



**MODUL MA KEPERAWATAN ANAK  
TINDAKAN KHUSUS KEPERAWATAN ANAK**



**DISUSUN OLEH:  
Koordinator Mata Ajar**

**Ns. Diah Ayu Agustin, MKep.**

**AKADEMI KEPERAWATAN BINA INSAN JAKARTA  
TAHUN AKADEMIK 2016**

## UNIT I PENDAHULUAN

### A. Deskripsi Mata Ajar

Mata ajar ini menguraikan tentang asuhan keperawatan anak sehat dan sakit. Proses pembelajaran dilakukan menggunakan metode kuliah, diskusi, penelaahan kasus, penugasan secara perorangan serta pengalaman belajar praktik klinik dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak.

### B. Capaian Pembelajaran

1. Menguasai teknik, prinsip, dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok. (CP.P.7)
2. Mampu memberikan askep kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*), sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia. (KK.1)
3. Mampu memilih dan menggunakan peralat dlm memberikan askep sesuai dg standar askep (KK.2)
4. Mampu mengumpulkan data, menyusun, mendokumentasikan, dan menyajikan informasi askep. (KK.3)

### C. Kompetensi

1. Mampu melakukan asuhan keperawatan anak sehat dan sakit
2. Mampu melakukan tindakan keperawatan khusus pada anak

### D. Daftar Prosedur

Prosedur tindakan keperawatan khusus anak sebagai berikut:

1. Pemberian imunisasi DPT
2. Pemberian obat melalui infus
3. Pemberian obat melalui Oral
4. Pemberian obat suppositoria
5. Penghisapan lendir
6. Fishioterapi dada
7. Perawatan kolostomi

## **UNIT II IMUNISASI PADA ANAK**

### **Pengertian**

Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan (imunitas) pada bayi atau anak sehingga terhindar dari penyakit (Depkes 2000)

### **Kekebalan**

Bila anak pernah menderita campak (meales) maka anak akan mempunyai kekebalan seumur hidup dan tidak pernah sakit campak lagi. Jika ada terinfeksi tubuh anak akan berusaha untuk membuat antibody (zat anti) untuk melawan bibit penyakit yang menyebabkan infeksi tersebut. Antibodi membunuh bibit penyakit tersebut dan mencegah pertumbuhannya, tetapi antibody tersebut bersifat spesifik yang hanya bekerja untuk bibit penyakit tertentu yang masuk kedalam tubuh tidak terhadap penyakit lainnya.

Pada bayi yang baru lahir dan beberapa bulan setelah lahir tubuhnya dilindungi oleh anti bodi yang dibawa sejak lahir dari ibunya melalui plasenta misalnya antibody terhadap penyakit campak. Didalam air susu ibu (ASI) juga terdapat antibody terutama didalam air susu jolong (colostrum) yang keluar beberapa hari setelah persalinan yang membantu melindungi bayi terhadap diare dan infeksi lainnya. Kekebalaan terhadap penyakit karena terpapar bibit penyakit dan dapat juga karena divaksinasi dengan vaksin

### **Tujuan Pemberian Vaksinasi**

Pemberian imunisasi pada anak bertujuan agar anak mempunyai kekebalan terhadap penyakit tertentu, kekebalan juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya terdapat tingginya kadar antibodi pada saat dilakukan imunisasi potensi antigen yang disuntikkan, waktu antara pemberian imunisasi, mengingat efektif dan tidaknya imunisasi tersebut tergantung dari faktor yang mempengaruhinya sehingga kekebalan tubuh dapat diharapkan pada diri anaknya.

### **Pemberian Imunisasi**

Beberapa hal yang harus diperhatikan perawat yaitu sebagai berikut :

1. Orang tua harus ditanyakan aspek berikut :
  - a. Status kesehatan anak saat ini, apakah dalam kondisi sehat atau sakit

- b. Pengalaman/reaksi terhadap yang pernah didapat sebelumnya
  - c. Penyakit yang dialami di masa lalu dan sekarang
2. Orang tua harus mengerti tentang hal-hal yang berkaitan dengan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi terlebih dahulu sebelum menerima imunisasi (informed consent). Pengertian mencakup jenis imunisasi manfaat imunisasi dan efek sampingnya.
  3. Catatan imunisasi yang lalu (apabila sudah pernah mendapat imunisasi) pentingnya menjaga kesehatan melalui tindakan imunisasi
  4. Pendidikan kesehatan untuk orang tua. Pemberian imunisasi pada anak harus didasari pada adanya pemahaman yang baik dari orang tua tentang imunisasi sebagai upaya pencegahan penyakit.
  5. Kontra indikasi pemberian imunisasi. Adanya beberapa kondisi yang menjadi pertimbangan untuk tidak memberikan imunisasi pada anak yaitu :
    - a. Flu berat atau panas tinggi dengan penyebab yang serius
    - b. Perubahan pada system imun yang tidak dapat menerima vaksin virus hidup
    - c. Sedang dalam pemberian obat-obatan yang menekan sistem imun seperti sitostatika transfuse darah dan imunglobulin.
    - d. Riwayat alergi terhadap pemberian vaksin sebelumnya seperti pertusis

### **Jenis Imunisasi**

Pada dasarnya dalam tubuh sudah memiliki pertahanan secara sendiri agar berbagai kuman yang masuk dapat dicegah, pertahanan tubuh tersebut meliputi [ertahanan spesifik dan nonspesifik proses mekanisme pertahanan dalam tubuh pertama kali adalah pertahanan nonspesifik seperti komplemen dan makrog dimana komplemen-komplemen dan makrofak ini akan pertamakalinya memberikan peran ketika ada kuman yang masuk dalam tubuh. Setelah itu kuman harus melawan pertahanan tubuh yang kedua yaitu pertahanan tubuh yang spesifik terdiri dari system humoral dan seluler. Sistem pertahanan tersebut hanya bereaksi terhadap kuman yang mirip bentuknya dengannya. Sistem pertahanan humoral akan menghasilkan zat yang mirip bentuknya dengannya. Sistem pertahanan humoral akan menghasilkan zat yang disebut immunoglobulin (IgA, IgM, IgG, IgE IgD) dan system pertahanan seluler terdiri dari Limfosit T dan Limfosit B, dalam pertahanan spesifik selanjutnya akan menghasilkan satu cell yang disebut sel memori, sel ini akan berguna atau sangat cepat dalam bereaksi apabila sudah pernah masuk kedalam tubuh, kondisi ini yang digunakan dalam prinsip imunisasi. Berdasarkan proses tersebut maka imunisasi dibagi menjadi dua yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif.

### **Imunisasi Pasif.**

Imunisasi pasif di bagi atas dua klasifikasi yaitu menurut bentuknya dan menurut lokasi dalam tubuh.

#### 1. Menurut bentuknya

Dua kategori menurut klasifikasi ini yaitu kekebalan pasif bawaan ( Passive congenital) dan pasif didapat (Passive acquired). Kekebalan passif adalh pemberian antibody yang berasal dari hewan atau manusia kepada manusia lain dengan tujuan memberi perlindungan terhadap penyakit infeksi yang bersifat sementara karena kadar antibody akan berkurang setelah beberapa minggu atau bulan (Depkes, 2000). Kekebalan pasif ini terdapat pada neonatus sampai dengan enam bulan yang terdapat dari ibu berupa antibody melalui vaskularisasi pada placenta misalnya difteri tetanus campak. Antibodi tersebut dapat melindungi bayi dari penyakit tertentu sampai usia 12 bulan.

Kekebalan pasif didapat (passive acquired immunity) didapat dari luar, misalnya gama globulin murni dari darah yang menderita penyakit tertentu (misalnya campak, tetanus, gigitan ular berbisa, rabies). Umumnya imunisasi ini berupa serum dan pemberian serum ini menimbulkan efek samping berupa reaksi atopik, anafilaktik dan alergi. Oleh karena itu peril dilakukan skintest sebelumnya.

#### 2. Menurut lokalisasi dalam tubuh

Menurut lokalisasinya ada dua jenis imunitas yaitu humoral dan seluler. Imunitas humoral terdapat pada immunoglobulin yaitu IgA,G,M. Imunitas seluler terdiri atas fasositosis oleh sel-sel system retikuloenditelial. Pada dasarnya imunitas seluler berhubungan dengan kemampuan sel tubuh untuk menolak benda asing dan dapat ditunjukkan dengan adanya alergi kulit terhadap benda asing. Untuk itu pentingnya mengenali adanya reaksi yang terlalu terhadap alergi tertentu sehingga perawat dapat bertindak tepat.

### **Imunisasi Aktif**

Kekebalan aktif dapat terjadi apabila stimulus “Sistemimunitas” yang menghasilkan antibody dan kekebalan seluler dan bertahan lebih lama dbanding kekebalan pasif (Depkes 2000). Ada dua jenis kekebalan aktif yaitu kekebalan aktif didapat dan kekebalan aktif dibuat. Kekebalan yang didapat secara alami misalnya anak yang kena difteri atau

poliomyelitis dengan proses anakterkena penyakit infeksi kemudia terjadi silent abortive, sembuh, selanjutnya kebal terhadap penyakit tersebut. Jadi bila seseorang menderita suatu penyakit apabila sembuh selanjutnya kebal terhadap penyakit tersebut. Paparan penyakit terhadap sistem kekebalan tubuh tersebut akan beredar dalam darah dan apabila suatu ketika terpapar lagi pada antigen yang sama, sel limfosit akan memproduksi antibody untuk mengembalikan kekuatan imunitas terhadap penyakit tersebut.

Kekebalan yang sengaja dibuat yang dikenal dengan imunisasi dasar dan ulangan (booster), berupa pemberikana vaksin (misalnya cacar, polio) yang kumannya masih hidup tetapi dilemahkan: virus, kolera. Tipus, pertusis, toksoit (toksin). Vaksin tersebut akan berinteraksi dengan system kekebalan tubuh untuk menghasilkan respons imun. Hasil yang diproduksi akan sama dengan kekebalan seseorang yang mendapat penyakit tersebut secara alamiah.

### **Bahan Bahan Untuk Membuat Vaksin**

Vaksin dibuat dilaboratorium berasal dari bibit penyakit tertentu yang dapat enimbulkan penyakit. Tetapi kemudian bibit penyakit tersebut dilemahkan/dimatikan sehingga tidak beradaya bagi manusia.

- Ada yang dibuat dari bibit penyakit yang sudah dimatikan contohnya pertusis dan vaksin DPT
- Ada yang dibuat dari bibit penyakit yang hidup yang sudah dilemahkan contohnya virus campak dalam vaksin campak, virus polio dalam vaksin polio, bacillus calmetequerin dalam vaksin BCG
- Ada yang dibuat dari toxin (racun) yang dihasilkan oleh bakteri, kemudian dirubah menjadi toxoid sehingga tidak berdaya bagi manusia contohnya tetanus toxoid dalam vaksin TT, Difteri Toxoid dalam vaksin DPT
- Ada yang dibuat dari hasil bioteknologi (rekayasa genetika) contohnya vaksin Hepatitis B Recobinan (rekayasa genetika)

### **Hal-Hal Yang Dapat Menimbulkan Kerusakan Vaksin**

Bila vaksin ditangani sebagaimana mestinya, maka potensi vaksin akan baik sampai tanggal kadaluarsa yang tercantum pada label. Vaksin yang baik akan menimbulkan kekebalan yang cukup tinggi.

### **Panas, Sinar Matahari Dan Pembekuan Dapat Merusak Vaksin**

- Panas merusak semua jenis vaksin sinar matahari terutama merusak vaksin BCG dan campak
- Pembekuan dapat merusak vaksin yang dibuat dari toxoid misalnya DPT TT DT HB
- Bila vaksin sudah rusak karena panas atau pembekuan maka potensinya akan hilang walaupun disimpan kembali kedalam penyimpanan dengan suhu yang tepat oleh sebab itu sejak awal simpanlah vaksin pada suhu yang telah ditentukan
- Desinfektan/antiseptic (alcohol formalin, sprotus) dapat juga merusak vaksin

### **Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)**

Ada tujuh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu : Tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, poliomyelitis, campak dan hepatitis.

