gunakan kain steril untuk membantu mengeringkan luka dengan menepuk-nepuk dengan lembut	
8. Oleskan salep antiseptik (jika diperlukan) sesuai indikasi medis dan pastikan salep dioleskan hanya pada area luka dan bukan pada kulit sekitarnya	<p>Menjaga luka tetap kering membantu mencegah pertumbuhan bakteri dan memfasilitasi penyembuhan.</p> 
9. Tutup luka dengan perban atau plester steril sesuai ukuran dan bentuk luka dan pastikan perban tidak terlalu ketat untuk memungkinkan sirkulasi udara.	<p>Oleskan obat sesuai dengan instruksi dokter untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi.</p>

10. Lepaskan handscoen



Fase Terminasi

1. Beri *reinforcement positif*
2. Rapikan alat
3. Cuci tangan

Menutup luka dengan perban steril dapat melindungi luka dari kontaminasi dan mempercepat proses penyembuhan.

Melepaskan handscoen setelah prosedur selesai dapat mencegah penyebaran mikroorganisme ke area lain.



Memberikan penghargaan kepada anak atas kerjasama kesabaran selama prosedur, merapikan alat untuk memastikan kebersihan untuk penggunaan selanjutnya dan

	<p>mencuci tangan setelah prosedur tindakan membantu menghilangkan kontak dengan cairan tubuh yang mengandung patogen.</p> 
Evaluation (E) : Evaluasi	<p>Evaluasi kondisi luka untuk memastikan bahwa perawatan luka dilakukan dengan benar</p> <p>Evaluasi respon anak terhadap tindakan</p> <p>Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p> 
Sikap	<p>Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>Komunikatif dengan pasien</p>  <p>Prosedur ini dapat membantu mencegah penularan penyakit, mengoptimalkan pemulihan luka dan anak akan</p>

	lebih tenang dan siap menghadapi perawatan luka bersih.
--	---

Daftar Pustaka

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Surgical site infections: prevention and treatment.

PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

World Health Organization (WHO). (2016). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PROGRAM BERMAIN PADA ANAK



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

PROGRAM BERMAIN PADA ANAK

Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep, M.Kep

1. Definisi

Bermain merupakan media untuk belajar, berkomunikasi, menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan hal yang menyenangkan, mengenal waktu, jarak, dan suara.

2. Tujuan

a. Bermain Terapeutik

- 1) Menerapkan teknik atraumatik care
- 2) Melanjutkan tumbuh kembang yang normal anak pada saat sakit
- 3) Mengekspresikan perasaan, keinginan, fantasi serta ide-ide
- 4) Mengembangkan kreativitas dan kemampuan memecahkan masalah
- 5) Membantu anak beradaptasi secara efektif terhadap stress karena sakit dan dirawat di RS

b. Terapi bermain

- 1) Menerapkan teknik atraumatik care
- 2) Mengatasi masalah keperawatan fisiologis maupun psikososial

3. Indikasi

a. Bermain Terapeutik

Pasien anak yang menjalani proses hospitalisasi yang berada dalam kondisi fisiologis yang stabil

b. Terapi bermain

Pasien anak dengan masalah perilaku, masalah kesehatan fisiologis maupun psikologis (gangguan perkembangan).

Masalah fisiologis, misalnya: nyeri, sesak nafas, bersihan jalan nafas tidak efektif dan lain sebagainya.

Masalah perilaku dan psikososial, misalnya: gangguan perkembangan, autisme, down sindrom, ADHD, dan lain sebagainya.

4. Kontraindikasi

- a. Keadaan umum anak tidak stabil
- b. Anak demam
- c. Anak lelah

5. Hal yang perlu diperhatikan
 - a. Permainan singkat dan sederhana
 - b. Tidak menghabiskan banyak energi
 - c. Meminimalkan resiko infeksi silang (manajemen *patient safety*)
 - d. Alat permainan sesuai dengan kelompok umur atau tahapan perkembangan anak
 - e. Alat permainan sesuai dengan standar Alat Permainan Edukatif (APE)

6. Contoh Kasus

Seorang anak laki-laki, umur 5 tahun, dirawat di RS sejak 5 hari yang lalu dengan masalah leukemia. Anak terlihat sedih, mengatakan bosan di RS, tidak bisa bertemu dengan teman-teman. Setiap kali perawat atau dokter datang ke ruangan, anak takut dan menangis.

Apa jenis program bermain yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah anak tersebut?

- a. Bermain terapeutik
- b. Bermain rekrasional
- c. Aktifitas bermain bebas
- d. Aktifitas bermain rekrasional
- e. Terapi bermain: meniup baling-baling

7. Pembahasan soal kasus

Kata Kunci adalah seorang anak laki-laki, umur 5 tahun dirawat, anak terlihat sedih, mengatakan bosan di RS, tidak bisa bertemu dengan teman-teman. Setiap kali perawat atau dokter datang ke ruangan, anak takut dan menangis. Jawaban adalah a.bermain terapeutik. Saat ini anak mengalami stress hospitalisasi dan perawat perlu membantu anak beradaptasi secara efektif terhadap stress karena sakit dan dirawat di RS.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas, respons fisik dan psikologis anak, untuk menentukan program bermain yang cocok untuk anak 	Pengkajian respons fisik dan psikologis anak diperlukan untuk

	<p>menentukan jenis program bermain yang akan dilakukan (bermain terapeutik atau terapi bermain) serta untuk menentukan permainan apa yang cocok untuk anak sesuai dengan kelompok usia perkembangan</p> <p>Perawat perlu mereview catatan perkembangan terintegrasi untuk melihat kondisi anak dan apakah ada kontraindikasi program bermain dengan kondisi anak saat ini</p>
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <p>1. PERSIAPAN ALAT(* = wajib ada)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rancangan program bermain yang lengkap dan sistematis 2. Alat bermain yang aman, sesuai, kreatif, tepat guna 	<p>Perlu disusun rancangan proram bermain yang sistematis supaya permainan terarah dan jelas tujuan yang akan dicapai.</p> <p>Perawat perlu mempersiapkan alat bermain yang aman, sesuai, kreatif, tepat guna</p>  <p>berdasarkan jenis permainan yang sudah ditentukan dan usia anak</p>

	Gambar contoh alat bermain edukatif
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas anak Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Melakukan kontrak waktu Mengecek keadaan umum dan kesiapan anak (tidak mengantuk, tidak rewel) 	<p>Menerapkan prinsip pasien safety pada semua tindakan keperawatan</p> <p>Anak dan keluarga perlu mendapatkan informasi prosedur yang akan dilakukan, tujuan dan waktu kegiatan bermain akan dilaksanakan</p> <p>Anak yang akan dilakukan kegiatan bermain memiliki keadaan umum yang baik, siap untuk bermain (tidak mengantuk & tidak rewel)</p>
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> Siapkan lingkungan yang aman dan nyaman. Bermain dapat dilakukan bersama-sama diruangan bermain *Jika resiko infeksi tinggi, bermain dapat dilakukan diruangan anak masing-masing tanpa menggabungkan anak dengan pasien anak yang lain 	 <p>Gambar ruang bermain</p>
Implementation (I) : Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuci tangan 6 langkah Melakukan salam untuk mencairkan suasana dan sosialisasi (contoh: are you ready??? Goo... 	<p>Menerapkan prinsip pasien safety pada semua tindakan keperawatan untuk pencegahan infeksi</p> <p>Perawat perlu mencairkan suasana untuk membina</p>

<p>atau salam Se...ma...ngat, Semangat)</p> <p>3. Atur posisi yang nyaman untuk anak</p> <p>4. Memberi petunjuk pada anak cara bermain (contoh: bermain terapeutik: tebak peran)</p> <p>5. Memandu anak untuk melakukan permainan</p> <p>6. Merangsang perkembangan anak, mendorong ekspresi pengetahuan dan perasaan anak</p> <p>7. Memotivasi keterlibatan keluarga dalam terapi bermain</p> <p>8. Mengobservasi emosi, hubungan interpersonal, psikomotor anak saat bermain</p>	<p>hubungan terapeutik dengan anak.</p>  <p>Sosialisasi diperlukan untuk menstimulasi percaya diri dan kemampuan sosialisasi anak Supaya anak nyaman selama kegiatan bermain</p>  <p>Gambar anak dalam posisi nyaman Supaya anak dapat memahami apa dan bagaimana kegiatan bermain yang akan dilakukan Gambar memberi petunjuk cara bermain</p>
--	---