#### **Tuberkulosis**

Tuberkulosis masih merupakan penyebab kematian. Penyakit ini disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis yang sebagian besar menyerang masyarakat dengan kelas sosial ekonomi rendah karena umumnya masyarakat ini mengalami gangguan nutrisi sehingga daya tahan tubuh rendah dan tinggal dipemukiman yang padat dan tidak sehat sehingga mudah terjadi penularan penyakit. Anak terkena tuberkulosis, organ tubuh yang terkena adalah paru-paru, kelenjar, kulit tulang, sendi dan selaput otak. Cara penularannya melalui droplet atau percikan air ludah, sedangkan reservoir adalah manusia. Bacillus Calmette Guerin (BCG) adalah imunisasi yang digunakan untuk mencegah penyakit tuberkulosis tersebut.

Imunisasi BCG ini merupakan vaksin yang mengandung kuman TBC yang telah dilemahkan. Frekuensi pemberian imunisasi ini hanya satu kali dan waktu pemberian pada usia 0 – 11 bulan, namun pada umumnya diberikan pada bayi umur 2-3 bulan, pemberiannya secara intracutan tepat di insersio muskulus deltoideus. Efek samping terjadi ulkus pada daerah suntikan dan dapat terjadi limfadenitis regional.

Adanya kesulitan untuk menilai dampak imunisasi BCG terhadap angka kejadian tuberkulosis karena banyaknya faktor yang mempengaruhi misalnya pemukiman yang padat dan tidak sehat dan banyaknya sumber penularan di masyarakat yang tidak mendapatkan pengobatan yang tepat. Walaupun demikian dampak BCG paling tidak apabila terkena penyakit akan lebih ringan sehingga dapat menurunkan angka kematian dan kecacatan

### **Difteri Pertuisis, Tetanus ( DPT)**

Difteri disebabkan *Corynebacterium Diphtheriae* tipe *gravis*, *millis* dan *intermedus*, yang menular melalui percikan ludah yang tercemar. Anak yang terkena difteri akan menunjukkan gejala ringan sampai berat. Gejala ringan berupa membran pada rongga hidung dan gejala berat apabila terjadi obstruksi jalan nafas karena mengenai laring saluran nafas bagian atas, tonsil, dan kelenjar sekitar leher membengkak (*bullneck*) Kematian dapat terjadi bila apabila gagal jantung dan ostruksi jalan nafas yang tidak bisa dihindarkan. Pertuisis infeksi yang disebabkan oleh *Bordetella pertuisis* dengan penularan melalui Droplet. Masyarakat awam lebih mengenal istilah batuk rejan atau batuk 100 hari . Gejala awal batuk pilek setelah hari ke sepuluh bertambah berat dan sering disertai muntah. Bahaya dari pertuisis adalah pneumonia yang dapat menyebabkan kematian.

Tetanus penyakit ini disebabkan oleh *Mycobacterium tetani* yang berupa spora masuk dalam luka terbuka, berkembang biak secara anaerob dan membentuk toksin. Tetanus yang khas terjadi pada bayi adalah tetanus neonatorum. Dapat menimbulkan kematian karena kejang, sianosis dan henti nafas. Reservoir adalah kotoran hewan atau tanah yang terkontaminasi kotoran hewan dan manusia. Gejala awal hewan menunjukkan mulut mencucu, bayi tidak mau menyusu.

Imunisasi yang diberikan untuk mencegah penyakit difteri pertuisis dan tetanus adalah DPT diberikan pada anak dibawah 1 tahun. Frekuensi pemberian tiga kali dengan maksud pemberian pertama zat anti terbentuk masih sedikit (tahap pengenalan) terhadap vaksin dan mengaktifkan organ-organ tubuh membuat zat anti kedua dan ketiga terbentuk zat anti yang cukup. Interval pemberian 4 minggu. Cara pemberian melalui *intra muscular*. Efek samping dapat ringan yaitu seperti pembengkakan dan nyeri pada tempat penyuntikan demam sedangkan efek samping berat seperti menangis hebat kesakitan kurang lebih empat jam kesadaran menurun terjadi kejang, ensefalopati dan shock. Imunisasi ini dapat diulang pada anak SD kelas I dan IV.

### **Poliomielitis**

Penyebab penyakit ini adalah virus polio tipe 1,2 dan 3 yang menyerang myelin atau serabut otot. Gejala awal tidak jelas, dapat ditimbulkan gejala demam ringan dan infeksi saluran nafas bagian atas (ISPA), kemudian timbul gejala gejala paralysis yang



bersifat flaksit yang mengenai sekelompok serabut otot sehingga timbul kelumpuhan. Kelumpuhan dapat terjadi pada anggota badan, saluran nafas dan otot menelan. Penularan penyakit ini adalah melalui droplet atau fekal dan reservoirnya adalah manusia yang menderita polio. Pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan imunisasi polio.

### **Campak.**

Penyebab penyakit ini adalah virus morbili yang menular melalui droplet. Gejala awal adanya kemerahan yang timbul pada bagian belakang telinga, dahi, dan menjalar ke wajah dan anggota badan kemudian flu disertai mata berair dan kemerahan (konjungtivitis).

Setelah 3-4 hari, kemerahan mulai hilang dan berubah menjadi kehitaman yang akan bertambah dalam 1-2 minggu dan apabila sembuh kulit akan tampak sereti bersisik. Imunisasi diberikan pada usia 9 bulan dengan rasional kekebalan dari ibu terhadap penyakit campak berangsur akan hilang sampai usia 9 bulan. Komplikasi yang harus dicegah adalah otitis media, konjungtivitis berat, enteritis, dan pneumonia, terutama pada anak dengan status gizi buruk.

### **Hepatitis**

Penyakit ini disebabkan oleh virus hepatitis tipe B yang menyerang kelompok resiko yaitu : bayi dari ibu pengidap, tenaga medis dan para medis, pecandu narkoba, pasien hemofilia, pekerja laboratorium dll. Gejala yang muncul tidak khas seperti anoreksia, mual dan kadang-kadang ikterik. Imunisasi hepatitis B diberikan pada bayi 0 – 11 bulan.

Jenis Vaksin dan Cara Pemberiannya

#### 1. Vaksin polio dan cara pemberiannya.

Bibit penyakit yang menyebabkan polio adalah virus. Vaksin yang digunakan oleh banyak Negara adalah vaksin hidup yang telah dilemahkan. Vaksin berbentuk cair. Kemasan sebanyak 1 cc dan 2 cc dalam flacon dilengkapi dengan pipet untuk meneteskan vaksin. Pemberian secara oral sebanyak 2 tetes langsung dari botol ke mulut bayi, tanpa menyentuh mulut bayi.

#### 2. Vaksin campak dan pemberiannya.

Vaksin yang digunakan adalah vaksin hidup yang sudah dilemahkan. Kemasan dalam flacon berbentuk dalam gumpalan – gumpalan yang beku dan kering untuk dilarutkan

dalam 5 cc pelarut. Sebelum penyuntikan vaksin ini harus terlebih dahulu dilarutkan dengan pelarut (aqua bidest) Disebut beku kering oleh karena pabrik pembuatan ini pertama kali membekukan vaksin tersebut kemudian mengeringkannya. Vaksin yang telah larut potensinya cepat menurun dan hanya bertahan selama 3 jam, Cara pemberiannya secara subcutan.

3. Vaksin BCG dan cara pemberiannya.

Vaksin ini ditemukan oleh Calmette Guerin maka disebut BCG. Vaksin ini vaksin hidup yang berasal dari bakteri. Vaksin ini beku kering seperti campak berbentuk bubuk. Sebelum disuntikkan harus dilarutkan dengan pelarut. Vaksin yang sudah dilarutkan harus digunakan dalam waktu 3 jam. Botol kemasan biasanya terbuat dari bahan yang berwarna gelap untuk menghindari cahaya. Pemberian tidak merusak vaksin kering, Tempat penyuntikan adalah sepertiga bagian lengan atas (insersio musculus deltoideus). Bersihkan daerah penyuntikan dengan kapas rebus jangan menggunakan alcohol/desinfektan sebab dapat merusak vaksin BCG.

4. Vaksin DPT dan cara pemberiannya.

Vaksin DPT merupakan vaksin cair yang mengandung toksoid defter, tetanus dan pertusis yang telah dihilangkan sifat racunnya tetapi masih dapat merangsang pembentukan zat anti (toxoid). Pembekuan dan panas dapat merusak vaksin. Cara pemberian secara intra muskuler subcutan dalam disuntikkan pada paha bagian luar.

5. Vaksin Hepatitis B dan cara pemberiannya

Vaksin Hepatitis B dibuat dari bagian virus yaitu lapisan paling luar (mantel virus) yang telah mengalami pemurnian. Vaksin ini rusak karena pembekuan juga karena pemanasan paling baik disimpan pada temperature 2-8. Cara pemberiannya disuntikkan subcutan dalam seperti DPT.

Cara pemberian imunisasi dasar (Depkes RI, 2006)

VAKSIN	DOSIS	CARA PEMBERIAN
BCG	0,05 cc	Intrakutan tepat di insersio musculus
DPT	0,5 cc	deltoideus kanan
POLIO	2 tetes	Intramuskuler
CAMPAK	0,5 cc	Diteteskan ke mulut
HEPATITIS	0,5 cc	Subcutan, biasanya di lengan kiri atas Intramuscular pada paha bagian luar

Waktu yang tepat untuk pemberian imunisasi dasar (Depkes RI, 2006)

VAKSIN	PEMBERIAN IMUNISASI	SELANG WAKTU PEMBERIAN	UMUR PEMBERIAN
BCG	1 kali	--	0 – 11 bulan
DPT	3 kali	4 minggu	2 – 11 bulan
POLIO	4 kali	4 minggu	0 – 11 bulan
CAMPAK	1 kali	4 minggu	9 – 11 bulan
HEPATITIS B	3 kali	4 minggu	0 – 11 bulan

Prosedur pemberian imunisasi DPT akan dibahas pada unit VII

### **TEST FORMATIF UNIT II**

Pilihlah jawaban yang paling tepat

- Seorang bayi perempuan baru saja dilahirkan. Jenis imunisasi yang diberikan pada bayi tersebut adalah  
 A. HB0                      C. Polio 1                      E. DPT2  
 B. BCG                      D. campak
- Seorang bayi laki-laki akan diberikan imunisasi DPT untuk pertama kalinya. Manakah cara pemberian imunisasi DPT yang paling tepat  
 A. Intrakutan                      C. Intradermal                      E. Intratekal  
 B. Subkutan .                      D. Intramuskular
- Seorang bayi laki-laki akan diberikan imunisasi DPT untuk pertama kalinya. Manakah lokasi pemberian imunisasi DPT yang paling tepat: B  
 A. Deltoideus                      C. Dorso gluteal                      E. Skapula  
 B. Vastus lateralis                      E. Ventrogluteal
- Bayi perempuan usia 9 bulan datang ke puskesmas untuk imunisasi. Seorang perawat ditugaskan untuk memberikan imunisasi kepada pasien. Jenis imunisasi apakah yang akan diberikan kepada pasien tersebut ?  
 A. BCG  
 B. Hepatitis  
 C. Cacar  
 D. Campak

E. DPT

5. Jenis imunisasi yang tepat diberikan untuk seorang bayi usia 1 bulan adalah

A. HB0

B. BCG

C. Polio 1

D. Campak

E. DPT2

**Kunci Jawaban:**

1. A

2. D

3. B

4. D

E. B

## UNIT II

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GASTROENTERITIS

#### **Pengertian**

Gastroenteritis adalah inflamasi pada daerah lambung dan intestinal yang disebabkan oleh bakteri yang bermacam-macam, virus dan parasit yang patogen (Whaley & Wong's, 2009). Gastroenteritis adalah kondisi dengan karakteristik adanya muntah dan diare yang disebabkan oleh infeksi, alergi atau keracunan zat makanan (Mayers, 2015).