<p>9. Motivasi anak untuk berbagi perasaan, pengetahuan, dan persepsi</p> <p>10. Komunikasikan penerimaan perasaan, baik positif maupun negatif, yang diungkapkan melalui permainan</p> <p>11. Monitor tingkat kecemasan dan respons anak selama terapi</p> <p>12. Lanjutkan terapi bermain/bermain terapeutik secara teratur untuk membangun kepercayaan dan mengatasi masalah yang dialami anak.</p>	<p>Perawat perlu memandu anak dalam kegiatan bermain supaya bermain terarah. Keluarga perlu dilibatkan.</p> <p>Dalam proses bermain anak perlu</p>  <p>mengungkapkan perasaan dan apa yang dipikirkannya. Hal ini diperlukan untuk menilai aspek perkembangan anak, kognitif, personalsosial dan sosialisasi</p> <p>Gambar anak mengekspresikan perasaanya</p>
<p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri reinforcement positif 2. Rapikan alat bermain bersama anak 3. Cuci tangan 6 langkah 	<p>Kegiatan bermain terapeutik maupun terapi bermain perlu dilakukan secara berkelanjutan, karena meskipun dalam kondisi sakit proses tumbuh kembang perlu</p> 

	<p>tetap difasilitasi dengan optimal</p> <p>Reinforcement positif dan melibatkan anak sangat penting untuk meningkatkan kepercayaan diri anak.</p> <p>Menerapkan prinsip pasien safety pada semua tindakan keperawatan untuk pencegahan infeksi</p>
Evaluation (E) : Evaluasi	<p>1. Untuk kegiatan bermain terapeutik: evaluasi emosional, hubungan inter-personal, psikomotor anak setelah kegiatan bermain</p> <p>2. Untuk kegiatan terapi bermain: evaluasi penurunan respons masalah kesehatan atau perkembangan anak</p> <p>3. Sampaikan kesimpulan hasil bermain pada anak dan keluarga</p> <p>4. Evaluasi respon anak dan keluarga terhadap kegiatan bermain</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur dan respons anak</p>
Sikap	<p>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>3. Melibatkan keluarga</p> <p>4. Komunikatif dengan anak dan keluarga</p> <p>5. Ramah dan Percaya diri</p>

Daftar Pustaka

- Bowden, V. R. & Greenberg. C. S. (2015). Pediatric Nursing Procedures (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong's Nursing Care of Infants and Children (10 ed.). St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan (1st ed.) Jakarta: DPP PPNI

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMBERIAN KEMOTERAPI PADA ANAK



PEMBERIAN KEMOTERAPI PADA ANAK

Ikha Ardianti, S.Kep., Ners., M.Kep.

1. Definisi

Kemoterapi adalah pemberian obat sitostatika atau anti kanker pada pasien yang terdiagnosis kanker yang bertujuan untuk menghambat poliferasi dan membunuh sel kanker

2. Tujuan

- a. Mengecilkan ukuran atau massa sel kanker
- b. Menghambat poliferasi sel kanker
- c. Menghambat metastasis sel kanker
- d. Membunuh sel kanker yang masih tersisa setelah operasi pengangkatan massa
- e. Terapi kuratif
- f. Terapi paliatif atau sebagai radiosentitizer
- g. terapi kuratif, bagian dari terapi paliatif atau sebagai *radiosensitizer*

3. Indikasi

- a. Sebagai terapi *adjuvant* pada kanker stadium awal atau stadium lokal setelah pembedahan
- b. Sebagai terapi *neoadjuvant* yang diberikan sebelum tindakan operasi atau radiasi
- c. Sebagai terapi *paliativ care* pada pasien kanker stadium lanjut
- d. Sebagai terapi *radiosensitizer* yang dilakukan bersama dengan radioterapi

4. Kontraindikasi

- a. Kontra indikasi *absolut*
 - 1) Pasien koma
 - 2) Pasien hamil trimester 1
 - 3) Penyakit stadium terminal
 - 4) Pasien mengalami septokemia yaitu keracunan darah akibat bakteri yang masuk kedalam sirkulasi darah dalam jumlah banyak sehingga beresiko menyebabkan sepsis.
- b. Kontra indikasi relatif
 - 1) Gangguan organ vital yang berat, seperti gagal jantung, gagal ginjal
 - 2) Pasien tidak kooperatif
 - 3) Pasien berusia lanjut

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Hindari kontaminasi dengan obat sitostatika

- b. Pastikan keadaan umum pasien sebelum tindakan kemoterapi

6. Contoh Kasus

Anak K usia 15 tahun dengan diagnosa Leukemia, dirawat di ruang perawatan anak untuk menjalani kemoterapi siklus ketiga. Atas advis dokter onkologi Anak K dijadwalkan kemo regimen MTX 30mg hari ini pukul 09.30 WIB. Hasil pengkajian: TD: 20x/menit, T: 36,9⁰, dan N: 79x/menit. BB 36 kg, TB 150 cm, pasien mengeluh tidak nafsu makan.

Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Monitoring atau evaluasi dampak kemoterapi siklus ke-2
- b. Monitoring atau evaluasi dampak kemoterapi siklus ke-3
- c. Healt edukasi cara meningkatkan nafsu makan
- d. Menghitung status nutrisi pasien
- e. Pemberian kemoterapi

7. Pembahasan soal kasus

- a. Kata kuncinya adalah anak dirawat untuk menjalani kemoterapi siklus ketiga, advis dokter onkologi Anak K dijadwalkan kemo regimen MTX 30mg hari ini pukul 09.30 WIB. Maka intervensi keperawatan yang harus dilakukan adalah e.pemberian kemoterapi siklus ke-3 sesuai advis dokter.
- b. Kenapa bukan opsi A?

Hal tersebut dikarenakan tindakan monitoring dampak kemoterapi siklus ke-2 dilakukan pada saat kemoterapi dilakukan dan untuk dan tindakan evaluasi kemoterapi siklus ke-2 dilakukan selama 1x 24 jam setelah kemoterapi selesai diberikan.

- c. Kenapa bukan opsi B?

Hal tersebut dikarenakan tindakan monitoring dampak kemoterapi siklus ke-3 dilakukan pada saat kemoterapi dilakukan dan untuk dan tindakan evaluasi kemoterapi siklus ke-3 dilakukan selama 1x 24 jam setelah kemoterapi selesai diberikan.

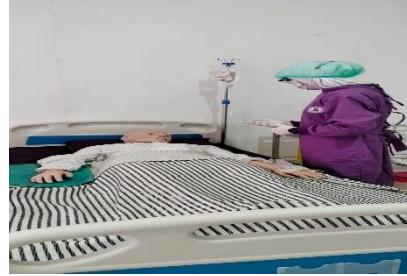
- d. Kenapa bukan opsi C?

Intervensi Healt edukasi cara meningkatkan nafsu makan tidak terlalu urgent sehingga dapat dilakukan setelah pasien menjalani kemoterapi siklus ke-3 sesuai jadwal dan regimen pengobatan.

- e. Kenapa bukan opsi D?

Intervensi menghitung status nutrisi pasien tidak terlalu urgent sehingga dapat dilakukan setelah pasien menjalani kemoterapi siklus ke-3 sesuai jadwal dan regimen pengobatan.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
<p>Fase Prainteraksi</p> <p>1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien meliputi nama pasien, jenis dan dosis obat sitostatika, serta rute pemberian.</p> <p>2. Cek hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap, GDA, faal ginjal, faal hati, albumin, dan EKG dalam batas normal.</p>	<p>Validasi pasien dengan terapi</p>  <p>Memastikan kondisi pasien benar-benar bisa dilakukan kemoterapi</p> 
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <p>1. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Obat sitostatika* b. Cairan NaCl 0,9% atau Dextrose 0,5%* c. Spuit disposable (5cc, 10cc, 20cc, 50cc)* d. Infuse set* e. Bak isntrumen* f. Alcohol swab* g. Plastik disposable * h. APD lengkap (gaun, sepatu bot, masker, penutup kepala, kacamata google, face shield, dan sarung tangan. i. Pengalas atau perlak 	<p>Agar semua alat lengkap sesuai kebutuhan</p> 

	
PERSIAPAN KLIEN	
1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien	Menciptakan trust pasien terhadap perawat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan, beri kesempatan untuk bertanya.	Menurunkan kecemasan sebelum tindakan
3. Atur posisi pasien senyaman mungkin	 Meningkatkan rasa nyaman pasien
4. Pemberian antiemetik sesuai program terapi 30 menit sebelum kemoterapi	  Menurunkan efek samping mual muntah setelah kemoterapi

PERSIAPAN LINGKUNGAN	
1. Jaga privasi klien (tutup tirai)	Meningkatkan rasa nyaman pasien 
2. Atau turunkan penghalang tempat tidur	Meningkatkan rasa nyaman pasien 
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja <ul style="list-style-type: none"> a. Penyiapan obat <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 	Untuk menjaga prinsip aseptik, mencegah infeksi nosokomial 
<ol style="list-style-type: none"> 2. APD lengkap (gaun, sepatu bot, masker, penutup kepala, kacamata google, face shield, dan sarung tangan rangkap 2) 	Mencegah kontaminasi zat/obat sitostatika 

3. Sebelum membuka ampul, pastikan bahwa cairan obat tidak berada dipuncak ampul



Mencegah kontaminasi obat

4. Gunakan kasa untuk membuka ampul obat

Agar tidak terjadi luka dan mencegah kontaminasi dengan obat



5. Ambil obat sitostatika sesuai program terapi, Larutkan dengan NaCl 0,9% atau dextrose 0,5%.



6. Keluarkan udara di dalam sputit tanpa membuat obat terbuang atau keluar dari jarum sputit

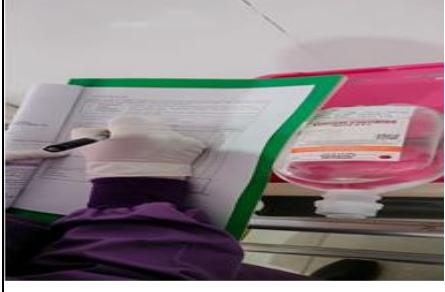
Terapi obat sesuai advis

Mencegah emboli

Menghindari kelebihan dosis obat

<p>7. Masukkan obat dari spuit kedalam flabot NaCl 0,9% atau dextrose 5% sesuai dengan volume yg telah ditentukan di program terapi.</p>	<p>Memudahkan evaluasi proses dalam tindakan keperawatan</p> 
<p>8. Buat label: nama pasien, jenis obat, dosis obat, rute pemberian, tanggal & jam pemberian.</p>	
<p>9. Masukkan obat yang sudah disiapkan kedalam kontainer</p>	 <p>Menurunkan resiko paparan obat sitostatik</p>
<p>10. Masukkan sampah ke plastik (jarum kedalam wadah khusus) dan langsung diikat dan diberi etiket.</p>	 <p>Mencegah paparan obat sitostatika dan Untuk menghindari resiko kontaminasi obat, dan tusukan jarum bekas.</p>

<p>b. Pemberian obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek prinsip 5 benar pemberian obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, & benar waktu pemberian) 2. Pasang pengalas dibawah daerah tusukan infus 3. Lakukan teknik aseptik dan antiseptic 	 <p>Menghindari kesalahan dalam pemberian intervensi kemoterapi</p>  <p>Mencegah obat maupun cairan merembes mengenai bad</p>  <p>Mencegah infeksi</p>  <p>Memasang rute pemberian obat</p>
---	--

<p>4. Jika pasien belum terpasang infuse, lakukan pemasangan infuse sesuai SOP</p>	
<p>5. Pasang cairan infuse yang berisi obat sitostatika dengan secara perlahan sesuai program terapi (gunakan syiringe pump jika perlu).</p>	<p>Memberikan obat sitostatika sesuai program terapi</p> 
<p>6. Jika obat telah habis, maka bilas dengan cairan NaCl 0,9%</p>	<p>Melanjutkan terapi cairan</p> 
<p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri <i>reinforcement positif</i> 	<p>Memberikan apresiasi kepada pasien atas kerjasamanya dan kooperatifnya selama intervensi</p> 

2. Rapikan alat	<p>Mengembalikan ruangan seperti semula dan meletakkan peralatan sesuai dengan tempat seharusnya sesuai SOP</p> 
3. Bekas flabot infus dimasukkan kedalam kantong plastik, diikat dan diberi etiket.	<p>Mencegah infeksi nosokomial dan menurunkan resiko paparan obat sitostatika</p> 
4. Lepas APD (gaun, topi, sepatu, kacamata google) dimasukkan kedalam air rendam dengan detergent	<p>Mencegah paparan obat sitostatika</p> 
5. Lepaskan APD disposable dimasukkan kedalam kantong plastik, diikat dan diberi etiket.	<p>Mencegah paparan obat sitostatika</p> 

<p>6. Cuci tangan</p>	 <p>Mencegah infeksi nosokomial, dan mencegah paparan zat sitostatika</p> 
Evaluation (E) : Evaluasi	
<p>1. Evaluasi respon pasien dan gejala selama selama pemberian kemoterapi</p>	<p>Mengevaluasi hasil tindakan</p> 
<p>2. Evaluasi keadaan umum pasien</p> <p>3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	<p>Mengevaluasi dan mengidentifikasi respon dan gejala yang muncul setelah tindakan</p>  <p>Mencatat hasil evaluasi dari tindakan</p>

	
Sikap	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Menerapkan 5 prinsip benar obat 3. Melakukan tindakan dengan sistematis 4. Komunikatif dengan pasien 5. Percaya diri 	<p>Mencegah infeksi nosokomial</p> <p>Validasi agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian intervensi kemoterapi</p> <p>Menjaga trust</p> <p>Menurunkan resiko human error dalam tindakan</p>

Daftar Pustaka

Direktorat Binfar Komnik Depkes RI, 2009, Pedoman Pencampuran Obat Suntik dan Penanganan Sitostatika.

Firmana, 2017. Keperawatan Kemoterapi. Jakarta: Salemba Medika.

Gale, S. A & Charette, D. E. 2016. Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi. Jakarta: EGC.

Pedoman Tatalaksana Terapi Sistemik Pada Kanker. Jakarta:

Permono dkk, 2006. Buku Ajar Hematologi Onkologi Anak. Jakarta: IDI

Sukardja, I.D.G. 2010. Onkologi Klinik Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PENILAIAN RISIKO JATUH(*Humpty Dumpty Falls Score*)



PENILAIAN RISIKO JATUH

(Humpty Dumpty Falls Score)

Erin Rika Herwina, S.Kp., M.Kep.

1. Definisi

Tata cara pengisian form "fall risk assessment in children, the humty dumty scale" yang dilakukan oleh perawat. Formulir ini digunakan sebagai indikator risiko jatuh pada pasien anak dibawah usia 10 tahun.

2. Tujuan

- a. Menentukan skala penilaian risiko jatuh pada anak oleh perawat yang terdiri dari 7 tujuh item yakni usia, jenis kelamin, diagnosis, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respons terhadap pembedahan/sedasi, dan penggunaan obat. 7 tujuh item yakni usia, jenis kelamin, diagnosis, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respons terhadap pembedahan/sedasi, dan penggunaan obat.
- b. Sebagai indicator mutu pelayanan keperawatan mencegah pasien anak jatuh.