#### **Patofisiologi.**

Penyebab gastroenteritis akut adalah masuknya virus (Rotavirus, Adenovirus enteris, Virus Norwalk), Bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonella, Escherihia Coli, Yersinia dan lainnya), parasit (Biardia Lambia, Cryptosporidium). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau Cytotoksin dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada Gastroenteritis akut. Penularan Gastroenteritis biasa melalui fekal-oral dari satu penderita ke yang lainnya. Beberapa kasus ditemui penyebaran patogen dikarenakan makanan dan minuman yang terkontaminasi.

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadi diare. Gangguan multilitas usus yang mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Akibat dari diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (Dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basa (Asidosis Metabolik dan Hipokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah.

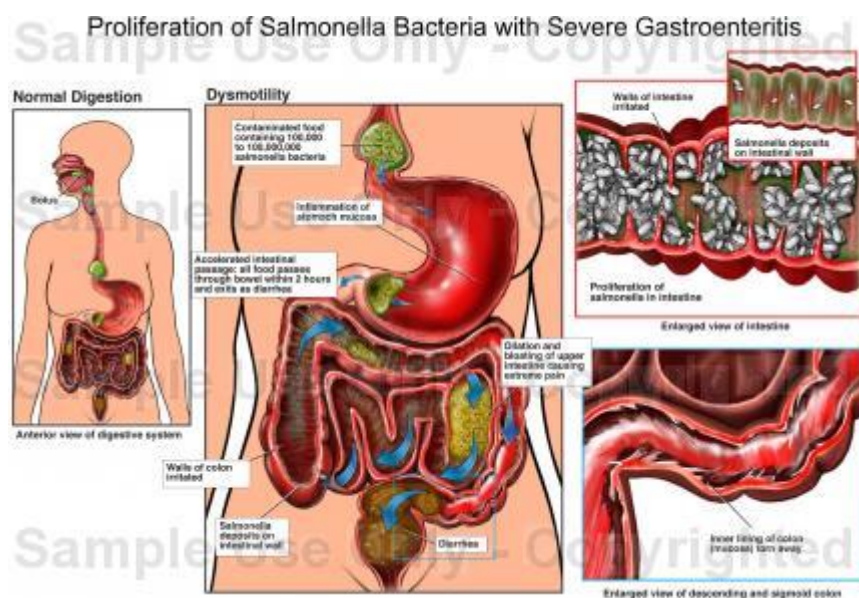


### Manifestasi klinis

Manifestasi klinis berupa diare, muntah, demam, nyeri abdomen, membran, mukosa mulut dan bibir kering, fontanel cekung, kehilangan berat badan, tidak nafsu makan, lemah

### Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul adalah dehidrasi, renjatan hipovolemik, kejang, bakterimia, mal nutrisi, hipoglikemia, intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus.



Tingkat dehidrasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Dehidrasi ringan : Kehilangan cairan 2 – 5 % dari berat badan dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, suara serak, penderita belum jatuh pada keadaan syok.

- b. Dehidrasi Sedang : Kehilangan cairan 5 – 8 % dari berat badan dengan gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak, penderita jatuh pre syok nadi cepat dan dalam.
- c. Dehidrasi Berat : Kehilangan cairan 8 – 10 % dari berat badan dengan gambaran klinik seperti tanda-tanda dehidrasi sedang ditambah dengan kesadaran menurun, apatis sampai koma, otot-otot kaku sampai sianosis.

### **Penatalaksanaan Medis.**

#### a. Pemberian cairan.

Pemberian cairan pada klien Diare dengan memperhatikan derajat dehidrasinya dan keadaan umum.

##### 1) cairan per oral.

Pada klien dengan dehidrasi ringan dan sedang, cairan diberikan peroral berupa cairan yang berisikan NaCl dan Na,Hco,Kal dan Glukosa, untuk Diare akut diatas umur 6 bulan dengan dehidrasi ringan, atau sedang kadar natrium 50-60 Meq/l dapat dibuat sendiri (mengandung larutan garam dan gula ) atau air tajin yang diberi gula dengan garam. Hal tersebut diatas adalah untuk pengobatan dirumah sebelum dibawa kerumah sakit untuk mencegah dehidrasi lebih lanjut.

##### 2) Cairan parentral.

Mengenai seberapa banyak cairan yang harus diberikan tergantung dari berat badan atau ringannya dehidrasi, yang diperhitungkan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

- Dehidrasi ringan : pemberian cairan 1 jam pertama 25 – 50 ml / Kg BB / hari, kemudian 125 ml / Kg BB / oral
- Dehidrasi sedang : pemberian 1 jam pertama 50 – 100 ml / Kg BB / hari, kemudian 125 ml / kg BB / hari.
- Dehidrasi berat :

Untuk anak umur 1 bulan-2 tahun dengan berat badan 3 – 10 kg, pemberian:

- ✓ 1 jam pertama : 40 ml / kg BB / jam = 10 tetes / kg BB / menit (infus set 1 ml = 15 tetes atau 13 tetes / kg BB / menit.
- ✓ 7 jam berikutnya 12 ml / kg BB / jam = 3 tetes / kg BB / menit ( infus set 1 ml = 20 tetes ).
- ✓ 16 jam berikutnya 125 ml / kg BB oralit per oral bila anak mau minum, atau dengan 2 A intra vena 2 tetes / kg BB / menit atau 3 tetes / kg BB / menit.

Untuk anak lebih dari 2 – 5 tahun dengan berat badan 10 – 15 kg.

- ✓ 1 jam pertama 30 ml / kg BB / jam atau 8 tetes / kg BB / menit ( infus set 1 ml = 15 tetes ) atau 10 tetes / kg BB / menit ( 1 ml = 20 tetes ).
- ✓ 7 jam kemudian 127 ml / kg BB oralit per oral, bila anak tidak mau minum dapat diteruskan dengan 2A intra vena 2 tetes / kg BB / menit atau 3 tetes / kg BB / menit.

Untuk anak lebih dari 5 – 10 tahun dengan berat badan 15 – 25 kg.

- ✓ 1 jam pertama 20 ml / kg BB / jam atau 5 tetes / kg BB / menit ( infus set 1 ml = 20 tetes ).
- ✓ 16 jam berikutnya 105 ml / kg BB oralit per oral.

- b. Diatetik : pemberian makanan dan minuman khusus pada penderita dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan, adapun hal yang perlu diperhatikan adalah memberikan asi, memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral dan makanan yang bersih serta obat-obatan.

### **Pemeriksaan Penunjang**

- a. Pemeriksaan laboratorium.

Pemeriksaan tinja, pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah astrup, bila memungkinkan dengan menentukan pH keseimbangan analisa gas darah atau astrup, pemeriksaan kadar ureum dan creatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.

- b. Pemeriksaan elektrolit intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

### **Asuhan Keperawatan Anak dengan Gastroenteritis**

1. Pengkajian.

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara intervensi, observasi, psikal assessment.

- a. Riwayat keperawatan.

- 1) Awal serangan: anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, anoreksia kemudian timbul diare.
- 2) Keluhan utama: faeces semakin cair, muntah, bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, berat badan menurun. Pada bayi ubun-ubun besar



cekung, tonus dan turgor kulit berkurang, selaput lendir mulut dan bibir kering, frekwensi BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi encer.

b. Riwayat kesehatan masa lalu.

Riwayat penyakit yang diderita, riwayat pemberian imunisasi.

c. Riwayat psikososial keluarga.

Dirawat akan menjadi stressor bagi anak itu sendiri maupun bagi keluarga, kecemasan meningkat jika orang tua tidak mengetahui prosedur dan pengobatan anak, setelah menyadari penyakit anaknya, mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah.

d. Kebutuhan dasar.

- 1) Pola eliminasi : akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang.
- 2) Pola nutrisi : diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan pasien.
- 3) Pola tidur dan istirahat akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.
- 4) Pola hygiene : kebiasaan mandi setiap harinya.
- 5) Aktivitas : akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.

e. Pemeriksaan fisik.

- 1) Pemeriksaan psikologis : keadaan umum tampak lemah, kesadaran kompos mentis sampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.
- 2) Pemeriksaan sistematik :
  - ✓ Inspeksi : mata cekung, ubun-ubun besar, selaput lendir, mulut dan bibir kering, berat badan menurun, anus kemerahan.
  - ✓ Perkusi : adanya distensi abdomen.
  - ✓ Palpasi : Turgor kulit kurang elastis
  - ✓ Auskultasi : terdengarnya bising usus.
- 3) Pemeriksaan tingkat tumbuh kembang.
 

Pada anak diare akan mengalami gangguan karena anak dehidrasi sehingga berat badan menurun.

#### 4) Pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan tinja, darah lengkap dan doodenum intubation yaitu untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif.

### 2. Diagnosa keperawatan.

- a. Defisit volume cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan.
- b. Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah.
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi, frekwensi BAB yang berlebihan.
- d. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distensi abdomen.
- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, prog- nosis dan pengobatan.
- f. Cemas berhubungan dengan perpisahan dengan orang tua, prosedur yang menakutkan.

### 3. Intervensi.

Diagnosa 1 : Defisit volume cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan.

Intervensi :

Observasi tanda-tanda vital. Observasi tanda-tanda dehidrasi. Ukur infus dan output cairan (balanc cairan). Berikan dan anjurkan keluarga untuk memberikan minum yang banyak kurang lebih 2000 – 2500 cc per hari. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi cairan, pemeriksaan lab elektrolit. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian cairan rendah sodium.

Diagnosa 2 : Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah.

Intervensi :

Kaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi. Timbang berat badan klien. Kaji factor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi. Lakukan pemeriksaan fisik abdomen (palpasi, perkusi, dan auskultasi). Berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi kecil tapi sering. Kolaborasi dengan tim gizi dalam penentuan diet klien.

Diagnosa 3 :Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi,frekwensi BAB yang berlebihan.

Intervensi :

Ganti popok anak jika basah. Bersihkan bokong perlahan sabun non alcohol. Beri zalp seperti zinc oksida bila terjadi iritasi pada kulit. Observasi bokong dan perineum dari infeksi. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therafi antipungi sesuai indikasi.

Diagnosa 4 : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distensi abdomen.

Intervensi :

Observasi tanda-tanda vital. Kaji tingkat rasa nyeri. Atur posisi yang nyaman bagi klien. Beri kompres hangat pada daerah abdoment. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therafi analgetik sesuai indikasi.

Diagnosa 5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit,prognosis dan pengobatan.

Intervensi :

Kaji tingkat pendidikan keluarga klien. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang proses penyakit klien. Jelaskan tentang proses penyakit klien dengan melalui penkes. Berikan kesempatan pada keluarga bila ada yang belum dimengertinya. Libatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien.

Diagnosa 6. Cemas berhubungan dengan perpisahan dengan orang tua,prosedur yang menakutkan.

Intervensi :

Kaji tingkat kecemasan klien. Kaji factor pencetus cemas. Buat jadwal kontak dengan klien. Kaji hal yang disukai klien. Berikan mainan sesuai kesukaan klien. Libatkan keluarga dalam setiap tindakan. Anjurkan pada keluarga unrtuk selalu mendampingi klien.

#### 4. Evaluasi.

- a. Volume cairan dan elektrolit kembali normal sesuai kebutuhan.
- b. Kebutuhan nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan tubuh.
- c. Integritas kulit kembali noprml.

- d. Pengetahuan keluarga meningkat.
- e. Cemas pada klien teratasi.