3. Indikasi

Screening pasien resiko jatuh pada anak usia anak dibawah 10 tahun

4. Kontraindikasi :-

5. Hal yang perlu diperhatikan :

- a. Mengisi identitas pasien pada bagian kanan atas
 - 1) Nama dan nama keluarga (bin atau binti)
 - 2) Tanggal lahir pasien
 - 3) Nama dokter penanggung jawab (dpjp)
 - 4) Nomor medical record pasien
 - 5) Jenis kelamin pasien
- b. Halaman pertama : Perawat menilai pasien sesuai parameter yang tercantum di kolom sebelah kiri, terdapat tujuh poin yang dinilai, meliputi : umur, jenis kelamin, diagnose medis, kelainan kognitif, faktor lingkungan, respon terhadap sedasi/analgesi dan penggunaan obat-obatan
- c. Penilaian setiap parameter, perawat mencantumkan skor di kolom sebelah kanan.
- d. Skor dijumlahkan sehingga dapat diketahui skor risiko jatuh

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	<input type="checkbox"/> < 3 tahun <input type="checkbox"/> 3 - 7 tahun <input type="checkbox"/> 7 – 13 tahun <input type="checkbox"/> ≥ 13 tahun	4 3 2 1	
Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki - laki <input type="checkbox"/> Perempuan	2 1	
Diagnosis	<input type="checkbox"/> diagnosis neurologi <input type="checkbox"/> perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.) <input type="checkbox"/> gangguan perilaku / psikiatri <input type="checkbox"/> diagnosis lainnya	4 3 2 1	
Gangguan kognitif	<input type="checkbox"/> tidak menyadari keterbatasan dirinya <input type="checkbox"/> lupa akan adanya keterbatasan <input type="checkbox"/> orientasi baik terhadap diri sendiri	3 2 1	
Faktor lingkungan	<input type="checkbox"/> riwayat jatuh/bayi diletakan di tempat tidur dewasa <input type="checkbox"/> pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakan dalam tempat tidur bayi/perabot rumah <input type="checkbox"/> pasien diletakkan di tempat tidur <input type="checkbox"/> area di luar RS	4 3 2 1	
Respons terhadap : Pembedahan/ Sedasi/anestesi	<input type="checkbox"/> dalam 24 jam <input type="checkbox"/> dalam 48 jam <input type="checkbox"/> >48 jam atau tidak menjalani pembedahan/ sedasi/ anestesi	3 2 1	
Penggunaan Medikamentosa	<input type="checkbox"/> penggunaan multipel: sedative, obat hipnotis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose <input type="checkbox"/> penggunaan salah satu obat di atas <input type="checkbox"/> penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	3 2 1	

Skor asesmen risiko jatuh : (skor minimum 7, skor maksimum 23)

- Skor 7 – 11 : risiko rendah
- Skor ≥ 12 : risiko tinggi

6. Contoh kasus :

Seorang anak laki-laki usia 13 tahun dilakukan tindakan operasi apendictomy dengan riwayat narkose umum pada dilakukan tindakan operasi 6 jam yang lalu. Saat ini pasien masih berbaring di tempat tidur dengan skala nyeri 7.

Lakukanlah penilaian risiko jatuh pada anak tersebut!

7. Pembahasan Soal Kasus :

Usia 13 tahun	Skor :	2
Jenis kelamin laki-laki	Skor :	2
Diagnosis appendectomy	Skor :	1
Gangguan kognitif baik terhadap diri sendiri	Skor :	1
Faktor lingkungan : pasien diletakkan di tempat tidur	Skor :	2
Respons terhadap : Pembedahan Sedasi/anestesi : masih dalam 24 jam	Skor :	3
Penggunaan Medikamentosa : pasien menggunakan salah satu obat yaitu sedative	Skor :	2
Jumlah	Skor :	13

Berdasarkan kasus diatas, maka pasien **termasuk risiko tinggi jatuh** dengan skor angka 13.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	Gambar
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi	
1. Kaji keadaan umum pasien 2. Perhatikan lingkungan yang nyaman saat pengkajian	
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 1. Persiapkan format risiko jatuh pada lembar yang sudah disediakan. 2. Format pengkajian risiko jatuh pada anak dengan format yang tersedia, yaitu <ul style="list-style-type: none"> • Usia • jenis kelamin • diagnosis medis • gangguan kognitif • faktor lingkungan • respon terhadap pembedahan/anestesi dalam 24 jam, • penggunaan medikamentosa. 	
PERSIAPAN KLIEN	

<ol style="list-style-type: none"> Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada penunggu/keluarga pasien Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) 	
PERSIAPAN LINGKUNGAN	
<ol style="list-style-type: none"> Jaga privasi klien(tutup tirai) Atau turunkan penghalang tempat tidur 	
Implementation (I) : Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuci tangan Melakukan identifikasi dengan melihat medical record dan verifikasi terhadap pasien anak terhadap : <ul style="list-style-type: none"> a. Usia b. Jenis kelamin c. Diagnosis medis d. Gangguan kognitif e. Factor lingkungan f. Respon terhadap pembedahan/anestesi dalam 24 jam, g. Penggunaan medikamentosa. Masukkan score pada setiap identifikasi yang dinilai Pasang gelang kuning risiko jatuh pada tangan kanan atau kiri anak <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Beri <i>reinforcement positif</i> Rapikan alat Cuci tangan 	 
Evaluation (E) : Evaluasi	
<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi hasil perhitungan penilaian risiko jatuh pada anak yang telah dilakukan Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan 	
Sikap	

<ol style="list-style-type: none">1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan2. Melakukan tindakan dengan sistematis3. Komunikatif dengan pasien4. Percaya diri	
---	--

Daftar Pustaka

Chromá, J. (2016). Risk of falling in pediatric nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(4), 542-548.

Frank, K. T., Fisher, J. A., & Leggett, W. C. (2022). The dynamics of exploited marine fish populations and Humpty Dumpty: similarities and differences. *Restoration Ecology*, e13680.

https://sirs.kemkes.go.id/fo/uploads/5371057/PANDUAN_RISIKO_JATUH.pdf

<https://gustinierz.com/menilai-risiko-jatuh-pasien-anak-dengan-skala-humpty-dumpty/>

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PEMBERIAN OBAT DESFERAL



PEMBERIAN OBAT DESFERAL

Mery Sambo, Ns., M.Kep.

1. Definisi

Memberikan obat desferal secara subcutan melalui alat infus pump dalam waktu 8-12 jam.

2. Tujuan

Menurunkan/mencegah penumpukan zat besi dalam tubuh baik itu hemokromatosis (penumpukan zat besi dibawah kulit) ataupun hemosiderosis (penumpukan zat besi dalam organ).

3. Indikasi

- a. Pasien thalasemia yang mendapatkan transfusi darah secara rutin (berulang)
- b. Kadar Ferritin serum ≥ 1000 mg/ml
- c. Pasien thalasemia yang mendapat transfusi 4 - 7 kali dalam seminggu.

4. Kontraindikasi

Tidak dilakukan pada klien dengan gagal ginjal

5. Hal yang harus diperhatikan (saat melakukan tindakan)

- a. Hindari penggunaan asam ascorbat pada awal pengobatan
- b. Monitor nilai laboratorium sebelum injeksi
- c. Hindari penyuntikan pada area yang memar, nyeri tekan dan bengkak

6. Contoh Kasus (Dalam bentuk soal UKOM – Sesuai dengan Topik/Judul)

Anak laki-laki, 6 tahun dirawat di ruang perawatan anak dengan thalasemia. Hasil pengkajian: tampak pucat, lelah saat beraktivitas, malas makan, pembesaran limpa, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36°C, ferritin serum 2000 mg, saturasi transferin 80 %, gambaran EKG: aritmia. Riwayat rutin mendapatkan transfusi darah.

Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Suplemen zat besi
- b. Terapi kelasi besi
- c. Transfusi darah
- d. Antiaritmia
- e. Diuretik

7. Pembahasan soal kasus

Anak dengan talasemia mengalami anemia dan sudah dapat terlihat pada usia kurang dari 1 tahun. Derajat anemia yang terjadi dapat bervariasi dari ringan sampai berat. Gejala anemia dapat diatasi dengan memberikan transfusi darah. Transfusi darah bertujuan untuk mempertahankan kadar hemoglobin 9-10 g/dl, akan tetapi pemberian transfusi darah secara terus menerus akan menyebabkan terjadinya penumpukan besi pada jaringan parenkim hati dan disertai dengan serum besi dan ferritin yang tinggi. Untuk mengatasi penumpukan zat besi perlu dilakukan tindakan adalah b. terapi kelasi besi (desferal, ferriprox, eksjade).

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi Mengkaji kondisi pasien meliputi : usia, tingkat hemokromatois dan hemosiderosis (kadar ferritin)	Untuk menentukan tindakan yang tepat
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 1. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> a. Spoit 10 cc b. Wing needle c. Alas d. Bengkok e. Kapas alkohol pada tempat tertutup f. Infus pump g. Obat yang diperlukan (desferal) h. Pengencer (aquadest steril) dalam botol i. Plester j. Gunting plester 	

PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 3. Menjelaskan efek dari obat desferal terhadap warna urine 	
PERSIAPAN LINGKUNGAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan lingkungan yang aman dan nyaman 2. Jaga privasi pasien (menutup tirai) 	Untuk menjaga privasi pasien
Implementation (I) : Implementasi		
Fase Kerja	<p>1. Mencuci tangan</p> <p>Menghindari suatu transmisi mikroorganisme</p>  <p>2. Meletakkan alat-alat yang diperlukan dengan memperhatikan teknik aseptic dan antiseptik</p> <p>Memudahkan perawat dalam melakukan tindakan</p>  <p>3. Mempersiapkan obat desferal sesuai kebutuhan. Mengencerkan obat dengan pelarut (1 vial obat dilarutkan dengan aquabidest 5 ml)</p>	

<p>4. Memegang botol obat dengan tangan yang tidak dominan dan tarik obat sejumlah yang diperlukan</p>	
<p>5. Memeriksa adanya udara dalam sputit, bila ada keluarkan dengan posisi tepat</p>	<p>Udara dalam sputit dapat menyebabkan emboli</p> 
<p>6. Menyambungkan sputit dengan <i>wing needle</i></p>	
<p>7. Memeriksa kembali adanya udara dalam sputit dan <i>wing needle</i>, bila ada keluarkan dengan posisi yang tepat</p>	

8. Menyiapkan infus pump



9. Membawa peralatan ke dekat pasien



10. Memakai sarung tangan



Menghilang mikroorganisme pada kulit

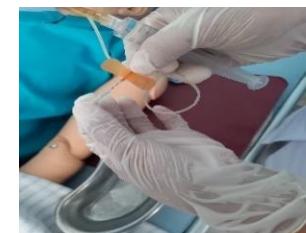
11. Meletakkan perlak dibawah lengan pasien



12. Mendekatkan bengkok ke dekat pasien

13. Memilih area yang akan diinjeksi

Mempersiapkan jarum untuk injeksi



<p>14. Mendesinfeksi kulit secara sirkuler (dari tengah ke arah luar) dengan kapas alkohol dan biarkan kering.</p>	
<p>15. Melepaskan penutup <i>wing needle</i></p>	<p>Kulit yang ditarik untuk ditegangkan memudahkan masuknya jarum</p>
<p>16. Menggunakan tangan non-dominan untuk menarik kulit pada sisi injeksi</p>	
<p>17. Memegang <i>wing needle</i> dengan tangan dominan seakan-akan memegang pensil atau anak panah</p>	
<p>18. Menginsersikan jarum dengan cepat pada sudut yang benar (45^0-90^0).</p>	<p>Posisi ini mencegah kehilangan medikasi yang tidak disengaja saat memasukkan jarum</p>
<p>19. Memfiksasi <i>wing needle</i> dengan plester</p>	
<p>20. Meletakkan sputit pada infus pump dan mengatur waktu yang dibutuhkan</p>	<p>Posisi ini mencegah kehilangan medikasi yang tidak disengaja saat memasukkan jarum</p>
<p>21. Merapikan alat</p>	<p>Untuk memasukkan obat pada jaringan lemak subkutan dan jaringan otot.</p>
	<p>Mengurangi mikroorganisme</p>
	<p>Dukungan psikologis dapat memberikan semangat pada pasein dan keluarga</p>

22. Melepaskan sarung tangan	
23. Mencuci tangan	
Fase Terminasi	
24. Memberikan <i>reinforcement positif pada pasien</i>	
Evaluation (E) : Evaluasi	
25. Peka terhadap kondisi pasien seperti reaksi alergi terhadap obat, pembengkakan pada wajah, bibir, lidah dan tenggorokan, nyeri dan pembengkakan pada area yang disuntik. 26. Observasi tanda-tanda vital 27. Kelancaran dan kepatenan obat pada infus pump	Efek samping pemberian obat harus diawasi secara ketat untuk menentukan intervensi selanjutnya
Sikap	
28. Menerapkan teknik aseptik dan antiseptik sebelum dan sesudah tindakan Melakukan tindakan dengan sistematis Mempertahankan komunikasi dengan pasien	Menghindari mikroorganisme masuk kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi. Memudahkan pelaksanaan tindakan Membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien

Daftar Pustaka

Ball & Bindler, 1999. *Pediatric Nursing Caring for Children*. Stamford Connecticut:
Appleton and Lange

Hazinski, M. F. 1999. *Manual of Pediatric Critical Care*. St Louis.Missouri: Mosby Inc

Lantip Rujito.2019.*Talasemia : Genetik Dasar dan Pengelolaan Terkini*. Universitas
Jenderal Soedirman.

Liansyah & Herdata.2018. Aspek klinis dan Tata Laksana Thalasemia pada Anak. *J.Ked. N.
Med.* Vol. 1. No.1

Wong, D.L. 2004. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta: EGC

Wong & Whaley, 1996. *Clinical Manual of Pediatric Nursing*. USA : CV Mosby Company

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

PIJAT BAYI



PIJAT BAYI

Juniah, S. Kep., Ners. M.Kes.

1. Definisi

Gerakan/sentuhan yang diberikan pada bayi setiap hari selama 15 menit, sejak ia lahir hingga usia 3 tahun untuk memacu sistem sirkulasi bayi dan denyut jantung, pernafasan, dan sistem kekebalan tubuh.

2. Tujuan

- a. Meningkatkan/memperkuat sistem kekebalan daya tahan tubuh bayi
- b. Memacu sistem sirkulasi bayi dan denyut jantung, sistem pernafasan, sistem pencernaan, dan sistem kekebalan tubuh.
- c. Mengajarkan bayi untuk lebih tenang dalam menghadapi stress
- d. Meningkatkan konsentrasi bayi
- e. Meningkatkan efektivitas istirahat (tidur)bayi
- f. Mendorong pertumbuhan susunan otot dan kelenturan yang penting bagi kemampuan fisik.
- g. Meningkatkan hubungan ikatan kasih sayang orangtua dan bayi
- h. Meningkatkan berat badan bayi.
- i. Membantu meringankan ketidaknyamanan dalam sistem pencernaan

4. Indikasi

Pemijatan boleh dilakukan sejak:

- a. Bayi dapat dipijat sejak lahir
- b. Bila bayi dibawah usia 2 bulan, pemijatan dilakukan dengan lembut
- c. Pemijatan setiap hari selama 15 menit dalam 6 hingga 7 bulan pertama kehidupannya akan sangat bermanfaat bagi bayi
- d. Pemijatan dapat dilakukan hingga usia 3 tahun

5. Kontraindikasi

- a. Memijat langsung setelah selesai makan
- b. Memijat saat bayi tidur
- c. Bayi dalam keadaan sakit
- d. Memaksa bayi yang tidak mau dipijat

6. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Selama pemijatan, buat kontak mata dengan bayi
- b. Ajarkan bayi bicara atau bersenda gurau/bernyanyi
- c. Mulai dengan sentuhan lembut dan secara bertahap tambahkan pada pijatan

- d. Bila bayi sedikit menangis tenangkan dahulu. Bila menangis lebih keras, hentikan pijatan.
- e. Jangan memijat bayi langsung sehabis makan
- f. Jika menggunakan baby oil, mandikan bayi setelah dipijat
- g. Sediakan waktu untuk tidak diganggu minimal selama 15 menit dalam proses tahap pemijatan
- h. Persiapkan ruangan atau lingkungan yang tenang, hangat, dan hindari ruangan yang pengap

7. Contoh Kasus

Seorang bayi umur 7 bulan dibawa ke poli klinik tumbuh kembang dengan kondisi rewel. Hasil pengkakian fisik: didapatkan perut kembung, Saat ini, perawat akan melakukan pijat bayi pada bayi tersebut dengan melakukan teknik pemijatan bayi dengan teknik I Love You.