### **TES FORMATIF UNIT III**

Pilihlah jawaban yang paling tepat:

1. Bayi perempuan 7 bulan datang dengan keluhan demam, diare lebih dari 5 x/hari selama 5 hari. Saat diperiksa perawat anak tampak rewel, mata cekung, cubitan kulit perut lambat kembali. Apakah tindakan prioritas pada kasus tersebut diatas?
  - A. Menganjurkan ibu untuk memberi anak minum
  - B. Menghitung intake output
  - C. Menghitung frekuensi napas
  - D. Menimbang berat badan
  - E. Mengukur panjang badan
  
2. Bayi perempuan 12 bulan datang dengan keluhan demam, diare lebih dari 10 x/hari selama 5 hari ada darah dalam feses. Anak tampak rewel, mata cekung, cubitan kulit perut lambat kembali. Termasuk klasifikasi apakah kasus di atas?
  - A. Diare Dehidrasi Berat
  - B. Diare Dehidrasi Ringan/Sedang
  - C. Diare Tanpa Dehidrasi
  - D. Diare Persisten
  - E. Disentri
  
3. Balita perempuan 30 bulan datang dengan keluhan demam, diare lebih dari 10 x/hari selama 5 hari. Anak tampak rewel, mata cekung, cubitan kulit perut lambat kembali, tampak haus minum dengan lahap. Apakah klasifikasi kasus di atas?
  - A. Diare Dehidrasi Berat
  - B. Diare Dehidrasi Ringan/Sedang
  - C. Diare Tanpa Dehidrasi
  - D. Diare Persisten
  - E. Disentri

4. Bayi perempuan usia 6 bulan, BB 7 kg dirawat dengan keluhan muntah 12 x, nafsu makan menurun. Pasien sudah dibawa ke dokter klinik dan mendapat obat antiemetik namun masih muntah. Setelah dilakukan pemeriksaan BB badan menurun 0,5 kg. Berapakah kebutuhan nutrisi yang harus diberikan untuk pasien tersebut?
- A. 400 kkal                      C. 650 kkal                      E. 800 kkal  
B. 500 kkal                      D. 700 kkal
5. Balita perempuan usia 4 tahun, BB 17 kg dirawat dengan keluhan BAB cair 5x/hari, muntah 12 x, nafsu makan menurun. Hasil pengkajian didapat suhu 37 °C, nadi 110x/menit. Ibu mengatakan tampak cemas karena anaknya tidak mau makan, padahal biasanya anak di rumah mau makan. Berapakah kebutuhan cairan yang harus diberikan untuk pasien tersebut?
- A. 1350 cc                      C. 1500 cc                      E. 1700 cc  
B. 1450 cc                      D. 1600 cc

Kunci Jawaban:

1. A
2. E
3. B
4. C
5. D

## **UNIT IV**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN KEJANG DEMAM**

#### **PENGERTIAN**

Menurut Sujono (2009), kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rectal di atas 38<sup>0</sup>C). Sedangkan menurut Ngastiyah (2005) kejang demam atau “febrile convulsion” adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rectal di atas 38<sup>0</sup>C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium.

#### **ETIOLOGI**

Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam antara lain : Infeksi ekstrak antara lain : infeksi saluran pernafasan atas, otitis media akut, pneumoni, gastroenteritis, infeksi saluran kemih), demam idiopatik.

#### **PATOFISIOLOGI**

Infeksi yang terjadi pada jaringan di luar kranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis penyebab terbanyaknya adalah bakteri yang bersifat toksik. Toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui hematogen maupun limfogen.

Penyebaran toksik ke seluruh tubuh akan direspon oleh hipotalamus dengan menaikkan pengaturan suhu di hipotalamus sebagai tanda tubuh mengalami bahaya secara sistemik. Naiknya pengaturan suhu di hipotalamus akan merangsang kenaikan suhu di bagian tubuh yang lain seperti otot, kulit sehingga terjadi peningkatan kontraksi otot.

Naiknya suhu di hipotalamus, otot, kulit dan jaringan tubuh yang lain akan disertai pengeluaran mediator kimia seperti epinefrin dan prostaglandin. Pengeturan mediator kimia ini dapat merangsang peningkatan potensial aksi pada neuron. Peningkatan potensial inilah yang merangsang perpindahan ion Natrium, ion Kalium dengan cepat dari luar sel menuju ke dalam sel. Peristiwa inilah yang diduga dapat menaikkan fase depolarisasi neuron dengan cepat sehingga timbul kejang.

## **MANIFESTASI KLINIK**

Manifestasi klinis terjadinya bangkitan kejang pada anak kebanyakan bersamaan dengan :

1. Kejang yang terkait dengan kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat, biasanya berkembang bila suhu tubuh (dalam) mencapai 38 °C atau lebih.
2. Terjadinya bangkitan kejang pada bayi dan anak, kebanyakan bersamaan dengan kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat yang disebabkan oleh infeksi di luar susunan saraf pusat : misalnya tonsilitis, otitis media akut, bronkitis, pneumonia, dan lain-lain.
3. Umumnya kejang demam berlangsung singkat, berupa serangan kejang tonik - klonik berupa : menangis, tidak sadar, dan kekakuan otot.
4. Serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, dan berlangsung hanya sebentar saja beberapa detik sampai 10 menit diikuti periode mengantuk singkat paska kejang. Kejang demam yang menetap lebih lama dari 15 menit, menunjukkan penyebab organik seperti : proses infeksi atau toksik dan memerlukan pengamatan menyeluruh.
5. Demam tinggi 38<sup>0</sup>C – 40<sup>0</sup> C.
6. Kekakuan terjadi pada kontraksi tonik simetrik yang umumnya pada seluruh otot tubuh. Lengan biasanya fleksi, Kaki, kepala dan leher ekstensif, Apnea (dapat menjadi sianosis).

## **ASUHAN KEPERAWATAN**

### **Pengkajian**

1. Riwayat Penyakit Sekarang : Pada anak dengan KD, Perawat harus memenuhi data yang berkaitan dengan adanya demam tinggi pada anak disertai dengan kejang. Tipe kejang penayanan pada anak dimintakan pada orang tua untuk dijelaskan.
2. Pengkajian Fisik : Pengkajian fisik dapat dilakukan menggunakan pengkajian fungsional formil pengkajian fisik, berada pada sistem pernafasan, persarafan, dan pencarian. Anak akan mengalami per frekuensi pernafasan dengan iama cepat, dangkal, dengan suhu diatas 38<sup>0</sup>C. Kesadaran sampai dengan karena dapat terjadi, tonus otot meningkat serta ditemukan lidah menutup saring, mulut gigi mengatup atau mengunci.

### **Diagnosa Keperawatan**

1. Resiko terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.
2. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang.
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan faring untuk lidah.

4. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi.
5. Perubahan proses keluarga : cemas

### **Rencana Keperawatan**

- a. Resiko terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.  
**Intervensi :** Kaji faktor pencetus kejang. Libatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien, Observasi tanda-tanda vital, Lindungi anak dari trauma. Berikan kompres/lakukan tepid sponge dengan air biasa. Kolaborasi untuk pemberian anti piretik bila klien panas.
- b. Resiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan kejang  
**Intervensi :** Gali bersama-sama pasien berbagai stimulasi yang dapat menjadi pencetus kejang. Pertahankan bantalan lunak pada penghalang tempat tidur yang terpasang dengan posisi tempat tidur rendah. Pertahankan tirah baring secara ketat. Beri obat Diazepam untuk menekan status kejang. Beri obat Fenobarbital untuk meningkatkan dosis lebih rendah untuk menurunkan efek sampingnya.
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penutupan faring oleh efisien.  
**Intervensi :** Letakkan pasien pada posisi miring atau permukaan datar dirikan kepala selama serangan kejang. Berikan tambahan oksigen atau ventilasi manual sesuai kebutuhan. Siapkan untuk melakukan intubasi jika ada indikasi.
- d. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi  
**Intervensi :** Beri kompres air biasa bila suhu tinggi . Observasi tanda – tanda vital. Anjurkan untuk minum banyak. Beri obat penurunan panas sesuai program



## UNIT IV BRONKHO PNEUMONIA (BP)

### A. Pengertian

Bronchopneumonia adalah peradangan pada parenkim paru-paru yang terjadi pada anak-anak. (Suriadi. 2001)

Bronchopneumonia adalah suatu peradangan pada parenkim paru yang disebabkan bakteri, virus, jamur ataupun benda asing yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, dispnea, nafas cepat dan dangkal, muntah, diare, batuk kering dan produktif. (Hidayat. 2006)

Bronchopneumonia adalah infeksi tratus respiratorius bagian atas yang ditandai dengan nafas menjadi sesak, disertai pernafasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut serta rasa nyeri pada dada. Menurut Ngastiah, yang dikutip dari Monica (2007).

### B. Etiologi

Menurut Misnadiarly (2008) ada beberapa penyebab dari bronchopneumonia, diantaranya:

1. Virus: Respiratory Syncytial Virus, Virus Influenza
2. Bakteri: Streptococcus Pneumonia, Staphylococcus Aureus, dan Haemophilus Influenza
3. Jamur: Mycoplasma Pneumonia, Histoplasma Capsulatum, Cryptococcus Neofarmans
4. Aspirasi misalnya: makanan, cairan amnion dan benda asing

### C. Patofisiologi

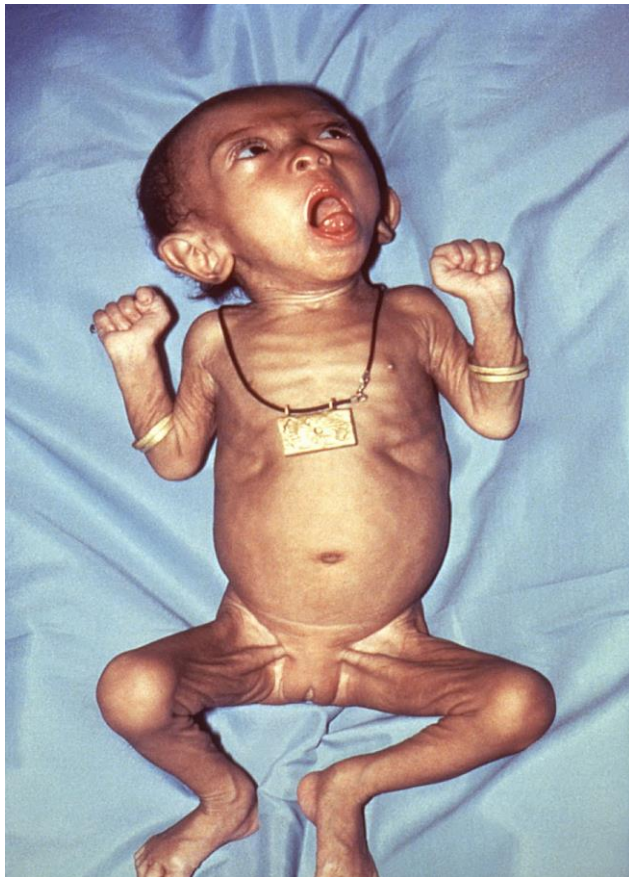
#### 1. Proses Penyakit

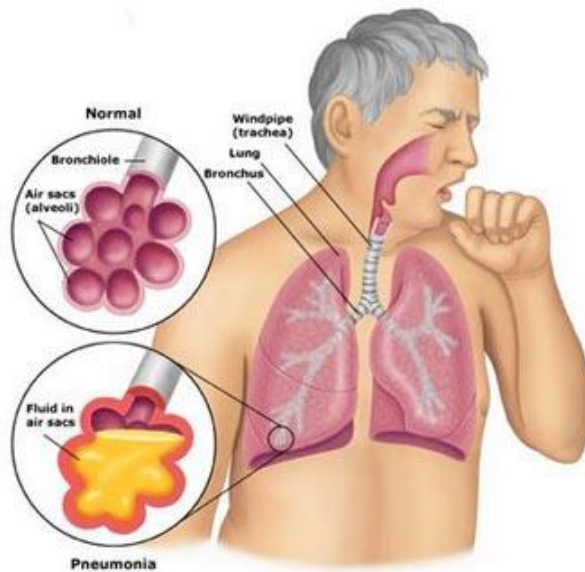
Organisme atau gen masuk jaringan paru-paru melalui saluran nafas bagian atas mencapai ke bronkheolus dan alveolus kemudian akan timbul reaksi radang yang dimulai dari paru-paru menjalar secara progresif ke kapiler satu atau seluruh lobus, kemudian lobus bronkhiolus menyebar sel radang akut, lumen terisi eksudat dan sel epitel menjadi rusak sehingga rongga sel tersumbat dan sekitarnya penuh dengan netrofil dan sedikit eksudat fibrin<sup>6</sup> maka pertukaran gas di alveolus dan bronkus tidak efektif maka akan terjadi asidosis atau respirasi alkalosis metabolic (Price. 2002).

## 2. Manifestasi Klinis

Adapun tanda dan gejala bronchopneumonia yaitu:

- a. Demam tinggi ( $39^{\circ} - 40^{\circ} \text{C}$ )
- b. Gelisah
- c. Sesak nafas
- d. Nafas cepat dan dalam
- e. Cuping hidung
- f. Batuk produktif
- g. Tidak dapat makan dan gangguan tidur
- h. Ronkhi
- i. Sianosis sekitar hidung dan mulut
- j. Sakit kepala dan malaise
- k. Kadang disertai muntah dan diare





### 3. Komplikasi

Komplikasi dari bronchopneumonia yaitu :

- a. Gagal pernafasan
- b. Obstruksi jalan nafas
- c. Hipoksia
- d. Atelektasis adalah pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya mobilisasi atau refleks batuk hilang
- e. Emfisema adalah suatu keadaan dimana terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat di suatu tempat atau seluruh rongga pleura.
- f. Meningitis purulenta yaitu infeksi yang menyerang selaput otak
- g. Perikarditis (infeksi haemophilus influenza tipe B)
- h. Efusi pleura

### D. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan terhadap klien dengan bronchopneumonia adalah:

1. Tes diagnostic
  - a. Foto thoraks  
Terdapat bercak-bercak konsolidasi atau infiltrate pada satu atau beberapa lobus.
  - b. Laboratorium  
Pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis dapat mencapai 15.000–40 .000 mm<sup>3</sup> dan peningkatan Hb serta Ht.
  - c. Pemeriksaan cairan pleura

- d. Pemeriksaan mikrobiologik, specimen usap tenggorok, sekresi nasofaring, bilasan bronkhus atau sputum, darah dan aspirasi
2. Therapy
    - a. Menjaga kelancaran pernafasan  
Pemberian oksigen, fisiotherapi dada, cairan intravena.
    - b. Kebutuhan istirahat
    - c. Kebutuhan nutrisi dan cairan
    - d. Mengontrol suhu tubuh
    - e. Pemberian antibiotik bila sekunder dari infeksi bakteri (sesuai program)
    - f. Inhalasi
    - g. Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.

### **E. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian harus akurat, lengkap sesuai dengan kenyataan. (Nursalam. 2001)

1. Aktivitas/istirahat
 

Gejala : Kelemahan, kelelahan dan insomnia

Tanda : Letargi, penurunan toleransi terhadap aktivitas
2. Sirkulasi
 

Gejala : Riwayat gagal jantung kronik

Tanda : Takikardi, penampilan kemerahan dan pucat
3. Makanan/cairan
 

Gejala : Kehilangan nafsu makan, mual/muntah

Tanda : Distensi, turgor buruk dan penampilan kurang nutrisi
4. Neurosensori
 

Gejala : Sakit kepala daerah frontal (influenza)

Tanda : Perubahan mental (bingung dan somnolen)
5. Nyeri/kenyamanan
 

Gejala : Sakit kepala, nyeri dada meningkat oleh batuk, nyeri dada

Tanda : Melindungi area yang sakit

6. Pernafasan

Gejala : Penyakit paru obstruksi menahun (PPOM), takipnea, dipsnea, nafas dangkal, nafas cuping hidung

Tanda : Sputum, bunyi nafas menurun, ronkhi, pucat/sianosis bibir dan kuku

7. Keamanan

Gejala : Riwayat kemotherapi dan demam

Tanda : Berkeringat, menggigil, gemetar dan kemerahan

## **F. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Carpenito, 2000 dikutip Nursalam 2001, diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurun, membatasi, mencegah dan merubah. Adapun diagnosa keperawatan pada pasien bronkhopneumonia adalah:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar kapiler
3. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh, adanya mukus sebagai media pertumbuhan organism
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
5. Gangguan rasa nyaman: nyeri berhubungan dengan inflamasi paru
6. Resiko tinggi pemenuhan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi
7. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih (demam, keringat banyak, mual/muntah)
8. Kurang pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang informasi



## G. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah - masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam. 2001). Rencana keperawatan yang dapat disusun pada pasien dengan bronchopneumonia adalah:

### 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum

#### Intervensi:

- a. Kaji frekuensi atau kedalaman pernafasan, gerakan dada.  
Rasional: Takipnea, pernafasan dangkal, dan gerakan dada tidak simetris sering terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada.
- b. Auskultasi paru  
Rasional: Ronkhi menunjukkan akumulasi sekret yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu nafas dan peningkatan kerja pernafasan.
- c. Lakukan fisiotherapi dada  
Rasional: Meningkatkan gerakan sekret kedalam jalan nafas (bronkhus), sehingga sudah dikeluarkan.
- d. Anjurkan ibu untuk memberikan minum air hangat sesuai dengan kebutuhan  
Rasional: Pemasukan asupan cairan terutama cairan hangat membantu untuk mengencerkan sekret, sehingga membuat sekret mudah dikeluarkan.
- e. Lakukan penghisapan/suction sesuai indikasi.  
Rasional: Penghisapan dapat dilakukan bila klien tidak mampu mengeluarkan sekret.

- f. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi: mukolitik, ekspektoran, bronkhodilator

Rasional: Mukolitik menurunkan kekentalan dan perlekatan sekresi paru untuk memudahkan pembersihan. Bronkhodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakheobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara.

- g. Monitor foto thoraks dan AGD

Rasional: Mengevaluasi kemajuan, efek proses penyakit dan memudahkan pilihan therapy yang dibutuhkan.

## **2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar kapiler**

### **Intervensi:**

- a. Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan dan ekspansi dada

Rasional: Tergantung pada keterlibatan paru dan status kesehatan umum.

- b. Observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku

Rasional: Sianosis pada kuku menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam/menggigil. Namun sianosis membrane mukosa dan mulut menunjukkan hipoksia sistemik.

- c. Ukur TTV tiap 8 jam

Rasional: Takikardia biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi

- d. Berikan posisi fowler

Rasional: Meningkatkan inspirasi maksimal

- e. Kolaborasi: berikan terapi oksigen tambahan sesuai indikasi.

Rasional: Memaksimalkan sedian oksigen untuk pertukaran gas

- f. Monitor AGD

Rasional: Penurunan kandungan  $PO_2$  atau peningkatan  $PCO_2$  menunjukkan kebutuhan program therapy

## **3. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh, adanya mukus sebagai media pertumbuhan organism**

### **Intervensi:**

- a. Ukur TTV tiap 8 jam

Rasional: Reaksi demam menunjukkan/indicator adanya infeksi

- b. Anjurkan masukan cairan membantu mengencerkan sekret sehingga membuatnya mudah dikeluarkan  
Rasional: Pemasukan tinggi cairan membantu mengencerkan sekret sehingga membuatnya mudah dikeluarkan.
- c. Anjurkan ibu mengatur keseimbangan antara aktivitas dan istirahat adekuat  
Rasional: Memudahkan proses penyembuhan dan meningkatkan pertahanan tubuh
- d. Lakukan isolasi pencegahan secara individual  
Rasional: Melindungi klien dari proses infeksi lain
- e. Diskusikan masukan nutrisi adekuat  
Rasional: Pemberian nutrisi yang adekuat meningkatkan daya pertahanan tubuh
- f. Kolaborasi: berikan obat sesuai indikasi, misalnya antibiotic/anti mikroba  
Rasional: Obat ini digunakan untuk mencegah pertumbuhan mikroorganisme
- g. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium misalnya LED menunjukkan terjadinya proses infeksi  
Rasional: Peningkatan jumlah leukosit, LED menunjukkan proses terjadinya infeksi.

#### **4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen**

##### **Intervensi:**

- a. Kaji respon klien terhadap aktivitas  
Rasional: Menetapkan kemampuan/kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi.
- b. Ukur TTV sebelum dan sesudah aktivitas  
Rasional: Menetapkan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi
- c. Beri lingkungan tenang dan batasi pengunjung saat fase akut  
Rasional: Menurunkan stress dan rangsangan berlebih, meningkatkan istirahat
- d. Bantu klien memilih posisi yang nyaman untuk istirahat/tidur  
Rasional: Klien mungkin yaman dengan kepala tinggi, tidur dikursi/menunduk kedepan meja/bantal
- e. Bantu klien dalam aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan  
Rasional: Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan



kebutuhan oksigen

- f. Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat

Rasional: Tirah baring diperlukan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik

## **5. Gangguan rasa nyaman: nyeri berhubungan dengan inflamasi paru**

### **Intervensi:**

- a. Kaji karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, skala dan penyebarannya

Rasional: Nyeri dada biasanya ada dalam beberapa derajat pada bronchopneumonia, juga dapat timbul komplikasi bronchopneumonia seperti perikarditis dan endokarditis.

- b. Ukur TTV setiap 8 jam

Rasional: Perubahan tekanan darah menunjukkan bahwa klien mengalami nyeri

- c. Berikan tindakan yang nyaman, misalnya: pijatan punggung, perubahan posisi

Rasional: Menghilangkan ketidaknyamanan

- d. Kolaborasi : berikan analgetik sesuai indikasi

Rasional: Obat ini digunakan untuk menekan batuk memproduktif menurunkan mukosa berlebihan, meningkatkan ketidaknyamanan.

## **6. Resiko tinggi pemenuhan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi**

### **Intervensi:**

- a. Identifikasi faktor yang menimbulkan mual, muntah dan tidak nafsu makan, misalnya: Sputum banyak dan diagnose berat.

Rasional: Pilihan intervensi tergantung pada penyebab masalah

- b. Bantu melakukan oral hygiene

Rasional: Menghilangkan rasa dan bau sputum sehingga dapat meningkatkan nafsu makan dan mengurangi mual.