Dimana teknik pemijatan bayi tersebut dilakukan?

- a. Kaki
- b. Dada
- c. Perut
- d. Muka
- e. Tangan

8. Pembahasan soal

- a. Teknik pemijatan pada kaki adalah Gerakan *Milking India*, Gerakan *Squeezing*, Gerakan *Thumb after Thumb*, Gerakan *spiral*, Gerakan *Fingershake*
- b. Teknik pemijatan pada dada terdiri dari gerakan membentuk hati dan gerakan kupu – kupu.
- c. Teknik pemijatan pada kasus adalah c. perut terdiri dari pijat *I Love You*, mengayuh sepeda, dan gerakan gelembung angin
- d. Teknik pemijatan pada muka adalah gerakan pada dahi, alis, hidung, mulut dan rahang bagian bawah.
- e. Teknik pemijatan pada tangan sama dengan pemijatan pada kaki Gerakan *Milking India*, Gerakan *Squeezing*, gerakan *Rolling*, Gerakan *Thumb after Thumb*, Gerakan *spiral*, Gerakan *Fingershake*

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keadaan bayi 2. Review catatan medis dokter 3. Kaji kesiapan psikologis bayi untuk dilakukan pijat bayi 4. Siapkan alat – alat. 	
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT(* = wajib ada) <ol style="list-style-type: none"> a. Baby oil/Baby Lotion* b. Handuk* c. Alas kain yang bersih dan lembut* d. Popok bayi dan Baju bayi 	
PERSIAPAN KLIEN <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien. 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada orangtua. 3. Baringkan bayi diatas permukaan kain yang datar /rata dan tidak keras menggunakan pengalas kain yang bersih dan lembut. 4. Duduklah pada posisi yang nyaman dan tenang. 5. Mintalah izin pada bayi sebelum melakukan pemijatan dengan cara membelai wajah dan kepala bayi sambil mengajaknya bicara. 6. Pandangilah mata bayi selama pemijatan berlangsung 7. Awali pemijatan dengan melakukan sentuh ringan, kemudian secara bertahap tambahkan tekanan pada sentuhan yang dilakukan. 	

PERSIAPAN LINGKUNGAN	Menciptakan suasana yang tenang dan nyaman pada bayi selama pemijatan.
<p>1. Jaga privasi lingkungan klien</p> <p>2. Putarlah lagu – lagu yang tenang dan lembut selama kegiatan pemijatan berlangsung</p> <p>3. Setiap gerakan pada tahap pemijatan dapat dilakukan sebanyak 6 kali</p>	
Implementation (I) : Implementasi <p>Fase Kerja</p> <p>1. Cuci tangan menggunakan air hangat</p> <p>2. Gosok tangan dengan menggunakan baby oil atau baby lotion.</p> <p>3. Lakukan pemijatan dengan lembut dan bertahap.</p> <p>4. Mulailah pemijatan dengan urutan sebagai berikut: kaki, perut, dada, tangan, muka, dan diakhiri pada bagian punggung.</p> <p>A. Kaki</p> <p>1) Gerakan <i>Milking India</i> Peganglah kaki bayi pada pangkal paha dengan menggunakan kedua telapak tangan seperti memegang pemukul <i>soft ball</i>, kemudian dilanjutkan dengan melakukan gerakan tangan kanan mulai dari bagian pangkal paha ke arah pergelangan kaki atau tumit bayi, dilanjutkan dengan tangan kiri dari pangkal paha ke arah pergelangan kaki atau tumit. Demikian seterusnya, gerakkan tangan kanan dan kiri ke bawah secara bergantian dan berulang – ulang seolah memerah susu.</p> <p>2) Gerakan <i>Squeezing</i> Genggam dan putarlah kaki bayi dengan lembut dengan menggunakan telapak tangan mulai dari pangkal paha ke pergelangan kaki .</p> <p>3) Gerakan <i>Thumb after Thumb</i> Pijat telapak kaki dan punggung kaki dengan kedua ibu Jari secara bergantian dari tumit samapi dengan ke arah jari jari</p>	<p>Gerakan Milking India</p>  <p>Gerakan Squeezing</p>  <p>Pijat Bayi 149</p>

<p>4) Gerakan <i>spiral</i> Lakukan Gerakkan pijatan memutar dengan kedua ibu jari pada area punggung dan telapak kaki.</p> <p>5) Gerakan <i>Fingershake</i> Lakukan gerakan pijat lembut jari bayi satu persatu menuju ke arah ujung jari dengan gerakan memutar. Akhirilah gerakan ini dengan tarikan lembut pada tiap ujung jari.</p>	<p>Gerakan <i>Thumb after Thumb</i></p>
	<p>Gerakan <i>spiral</i></p>
	<p>Gerakan <i>Fingershake</i></p>
<p>B. Perut</p>	<p>1) Lakukan gerakan memijat diatas perut seperti mengayuh sepeda, dari atas kearah bawah perut. Gerakan ini dilakukan secara bergantian dengan tangan kanan dan kiri.</p> <p>2) Kedua kaki bayi diangkat kemudian letakkan lutut bayi perlahan – lahan kearah perut.</p> <p>3) Buat gerakan melingkar dengan kedua tangan secara bergantian, searah jarum jam dimulai dari sebelah kanan ibu.</p> <p>4) Gerakkan "I Love U". Pemijatan "I love u" terdiri dari 3 gerakan:</p> <p>(a) "I" lakukan pijatan pada sisi kiri perut bayi kearah bawah perut dengan menggunakan jari-jari tangan kanan ibu membentuk huruf "I".</p> <p>(b) "Love" membentuk huruf "L" terbalik lakukan pijatan mulai dari sebelah kanan atas terus kesebelah kiri perut bayi kemudian dari kiri atas ke bawah perut.</p> <p>(c) "YOU" gerakkan pijatan membentuk huruf "U" terbalik. Lakukan Pijatan mulai dari kanan bawah keatas</p>
	<p>Mengayuh Sepeda</p>
	<p>Kedua kaki diangkat</p>
	<p>I Love You</p>