- c. Anjurkan ibu klien untuk memberikan makanan tambahan yang tidak bertentangan dengan diet

Rasional: Tindakan ini dapat meningkatkan masukan nutrisi

- d. Auskultasi bising usus

Rasional: Bising usus mungkin menurun/tidak ada bila proses infeksi berat/memanjang

- e. Timbang berat badan setiap hari

Rasional: Mengukur ketidakefektifan dan respon terapi

- f. Beri makanan porsi kecil dan sering

Rasional: Tindakan ini dapat meningkatkan masuk meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali

- g. Ukur TTV tiap 8 jam

Rasional: TD dan nadi yang menurun dapat mengindikasikan nutrisi klien tidak adekuat

- h. Kolaborasi: Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, misalnya hemoglobin dan albumin

Rasional: Nilai rendah mungkin menunjukkan malnutrisi dan menunjukkan kebutuhan intervensi/perubahan program terapi

## **7. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih (demam, keringat banyak, mual/muntah)**

### **Intervensi:**

- a. Catat keseimbangan intake output kumulatif

Rasional: Memberikan informasi tentang keadekuatan volume cairan dan kebutuhan penggantian

- b. Ukur TTV tiap 8 jam

Rasional: Peningkatan suhu meningkatkan laju metabolic dan kehilangan cairan melalui evaporasi

- c. Palpasi denyut perifer

Rasional: Denyut perifer yang lemah menandakan terjadinya kekurangan cairan

- d. Kaji membran mukosa, turgor kulit dan rasa haus

Rasional: Indikator langsung ketidakadekuatan cairan

- e. Anjurkan ibu klien untuk memberikan banyak minum

Rasional: Pemenuhan kebutuhan dasar cairan, menurunkan resiko dehidrasi

- f. Beri kompres hangat

Rasional: Kompres hangat dapat menurunkan panas

- g. Kolaborasi: Berikan obat sesuai indikasi, misalnya : antipiretik dan antiemetik

Rasional: Obat antiemetik berguna untuk menghilangkan mual dan muntah. Obat

antipiretik berguna mencegah terjadinya demam sehingga dapat menurunkan kehilangan cairan

- h. Memberikan cairan tambahan IV sesuai keperluan

Rasional: Pada adanya penurunan masukan/banyak kehilangan cairan, penggunaan parenteral dapat memperbaiki/mencegah kekurangan cairan

- i. Monitor nilai laboratorium, misalnya: Hematokrit

Rasional: Peningkatan nilai hematokrit dapat mengindikasikan terjadinya kekurangan cairan

## **8. Kurang pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang informasi**

### **Intervensi:**

- a. Kaji tingkat pengetahuan keluarga

Rasional: Mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan keluarga

- b. Motivasi keluarga untuk mengungkapkan perasaan

Rasional: Mengetahui kesiapan keluarga untuk mengungkapkan perasaan

- c. Berikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan bronkopneumonia pada anak

Rasional: Meningkatkan pengetahuan keluarga

- d. Motivasi keluarga untuk bertanya apabila tidak mengerti

Rasional: Meningkatkan pengetahuan keluarga

- e. Evaluasi pengetahuan keluarganya

Rasional: Mengetahui keberhasilan intervensi

## **TES FORMATIF UNIT V**

1. Kriteria yang menunjukkan efektifnya bersihan jalan nafas pada anak, yaitu :

1. Kecepatan pernafasan normal dengan menggunakan otot bantu pernafasan
2. Pergerakan udara bebas tanpa hambatan
3. Suara nafas hipersonor
4. Nilai AGD normal

Jawab : C

2. Tidak adekuatnya intake oral dan adanya demam pada anak, dapat menyebabkan kurang

1. volume cairan , intervensi yang tepat adalah :

1. Hitung kebutuhan cairan sesuai berat badan dan berikan tambahan cairan
2. Kurangi pemberian cairan intra vena jika intake oral meningkat

3. Anjurkan ibu untuk tetap melanjutkan pemberian asi
4. Monitor tanda-tanda vital, mukosa membran, turgor kulit dan intake output

Jawab : E

3. Agar anak dapat mengekspresikan rasa nyaman, batuk adekuat, secret encer, dan bernafas dengan mudah, intervensi yang dilakukan antara lain :
  1. Tinggikan bagian kepala dari tempat tidur
  2. Bantu anak untuk menahan dada dengan bantal saat batuk
  3. Rencanakan perawatan untuk memberikan kesempatan waktu istirahat/ tidur yang cukup
  4. Kolaborasi pemberian sedatif

Jawab : A

4. Anak yang menderita pneumonia, beresiko untuk menyebarkan infeksi baik pada diri sendiri 1. ataupun orang lain, upaya pencegahan penyebaran infeksi adalah :
  1. Menerapkan kewaspadaan universal
  2. Anak ditempatkan pada ruang isolasi
  3. Gunakan tehnik yang benar pembuangan kotoran infeksius
  4. Hindari kontak dekat yang tidak perlu selama tahap infeksi

Jawab : E

5. Pengkajian keperawatan pada anak dengan bronkhopneumonia, perlu diketahui riwayat yang berhubungan yaitu :
  1. Demam, batuk, pilek
  2. Kurang nafsu makan dan tidak bergairah
  3. Sakit pernafasan sebelumnya
  4. Usaha pengobatan yang telah dilakukan

Jawab : E

## UNIT VI ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN HIRSCHPRUNG

### *Apa yang saudara ketahui tentang Penyakit Hirschprung?*

Penyakit Hirschprung adalah kelainan bawaan penyebab gangguan pasase usus (Ariff Mansjoer, dkk. 2000). Dikenalkan pertama kali oleh Hirschprung tahun 1886. Zuelser dan Wilson, 1948 mengemukakan bahwa pada dinding usus yang menyempit tidak ditemukan ganglion parasimpatis.

**Bacalah secara sepintas bagian demi bagian dan temukan kata-kata yang Anda anggap penting. Carilah dan baca pengertian dari kata-kata kunci dalam daftar, dan kata-kata sulit yang terdapat dalam modul ini atau dalam kamus yang Anda miliki.**



**Apakah saudara / mengetahui penyebab penyakit Hirschprung ?**

#### **Etiologi/ Penyebab :**

Penyakit ini disebabkan aganglionosis Meissner dan Aurbach dalam lapisan dinding usus, mulai dari spingter ani internus ke arah proksimal, 70 % terbatas di daerah rektosigmoid, 10 % sampai seluruh kolon dan sekitarnya 5 % dapat mengenai seluruh usus sampai pilorus.

#### **Komplikasi :**

- Enterokolitis nekrotikans, pneumatosis usus, abses perikolon, perforasi dan septikemia.

### **Penatalaksanaan.**

- Konservatif. Pada neonatus dilakukan pemasangan sonde lambung serta pipa rektal untuk mengeluarkan mekonium dan udara.
- Tindakan bedah sementara. Kolostomi pada neonatus, terlambat diagnosis, enterokolitis berat dan keadaan umum buruk.
- Tindakan bedah defenitif. Mereseksi bagian usus yang aganglionosis dan membuat anastomosis.

## **ASUHAN KEPERAWATAN**

### **Pengkajian.**

#### **Riwayat Keperawatan**

- Keluhan utama.

Obstipasi merupakan tanda utama dan pada bayi baru lahir. Trias yang sering ditemukan adalah mekonium yang lambat keluar (lebih dari 24 jam setelah lahir), perut kembung dan muntah berwarna hijau. Gejala lain adalah muntah dan diare.

- Riwayat penyakit sekarang.

Merupakan kelainan bawaan yaitu obstruksi usus fungsional. Obstruksi total saat lahir dengan muntah, distensi abdomen dan ketiadaan evakuasi mekonium. Bayi sering mengalami konstipasi, muntah dan dehidrasi. Gejala ringan berupa konstipasi selama beberapa minggu atau bulan yang diikuti dengan obstruksi usus akut.

- Namun ada juga yang konstipasi ringan, enterokolitis dengan diare, distensi abdomen dan demam. Diare berbau busuk dapat terjadi.

- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan.

- Nutrisi.

- Sistem pernapasan.

✓ Sesak napas, distres pernapasan

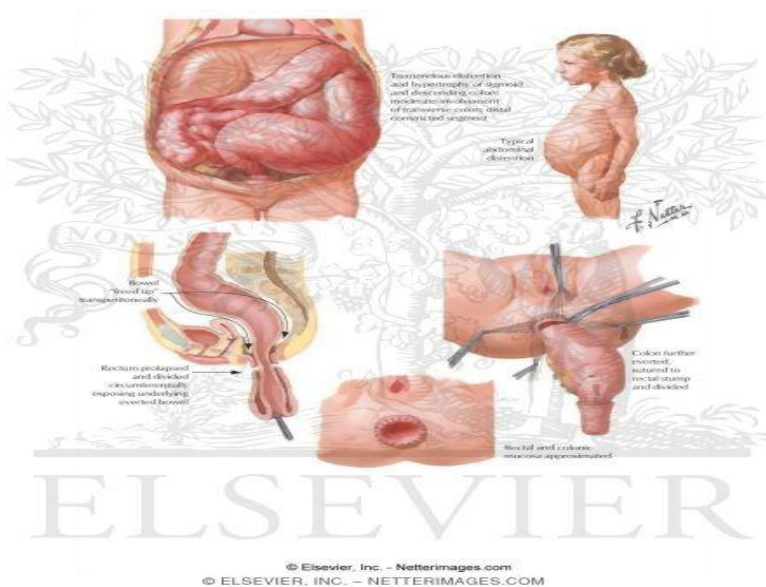
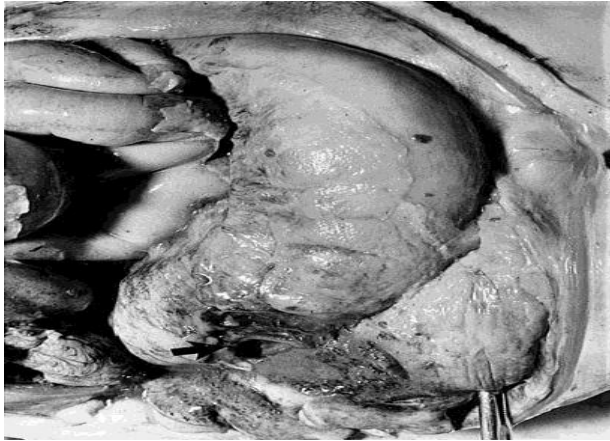
- Sistem pencernaan.

Umumnya obstipasi, perut kembung/perut tegang, muntah berwarna hijau. Pada anak yang lebih besar terdapat diare kronik. Pada colok anus jari akan merasakan jepitan dan pada waktu ditarik akan diikuti dengan keluarnya udara dan mekonium atau tinja yang menyemprot.

**Apa yang diperiksa untuk menegakkan Diagnosa Pasien ??**

## PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK DAN HASIL

- Foto polos abdomen tegak akan terlihat usus-usus melebar atau terdapat gambaran obstruksi usus rendah.
- Pemeriksaan dengan barium enema ditemukan daerah transisi, gambaran kontraksi usus yang tidak teratur di bagian menyempit, enterokolitis pada segmen yang melebar dan terdapat retensi barium setelah 24-48 jam.





Normal colon



Enlarged colon of Hirschsprung's Disease



- Biopsi isap, mencari sel ganglion pada daerah sub mukosa.
- Biopsi otot rektum, yaitu pengambilan lapisan otot rektum.
- Pemeriksaan aktivitas enzim asetilkolin esterase dimana terdapat peningkatan aktivitas enzim asetilkolin eseterase.



### **Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan eliminasi BAB : obstipasi berhubungan dengan spastis usus dan tidak adanya daya dorong.
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadkuat.
3. Kekurangan cairan tubuh berhubungan muntah dan diare.
4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan adanya distensi abdomen.
5. Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan keadaan status kesehatan anak
6. Gangguan eliminasi BAB : obstipasi berhubungan dengan spastis usus dan tidak adanya daya dorong

### **Tujuan Dan Kriteria Hasil**

Pasien tidak mengalami gangguan eliminasi dengan kriteria defekasi normal, tidak distensi abdomen

### **Rencana Tindakan**

1. Monitor cairan yang keluar dari Kolostomi
2. Pantau jumlah cairan kolostomi
3. Pantau pengaruh diet terhadap pola defekasi
4. Kolaborasi dalam hal pengobatan

### **TES FORMATIF VI**

1. Akibat lanjut dari penyakit Hirschprung :
  1. Enterokolitis nekrotikans,
  2. pneumatosis usus,
  3. abses perikolon,
  4. perforasi dan septicemia
  
2. Trias yang sering ditemukan pada penyakit Hirschprung terdiri dari :
  1. Mekonium yang lambat keluar (lebih dari 24 jam setelah lahir),
  2. Perut kembung
  3. Muntah berwarna hijau.
  4. Diare

3. Dignosa keperawatan yang muncul pada anak dengan Hirschprung adalah :
1. Gangguan eliminasi BAB : obstipasi berhubungan dengan spastis usus dan tidak adanya daya dorong.
  2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadkuat.
  3. Kekurangan cairan tubuh berhubungan muntah dan diare.
  4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan adanya distensi abdomen.
4. Sebutkan prinsip perawatan luka kolostomi pada anak
- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| A. Bersih            | C. Atraumatik            |
| B. Steril dan bersih | D. Steril dan atraumatik |
5. Pada prosedur perawatan luka kolostomi setelah perawat mengangkat kantong kolostomi yang sudah penuh dan membersihkan lukanya dengan cairan bethadin yang diencerkan, maka apakah yang dilakuka perawat berikutnya
- |  |                        |
|--|------------------------|
| A. Mengganti kantong kolostomi           | D. Memasang sofratulle |
| B. Memperhatikan kulit sekitar kolostomi | E. Melakukan fiksasi   |
| C. C. Mengoleskan zink salep             |                        |

**KUNCI JAWABAN.**

1. E
2. A
3. E
4. D
5. B

## **UNIT VII**

### **PROSEDUR TINDAKAN KHUSUS KEPERAWATAN ANAK**

Prosedur tindakan khusus keperawatan anak dalam modul ini merupakan beberapa prosedur tetap yang mendukung pencapaian kompetensi asuhan keperawatan maupun keterampilan khusus yang telah tercantum pada capaian pembelajaran mata ajar keperawatan anak.