<p>kemudian ke kiri, lanjut kebawah dan berakhir diperut kiri bagian bawah.</p> <p>5) Gerakkan jari – jari di atas perut bayi dari bagian kanan ke bawah kiri dan rasakan gelembung angin dengan jemari anda dorong searah jarum jam untuk mengakhiri pijatan.</p>	<p>Gerakan gelembung angin</p> 
<p>C. Dada</p> <p>1) Letakkan ujung – ujung jari kedua telapak tangan di tengah dada bayi, kemudian buat gerakan keatas sampai dibawah leher lalu kesamping/kesisi, kebawah dan kembali ke tengah tanpa mengangkat tangan seperti membentuk hati.</p> <p>2) Buatlah gerakan diagonal seperti gambar kupu – kupu, letakkan kedua telapak tangan lakukan gerakan dimulai dengan tangan kanan membuat gerakan memijat menyilang dari tengah dada kearah bahu kanan dan kembali ketengah, kemudian gerakkan tangan kiri ke bahu kiri dan kembali ke ulu hati/ tengah tanpa mengangkat tangan.</p>	<p>Membentuk hati</p>  <p>Kupu kupu</p> 
<p>D. Tangan</p> <p>1) Gerakan <i>Milking India</i> Peganglah lengan bayi bagian pundak dengan menggunakan tangan kanan, seperti memegang pemukul <i>soft ball</i>, sedangkan tangan kiri memegang pergelangan tangan bayi, kemudian dilanjutkan dengan melakukan gerakan tangan kanan mulai dari bagian pundak ke arah pergelangan tangan bayi, dilanjutkan dengan tangan kiri dari pundak ke arah pergelangan tangan. Demikian seterusnya, gerakkan tangan kanan dan kiri ke bawah secara bergantian dan berulang – ulang seolah memerah susu.</p> <p>2) Gerakan <i>Rolling</i> Peganglah lengan bagian atas atau bahu dengan kedua telapak tangan. Buatlah</p>	<p>Gerakan milking India</p> 

<p>gerakan menggulung dari pangkal lengan menuju kearah pergelangan tangan atau jari – jari.</p>	
<p>3) Gerakan <i>Squeezing</i> Peras dan putarlah lengan bayi dengan lembut mulai dari pundak kepergelangan tangan.</p>	
<p>4) Gerakan <i>Thumb after Thumb</i> Pijat telapak tangan dan punggung tangan dengan kedua ibu Jari secara bergantian dari pergelangan tangan ke arah jari jari</p>	<p>Gerakan <i>Squeezing</i></p>
<p>5) Gerakan <i>spiral</i> Lakukan Gerakkan pijatan memutar dengan kedua ibu jari pada area punggung dan telapak tangan.</p>	<p>Gerakan <i>Thumb after Thumb</i></p>
<p>6) Gerakan <i>Fingershake</i> Lakukan gerakan pijat lembut jari bayi satu persatu menuju ke arah ujung jari dengan gerakan memutar. Akhirilah gerakan ini dengan tarikan lembut pada tiap ujung jari.</p>	
<p>E. Muka/wajah Pada pemijatan di daerah muka dianjurkan untuk berhati – hati menggunakan baby oil/baby lotion</p>	<p>Gerakan <i>spiral</i></p>
<p>1) Pijatan pada dahi Letakkan kedua ibu jari tangan pada pertengahan kening/dahi, kemudian tekankan jari – jari dengan lembut kearah pelipis sampai dengan pipi daerah mata.</p>	
<p>2) Pijatan pada alis</p>	<p>Gerakan <i>Fingershake</i></p>
	<p>Pijat dahi</p>

<p>Letakkan kedua ibu jari diantara kedua alis mata kemudian lakukan pijatan secara lembut pada kedua alisa dan diatas kedua kelopak mata</p> <p>3) Pijatan pada hidung Dengan tekanan lembut letakkan kedua ibu jari dipertengahan kedua alis kemudian turun dari tepian hidung ke arah pipi.</p> <p>4) Pijatan pada mulut Letakkan kedua ibu jari dibawah sekat hidung kemudian lakukan tekanan pijatan dengan lembut kearah pipi sehingga bayi tersenyum.</p> <p>5) Pijatan pada rahang bawah Letakkan kedua ibu jari ditengah dagu, kemudian lakukan tekanan lembut dengan dua ibu jari pada dagu dari tengah ke samping terus ke atas mengarah ke pipi sehingga membuat bayi tersenyum.</p> <p>F. Punggung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tengkurapkan bayi diatas kain yang lembut atau di paha ibu. 2) Lakukan gerakan pijatan maju mundur, dengan menggunakan kedua telapak tangan disepanjang punggung bayi dari bawah leher sampai ke pantat bayi, lalu kembali keleher. 3) Menggunakan tangan kanan Pegang pantat bayi, kemudian luncurkan salah satu telapak tangan kiri ibu dari leher sampai ke pantat bayi dengan sedikit tekanan. 4) Menggunakan jari – jari ibu buatlah gerakan – gerakan lingkaran kecil terutama pada otot sebelah tulang 	<p>Pijat alis</p>  <p>Pijat Hidung</p>  <p>Pijat mulut</p>  <p>Pijat Rahang Bawah</p>  <p>Gerakan maju mundur</p>  
---	---

<p>punggung kanan dan kiri dari tenguk sampai pantat.</p> <p>5) Buat gerakan pijatan memanjang untuk mengakhiri pijatan dengan telapak tangan dari leher ke kaki.</p> <p>5. Pasang kembali pakaian klien</p> <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri <i>reinforcement positif</i> 2. Rapikan alat 3. Cuci tangan 	
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi perasaan orangtua terhadap tindakan pijat bayi 2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan 	
<p>Sikap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 2. Melakukan tindakan dengan sistematis 3. Komunikatif dengan bayi 4. Percaya diri 	

Daftar pustaka

Syaukani, Aulia. (2015). Petunjuk Praktis Pijat, Senam, & Yoga Sehat untuk Bayi Agar Tumbuh Kembang maksimal. Yogyakarta: Araska Publisher

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

FOTOTERAPI NEONATUS



FOTOTERAPI NEONATUS

Ns. Tisnawati, SST, S. Kep, M.Kes.

1. Definisi :

Memberikan terapi penyinaran pada bayi yang mengalami ikterik (hiperbilirubinemia) akibat bilirubin tidak berkonjungsi masuk ke dalam sirkulasi atau mencegah peningkatan kadar bilirubin dengan menggunakan alat yang berupa sinar cahaya Flourescent yang mengandung ultraviolet dengan spektrum ideal 420 – 450 nm.

2. Tujuan

- a. Untuk menurunkan kadar bilirubin patogen dalam darah bayi.
- b. Mencegah penumpukan bilirubin indirect dalam sel otak (mencegah Kern Ikterus)

3. Indikasi:

Dilakukan pada bayi yang mengalami hiperbilirubinemia patologis

4. Kontraindikasi: -

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut): suhu tubuh anak

6. Contoh Kasus:

Seorang bayi perempuan , umur 5 hari dirawat di ruangan NICU. Hasil pemeriksaan Berat badan bayi 1550 gram, bayi terlihat kuning di daerah wajah sampai siku dan perut, daya hisap bayi lemah, suhu tubuh 35, 5°C frekuensi napas 55 kali/ menit.

Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Melakukan fototerapi
- b. Memasang infus
- c. Memasang OGT
- d. Memasang NGT
- e. Mengukur suhu

7. Pembahasan soal kasus

Kata kunci adalah bayi terlihat kuning di daerah wajah sampai siku dan perut, jawaban adalah a. Melakukan fototerapi: anak dalam keadaan Ikterus Patologis (Ikterus Grade 3) sehingga perawat harus segera melakukan pemberian Fototerapi. Memasang OGT: tindakan ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan bayi untuk pencegahan dehidrasi karena panas lampu fototerapi.