Daftar Prosedur:

Prosedur tindakan keperawatan khusus anak sebagai berikut:

1. Pemberian imunisasi DPT
2. Pemberian obat melalui infus
3. Pemberian obat melalui Oral
4. Pemberian obat suppositoria
5. Penghisapan lendir
6. Fisioterapi dada
7. Perawatan kolostomi

**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 LEMBAR PENILAIAN UJIAN PRAKTIK**

Nama :  
 Tingkat :  
 Tanggal :  
 Kemampuan : Dapat Memberikan Imunisasi DPT pada Anak

N 0	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
I	Komunikasi (sebelum dan sesudah melakukan perasat) a. Mengucapkan salam b. Memberitahukan pasien tentang apa yang dilakukan c. Menanyakan pada pasien setelah melakukan perasat	15					
II	Menyiapkan alat alat secara lengkap 1. Bak suntik steril 2. Jarum dan syringe 3. Kapas alkohol 4. Vaksin DPT 5. Pengalas 6. Bengkok	20					
III	Sikap 1. Memperhatikan penampilan dan kerapihan perawat 2. Menjaga prinsip prinsip kerja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan atraumatik</li> <li>• Memperhatikan ku pasien</li> <li>• Menjaga privasi</li> <li>• Cek instruksi pengobatan 5 benar (obat, pasien, dosis, waktu, cara)</li> </ul>	15					
I V	Melaksanakan prosedur keperawatan 1. Perawat mencuci tangan 2. Pastikan vaksin yang akan di gunakan, baca labelnya 3. Siapkan vaksin sesuai instruksi <ul style="list-style-type: none"> <li>• buka tutup vial tarik penghisap dan masukan udara dengan jumlah yang sama dengan dosis obat .</li> <li>• Hapus hamakan vial dengan satu kali usapan menggunakan kapas</li> </ul>	50					

N 0	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambil 0,5 cc vaksin DPT</li> <li>• Ganti jarum baru, hilangkan gelembung udara</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasang sarung tangan</li> <li>5. Tempatkan anak pada posisi terlentang, lepaskan pakaian dan pilih area yang akan diinjeksi</li> <li>6. Regangkan jari tangan anda pada posisi yang akan disuntik untuk melokalisasi titik injeksi yang tepat</li> <li>7. Dengan gerakan sirkular bersihkan area injeksi dengan alkohol</li> <li>8. Tempatkan penutup diantara jari tengah dan telunjuk dan tarik keluar spuit tersebut</li> <li>9. Suntikkan vaksin secara intra muskular dengan sudut 90 derajat</li> <li>10. Tarik penghisap dan priksa untuk melihat apakah ada darah dalam spuit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila terdapat darah, angkat jarum ganti dengan yang baru. Dan mulai kembali setelah yakin bahwa dosis obat masih benar, tempatkan jarum diarea yang sedikit lebih jauh dari titik pertama</li> <li>• Bila tidak terdapat darah dorong penghisap perlahan lahan sampai spuit kosong</li> </ul> </li> <li>11. Letakkan kapas alkohol, tarik spuit dengan cepat dari area tersebut, dan dengan perlahan usap area injeksi tersebut dengan bantalan/ kapas steril kering atau tisu bersih</li> <li>12. Tempatkan kapas kering dan plester</li> <li>13. Tenangkan anak , beri lingkungan yang nyaman</li> <li>14. Puji anak atas kerjasamanya</li> <li>15. Kembalikan obat ketempat yang jauh dari jangkauan anak</li> <li>16. Buang jarum dan spuit yang telah digunakan kedalam wadah yang tahan tusukan</li> <li>17. Terangkan kepada ibu anak tersebut, tentang panas akibat DPT, berikan antipiretik kepada ibu anak tersebut bila anak panas tinggi (lebih dari 39<sup>0</sup> C) serta kompres hangat dingin disekitar lokasi untuk menghilangkan nyeri</li> </ol>						

N o	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
	18. Buka sarung tangan 19. Cuci tangan 20. Dokumentasi pada kartu imunisasi						

$$\text{Nilai I} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai II} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai III} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai IV} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$$

Jakarta,.....20..  
Akademi Keperawatan Bina Insan  
P e n i l a i

( ..... )

**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 LEMBAR PENILAIAN UJI PRAKTIK**

NAMA : .....  
 TINGKAT : .....  
 TANGGAL : .....  
 KEMAMPUAN : Mahasiswa mampu memberikan obat melalui infus pada anak

No	Keterampilan yang dinilai	Bobot (%)	Nilai				Ket
			1	2	3	4	
I	Keterampilan (sebelum dan sesudah melakukan perasat) a. Mengucapkan salam b. Menjelaskan kepada anak dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan c. Mengevaluasi perasaan anak setelah melakukan perasat	15					
II	Menyiapkan alat-alat secara tepat dan lengkap 1. Bak suntik steril 2. Syringe dan jarum 3. Kapas alkohol 4. Obat (vial/ flakon dan ampul) 5. Pengalas 6. Bengkok 7. Desinfektan 8. Gergaji ampul 9. Steril aqua bidest/ NaCl 0.9% 10. Sarung tangan	20					
III	Sikap 1. Memperhatikan penampilan dan kerapihan perawat 2. Menjaga prinsip-prinsip kerja - Cek program terapi medik sesuai prinsip 6 benar (obat, pasien, dosis, waktu, cara pemberian, dan dokumentasi) - Perawatan atraumatik - Memperhatikan keadaan umum anak - Mempertahankan sterilitas - Menjaga privasi dan mencegah rasa malu - Mengawasi adanya tanda-tanda infeksi: kemerahan, panas, bengkak, gatal, atau meradang pada daerah penusukan infus - Mengawasi kebocoran pada selang	15					

No	Keterampilan yang dinilai	Bobot (%)	Nilai				Ket
			1	2	3	4	
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengawasi abocath atau venflon tidak terfiksasi dengan baik</li> <li>- Mengawasi apabila cairan infus tidak mengalir dengan lancar</li> </ul> <p>Melaksanakan prosedur keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat cuci tangan</li> <li>2. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan</li> <li>3. Cocokkan jenis dan nama obat</li> <li>4. Baca dosis dan cara pemberian obat</li> <li>5. Siapkan obat sesuai instruksi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ampul: hapus hamakan ampul sebelum di gergaji, ambil obat dengan spuit sesuai dosis yang telah ditentukan</li> <li>- flakon/ vial (obat serbuk): buka tutup vial dengan kapas alkohol. Jika saat membuka atas botol tersentuh tangan, hapus hamakan dengan satu kali usapan menggunakan kapas alkohol. Larutkan dengan aqua bidest dengan jumlah tertentu sesuai intruksi dalam label obat. Campurkan secara merata (hingga butiran obat tidak terlihat)</li> </ul> </li> <li>6. Dengan spuit lain, menarik plunger dan isi spuit dengan udara sesuai dosis obat yang telah ditentukan</li> <li>7. Menghapus hamakan tutup vial</li> <li>8. Memasukkan jarum kedalam botol obat, membalikkan botol obat. Mendorong plunger untuk menyuntikkan udara kedalam botol obat</li> <li>9. Dengan ujung jarum tetap didalam obat, menarik kembali plunger untuk mengisi spuit sejumlah obat yang dibutuhkan</li> <li>10. Menghilangkan gelembung udara dalam spuit</li> <li>11. Mengangkat spuit dengan ujung jarum menghadap keatas dan mengetuk dengan keras spuit menggunakan jari tangan. Sewaktu gelembung diujung spuit, mendorong plunger perlahan untuk menghilangkan gelembung</li> <li>12. Memastikan dosis obat dalam jumlah yang benar</li> <li>13. Simpan spuit dalam bak suntik setelah diberi label (nama klien, nama obat, tanggal pemberian)</li> <li>14. Siapkan alat yang akan dibawa ke pasien</li> <li>15. Cuci tangan</li> <li>16. Jelaskan kembali tentang tindakan yang akan dilakukan kepada anak dan orangtua. Minta bantuan orangtua bila diperlukan</li> <li>17. Mengecek kelancaran aliran infus sebelum diklem</li> </ol>	50					



No	Keterampilan yang dinilai	Bobot (%)	Nilai				Ket
			1	2	3	4	
	18. Mengecek adanya udara dalam spuit 19. Menginjeksikan obat secara perlahan-lahan melalui selang infus atau injection port pada venflon setelah dihapusamakan. Jika ada tahanan jangan dipaksakan dan hentikan prosedur 20. Menarik spuit dan jarum dari selang dan menghapus hamakan tempat tusukan dengan kapas alkohol dalam satu kali usapan. Berikan kenyamanan pada anak 21. Beri pujian anak atas kerjasamanya 22. Bereskan alat-alat 23. Atur kembali tetesan infuse sesuai instruksi 24. Mencuci tangan 25. Mendokumentasikan tindakan dan cek waktu pemberian berikutnya						
	<b>JUMLAH</b>						

$$\text{Nilai I} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai II} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai III} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai IV} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$$

Jakarta,.....20..  
 Akademi Keperawatan Bina Insan  
 P e n i l a i

( ..... )

**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 LEMBAR PENILAIAN UJIAN PRAKTIK**

Nama :  
 Tingkat :  
 Tanggal :  
 Kemampuan : Dapat Memberikan Obat Oral Pada Anak

NO	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			4	3	2	1	
I	Komunikasi (sebelum dan sesudah melakukan perasat) a. Mengucapkan salam b. Memberitahukan pasien dan keluarga tentang apa yang dilakukan, jelaskan info tentang abat terkait reaksi, tujuan, dosis dan efek samping obat c. Menanyakan pada pasien setelah melakukan perasat	15					
II	Menyiapkan alat alat secara lengkap 1. obat dalam tempatnya 2. sendok 3. tisu 4. pengalasan ( lap atau serbet) 5. gelas 6. air minum 7. sedotan jika diperlukan 8. tempat penggerus dan penggerus obat	20					
III	Sikap 1. Memperhatikan penampilan dan kerapian perawat 2. Menjaga prinsip prinsip kerja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan atraumatik</li> <li>• Memperhatikan ku pasien</li> <li>• Menjaga privasi</li> <li>• Cek instruksi pengobatan 6 benar (obat, pasien, dosis, waktu, cara, dokumentasi)</li> </ul>	15					
IV	Melaksanakan prosedur keperawatan 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Melakukan evaluasi/validasi 3. Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik)	50					

NO	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			4	3	2	1	
	4. Menjelaskan langkah-langkah tindakan 5. Perawat mencuci tangan 6. Cocokan jenis obat dan nama obat 7. Baca dosis dan nama pemberian obat 8. Siapkan obat obat sesuai instruksi 9. Cuci tangan 10. Bila obat cair, kocok seperti yang tertera pada instruksi, bila pasien mengalami kesulitan menelan, gerus obat sampai halus 11. Tuangkan obat dalam jumlah yang ditentukan, atau isi pipet sampai jumlahnya tepat, baca jumlah cairan sampai dasar cekungan pada puncak cairan 12. Atur posisi pasien ( semi fowler , fowler, duduk) 13. Pasang pengalas 14. Bantu klien minum, beri obat dan beri minum kembali 15. Beri pujian atas kerjasama klien 16. Evaluasi respon klien ( mual, muntah) 17. Merencanakan tindak lanjut 18. Kontrak yang akan datang 19. Cuci tangan 20. Dokumentasikan tindakan dan respon klien						

$$\text{Nilai I} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai II} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai III} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai IV} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$$