Memasang Infus: tidak perlu dilakukan karena pemenuhan cairan melalui OGT terpenuhi

Mengukur Suhu: pengukuran suhu dilakukan setelah diberikan fototerapi, untuk memonitor suhu tubuh bayi supaya terdeteksi hipertermi atau tidak, karena efek dari lampu fototerapi

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Periksa catatan perawatan dan catatan medis pasien* 2. Kaji dan cek keadaan dan kebutuhan pasien 3. Siapkan peralatan	
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 4. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) a. Unit fototerapi* b. Kain/tirai sebaiknya putih c. Termometer* d. Formulir pemakaian fototerapi e. Penutup mata tidak tembus cahaya* f. Diapers* g. Sarung tangan	

PERSIAPAN KLIEN	<p>5. Identifikasi pasien (lihat SPO identifikasi)</p> <p>6. Jaga privacy dan siapkan lingkungan aman dan nyaman</p> <p>7. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan</p> <p>8. Keluarga pasien sudah menandatangani <i>inform consent</i></p>	
PERSIAPAN PETUGAS	<p>9. Pastikan dan identifikasi kebutuhan pasien yang akan dilakukan tindakan</p> <p>10. Cuci tangan sesuai prosedur (lihat SPO cuci tangan)</p> <p>11. Gunakan alat pelindung diri (APD) sesuai kebutuhan</p> <p>12. Pastikan form <i>inform consent</i> sudah terisi</p>	
PERSIAPAN LINGKUNGAN	<p>13. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> <p>14. Atau turunkan penghalang tempat tidur</p>	
Implementation (I) : Implementasi		
Fase Kerja	<p>15. Cuci tangan 6 langkah</p> <p>16. Sebelum foto terapi dilakukan Persiapan alat foto terapi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan fungsi unit fototerapi Pastikan lampu menyala sesuai standar Ukur suhu bayi, jika <36, 5°C lakukan fototerapi dalam incubator 	
		

<ul style="list-style-type: none"> d. Atur jarak foto terapi dengan tempat tidur bayi antara 45-50 cm e. Tutup mata sebelum menggunakan pelindung mata f. Yakinkan bahwa pelindung mata dapat menutupi mata tanpa menyakiti bayi 	 
<p>17. Ketika terapi sinar biru dilakukan</p> <p>Posisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan bayi di bawah unit fototerapi dengan jarak 45-50 cm b. Catat durasi terapi , tipe lampu terapi yang digunakan, jarak dari lampu kepada bayi c. Ubah posisi bayi teratur sehingga seluruh tubuh bayi terekspos oleh terapi sinar biru 	

<p>d. Tutup box bayi dengan kain supaya cahaya fokus ketubuh bayi</p>	
<p>18. Menjaga bayi dari injuri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Yakinkan penutup mata adekuat melindungi bayi b. Yakinkan diapers alat genitalia adekuat melindungi bayi 	
<p>19. Menjaga status hidrasi bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberi minum bayi sesuai kebutuhan b. Pertahankan rute minum bayi , yakin porsi yang diberikan adekuat c. Observasi status hidrasi, awasi tanda kekeringan pada kulit, kulit pecah – pecah dan kemerah 	

<p>20. Menjaga keadekuatan termoregulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Obsesvasi suhu dan warna kulit bayi secara teratur. b. Monitor suhu setiap 3 jam 	
<p>21. Menjaga keadekuatan integument bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jaga bayi tetap bersih dan kering 	
<p>22. Periksa kadar bilirubin setiap 12 atau 24 jam</p>	
<p>23. Cuci tangan 6 langkah</p>	
<p>Fase Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 24. Evaluasi kegiatan yang telah dilakukan (subjektif dan objektif) 25. Berikan <i>reinforcement positif</i> pada klien atas kerjasamanya 26. Lakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya 27. Akhiri kegiatan dengan baik dan salam terapeutik 	
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p>	
<p>28. Evaluasi klien terhadap kadar bilirubin, dengan pemeriksaan labor atau dengan melihat tanda dan gejala pada pasien</p>	

<p>29. Evaluasi klien terhadap perubahan suhu</p> <p>30. tubuh</p> <p>31. Evaluasi kulit pasien (kering/ pecah-pecah)</p> <p>32. Evaluasi respon klien terhadap status hidrasi</p> <p>33. hidrasi</p> <p>34. Evaluasi posisi tepat untuk penggunaan penutup mata</p> <p>35. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	
Sikap	
<p>36. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>37. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>38. Komunikatif dengan pasien</p> <p>39. Percaya diri</p>	

Daftar Pustaka

Bowden, V. R. And Greenberg, C. S. (2016). Pediatric Nursing Procedures (4th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia; Defenisi dan Indikator Diagnostik (1sted). Jakarta: DPP PPNI

PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan kriteria Hasil Keperawatan (1sted.).Jakarta : DPP PPNI

PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan kriteria Hasil Keperawatan (1sted.).Jakarta : DPP PPNI

SINOPSIS

Buku ini lahir dari kebutuhan mendalam akan suatu sumber daya yang menyeluruh dan praktis bagi tenaga kesehatan yang berdedikasi dalam merawat anak-anak, yang tidak hanya menyajikan prosedur tindakan medis, tetapi juga menggali aspek-aspek emosional, psikologis, dan sosial dalam memberikan perawatan holistik.

Perawatan anak-anak memerlukan keahlian dan perhatian khusus, seiring dengan perkembangan dan keunikan setiap fase pertumbuhan. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi mitra setia para perawat, dokter, dan profesional kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan berfokus pada pasien anak.

Dalam menyusun buku ini, kami berusaha untuk menghadirkan panduan yang tidak hanya informatif namun juga mudah dipahami. Setiap prosedur tindakan diuraikan dengan rinci, memberikan langkah-langkah yang jelas dan pertimbangan klinis yang diperlukan. Penekanan diberikan pada integrasi nilai-nilai etika keperawatan, hubungan dengan keluarga, dan penerapan pendekatan holistik untuk memastikan perawatan yang efektif dan berkelanjutan.

Penting untuk diingat bahwa keberhasilan perawatan anak-anak melibatkan bukan hanya pemahaman yang mendalam tentang aspek medis, tetapi juga keterlibatan aktif keluarga dan pemberdayaan orang tua. Oleh karena itu, kami mengajak pembaca untuk tidak hanya menggunakan buku ini sebagai alat referensi medis, tetapi juga sebagai panduan untuk membangun hubungan yang positif dan kolaboratif dengan keluarga pasien.

Kami berterima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, mulai dari para penulis, editor, hingga penerbit. Semoga buku "**Prosedur Tindakan Keperawatan Anak**" ini dapat menjadi sumber daya yang bermanfaat dan dapat membantu meningkatkan standar perawatan kesehatan anak-anak di seluruh dunia.

Selamat membaca dan semoga pengetahuan yang didapat dari buku ini dapat menginspirasi praktik keperawatan yang lebih baik dan mengarah pada kesehatan optimal bagi anak-anak.

Buku ini lahir dari kebutuhan mendalam akan suatu sumber daya yang menyeluruh dan praktis bagi tenaga kesehatan yang berdedikasi dalam merawat anak-anak, yang tidak hanya menyajikan prosedur tindakan medis, tetapi juga menggali aspek-aspek emosional, psikologis, dan sosial dalam memberikan perawatan holistik.

Perawatan anak-anak memerlukan keahlian dan perhatian khusus, seiring dengan perkembangan dan keunikan setiap fase pertumbuhan. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi mitra setia para perawat, dokter, dan profesional kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan berfokus pada pasien anak.

Dalam menyusun buku ini, kami berusaha untuk menghadirkan panduan yang tidak hanya informatif namun juga mudah dipahami. Setiap prosedur tindakan diuraikan dengan rinci, memberikan langkah-langkah yang jelas dan pertimbangan klinis yang diperlukan. Penekanan diberikan pada integrasi nilai-nilai etika keperawatan, hubungan dengan keluarga, dan penerapan pendekatan holistik untuk memastikan perawatan yang efektif dan berkelanjutan.

Penting untuk diingat bahwa keberhasilan perawatan anak-anak melibatkan bukan hanya pemahaman yang mendalam tentang aspek medis, tetapi juga keterlibatan aktif keluarga dan pemberdayaan orang tua. Oleh karena itu, kami mengajak pembaca untuk tidak hanya menggunakan buku ini sebagai alat referensi medis, tetapi juga sebagai panduan untuk membangun hubungan yang positif dan kolaboratif dengan keluarga pasien.

Kami berterima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, mulai dari para penulis, editor, hingga penerbit. Semoga buku "Prosedur Tindakan Keperawatan Anak" ini dapat menjadi sumber daya yang bermanfaat dan dapat membantu meningkatkan standar perawatan kesehatan anak-anak di seluruh dunia.

Selamat membaca dan semoga pengetahuan yang didapat dari buku ini dapat menginspirasi praktik keperawatan yang lebih baik dan mengarah pada kesehatan optimal bagi anak-anak.

ISBN 978-623-8411-82-5



Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022