Jakarta,.....20..  
 Akademi Keperawatan Bina Insan  
 Penilai

( ..... )

**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 LEMBAR PENILAIAN UJIAN PRAKTIK**

Nama :  
 Tingkat :  
 Tanggal :  
 Kemampuan : Dapat Memberikan Obat Supositoria pada Anak

NO	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
I	Komunikasi (sebelum dan sesudah melakukan perasat) a. Mengucapkan salam b. Memberitahukan pasien tentang apa yang dilakukan, jelaskan info tentang obat terkait reaksi, tujuan, normal dosis, efek samping c. Menanyakan pada pasien setelah melakukan perasat	15					
II	Menyiapkan alat alat secara lengkap 1. Supositoria rektal 2. Jeli pelumas (air) 3. Sarung tangan 4. Tisu 5. Duk 6. Alat dokumentasi	20					
III	Sikap 1. Memperhatikan penampilan dan kerapian perawat 2. Menjaga prinsip prinsip kerja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan atraumatik</li> <li>• Memperhatikan kesadaran dan keadaan umum pasien</li> <li>• Menjaga privasi</li> <li>• Cek instruksi pengobatan 6 benar (obat, pasien, dosis, waktu, cara, dokumentasi)</li> </ul>	15					
IV	Melaksanakan prosedur keperawatan 1. Perawat cuci tangan 2. Siapkan obat sesuai instruksi 3. Pakai sarung tangan 4. Buka celana atau pampers anak 5. Atur posisi anak miring (sims) dengan	50					

NO	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
	kaki atas fleksi kedepan 6. Pertahankan anak tertutup duk dengan hanya area anal yang terlihat (jaga privasi klien) 7. Buka obat supositoria dari wadahnya 8. Beri pelumas pada ujung obat dan jari telunjuk dominan dengan air hangat 9. Minta anak untuk menarik nafas perlahan melalui mulut dan untuk merilekskan spinter anal 10. Regangkan bokong dengan tangan non dominan 11. Masukkan obat perlahan dengan tangan dominan melalui anus anak sampai rectum kira kira 1 inchi (2,5 cm) 12. Pegang dan rapatkan bokong anak selama 5 menit (mencegah supositoria terdorong keluar) 13. Tarik jari dan bersihkan area anal klien dengan tisu 14. Berikan posisi nyaman 15. Beri pujian atas kerjasama pada anak 16. Evaluasi respon pasien (mual, muntah, keluar feses) 17. Lepas sarung tangan 18. Cuci tangan 19. Tulis tanggal, waktu, dosis, dan area yang digunakan.periksa waktu untuk pemberian dosis berikutnya.						

$$\text{Nilai I} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai II} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai III} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai IV} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$$

Jakarta,.....20..

Akademi Keperawatan Bina Insan  
Penilai

( ..... )

**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 LEMBAR PENILAIAN UJIAN PRAKTIK**

Nama :  
 Tingkat :  
 Tanggal :  
**Kemampuan : *Dapat melakukan Suction***

NO	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
I	Komunikasi (sebelum dan sesudah melakukan perasat) a. Mengucapkan salam b. Menjelaskan klien dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan c. Mengevaluasi perasaan klien setelah melakukan perasat	15					
II	Menyiapkan alat alat secara lengkap 1. Mesin Suction 2. Kateter Suction (8 – 12 fr) 3. Cairan steril NaCl 0,9 % 4. Kom steril 5. Sarung tangan steril 6. Tissue 7. Bengkok 8. Jelly 9. Handuk kecil	20					
III	Sikap 1. Memperhatikan penampilan dan kerapihan perawat 2. Menjaga prinsip prinsip kerja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan atraumatik</li> <li>• Memperhatikan ku pasien</li> <li>• Menjaga privasi</li> <li>• Cek instruksi suction</li> </ul>	15					
IV	Melaksanakan prosedur keperawatan 1. Dekatkan alat-alat 2. Perawat mencuci tangan 3. Buka pembungkus kateter suction 4. Pastikan mesin suction dalam kondisi baik dan tidak tersumbat 5. Gunakan sarung tangan 6. Ambil ujung kateter suction sambil digulung dengan tangan kanan,	50					

NO	KETERAMPILAN	BOBOT (%)	NILAI				KET
			1	2	3	4	
	<p>pertahankan tehnik steril</p> <p>7. Tangan kiri memegang selang mesin dan sambungkan kateter suction</p> <p>8. Ukur dan tentukan jarak tube yang harus dimasukkan dengan meletakkan ujung kateter di lobus bawah telinga ke ujung hidung, kemudian beri tanda.</p> <p>9. Masukkan ujung kateter ke dalam kom steril yang berisi cairan NaCl 0,9 %, letakkan jari pada lubang kateter untuk menghasilkan hisapan, lalu lepaskan jari.</p> <p>10. Dekatkan kateter, anjurkan klien nafas dalam</p> <p>11. Tanpa hisapan, masukkan kateter ke dalam salah satu lubang hidung sampai batas ukuran</p> <p>12. Letakkan jari pada lubang kateter untuk menghasilkan hisapan</p> <p>13. Putar kateter suction dengan gerakan perlahan saat menarik suction (tidak boleh &gt; 5 detik)</p> <p>14. Perhatikan mukus, warna, bau, dan konsistensi untuk mengetahui adanya perubahan</p> <p>15. Bilas kateter suction dengan cairan steril</p> <p>16. Anjurkan klien untuk nafas dalam</p> <p>17. Ulangi tahap 11-15 untuk membersihkan lubang hidung lainnya</p> <p>18. Anjurkan klien untuk mengambil nafas dalam</p> <p>19. Tanpa hisapan, masukkan kateter ke dalam mulut hingga tenggorokan sampai batas ukuran</p> <p>20. Hisap mukus dengan gerakan memutar perlahan-lahan</p> <p>21. Perhatikan karakteristik mukus</p> <p>22. Bilas kateter suction dengan cairan steril melalui hisapan</p> <p>23. Anjurkan klien nafas dalam</p> <p>24. Ulangi tahap 18-23 sebanyak 3x bila perlu</p> <p>25. Beri rasa nyaman pada klien</p> <p>26. Berikan pujian atas kerjasama klien</p> <p>27. Ganti air dan bersihkan kom serta mesin suction untuk pemakaian berikutnya</p> <p>28. Rapihkan alat</p> <p>29. Buka sarung tangan</p> <p>30. Cuci tangan</p> <p>31. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan</p>						

$$\text{Nilai I} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai II} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai III} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai IV} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$$

Jakarta,.....20..  
Akademi Keperawatan Bina Insan  
P e n i l a i

( ..... )



**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 LEMBAR PENILAIAN UJI PRAKTIK**

NAMA : .....  
 TINGKAT : .....  
 TANGGAL : .....

KEMAMPUAN : Mahasiswa mampu melakukan **Fisioterapi dada**

N O	Keterampilan yang dinilai	Bobot (%)	Nilai				Ket
			4	3	2	1	
I	Komunikasi (sebelum dan sesudah melakukan perasat) a. Mengucapkan salam b. Menjelaskan klien tentang apa yang akan dilakukan c. Mengevaluasi perasaan klien setelah melakukan perasat	15					
II	Menyiapkan alat-alat secara tepat dan lengkap 1. Tempat tidur yang dapat diatur pada posisi trendelenberg 2. Bantal/guling 3. Tisue 4. Tempat sekret 5. Lap mulut 6. Handuk/kain	20					
III	Sikap 1. Memperhatikan penampilan dan kerapihan perawat 2. Menjaga prinsip-prinsip kerja - Cek program fisioterapi dada - Memperhatikan keadaan umum klien - Mempertahankan kebersihan - Mengatasi rasa malu - Menjaga privasi - Mengetahui lokasi/ area fisioterapi dada	15					
IV	Melaksanakan prosedur keperawatan 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik) 4. Menjelaskan langkah-langkah tindakan 5. Mencuci tangan	50					

N O	Keterampilan yang dinilai	Bobot (%)	Nilai				Ket
			4	3	2	1	
	<p>6. Mempersiapkan alat</p> <p>7. Kaji kondisi klien (bunyi nafas dan jantung, pola pernafasan, dan sekresi) dan tingkat kenyamanan</p> <p>8. Cek catatan klien terutama instruksi untuk melakukan fisioterapi dada/rasional tindakan. Kaji riwayat kesehatan jantung, masalah dan kemungkinan kontra indikasi untuk fisioterapi dada (peningkatan tekanan intraserebral, edema paru, dan komplikasi abdominal)</p> <p>9. Tentukan area paru yang membutuhkan terapi</p> <p>10. Siapkan peralatan yang diperlukan</p> <p>11. Jelaskan prosedur dan tujuan. Medikasi diberikan sesuai kebutuhan (misal ekspektoran)</p> <p>12. Pastikan klien telah berkemih. Tentukan kapan klien makan yang terakhir (bila baru selesai makan, tunggu paling tidak 1 jam kemudian untuk fisioterapi)</p> <p>13. Anjurkan klien untuk mengemukakan bila terasa ingin muntah, nyeri dada atau sesak nafas yang meningkat</p> <p><b>POSTURAL DRAINAGE</b></p> <p>14. Lepaskan pakaian klien, berikan tempat penampungan sputum dan siapkan tisu</p> <p>15. Posisikan klien dengan kepala lebih rendah dari badan dan sesuaikan letaknya menurut area paru yang perlu diterapi. Berikan bantal bila perlu dan tutup area yang terbuka dengan selimut</p> <p>16. Pertahankan posisi selama 5 menit</p> <p>17. Selama 5 menit, minta klien untuk batuk dan mengeluarkan sputum/sekret</p> <p>18. Tingkatkan waktu untuk postural drainage secara bertahap</p> <p><b>PERKUSI</b></p> <p>19. Naikkan tempat tidur setinggi pinggang untuk memudahkan bekerja. Perawat berdiri berseberangan dengan area yang akan dilakukan perkusi</p> <p>20. Tangan dan jari-jari dirapatkan dan membentuk 'cup', lalu tepuk-tepuk di area yang diperlukan selama 3 menit</p> <p>21. Minta klien untuk batuk dan mengeluarkan sputum/sekret segera setelah perkusi selesai</p>						

N O	Keterampilan yang dinilai	Bobot (%)	Nilai				Ket
			4	3	2	1	
	<p><b>VIBRASI</b></p> <p>22. Instruksikan klien untuk menghirup nafas dalam secara lambat melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut selama vibrasi dilakukan</p> <p>23. Ratakan telapak tangan pada area dada yang mengalami penumpukan sekret</p> <p>24. Dengan hati-hati lakukan vibrasi saat klien menghembuskan nafas</p> <p><b>BATUK EFEKTIF</b></p> <p>25. Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam-dalam secara perlahan</p> <p>26. Minta klien untuk tahan nafas selama 2 detik</p> <p>27. Minta klien untuk buka mulut dan batuk untuk mengeluarkan sputum/sekret</p> <p>28. Setelah semua dilakukan, kaji kembali kondisi klien</p> <p>29. Bila perlu lakukan fisioterapi kembali</p> <p>30. Kembalikan ke posisi normal dan berikan posisi yang nyaman</p> <p>31. Berikan perawatan mulut dan cuci tangan klien</p> <p>32. Cuci tangan dan dokumentasi: hasil pengkajian status respiratori dan respon klien: jumlah sekret dan warna</p> <p>33. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan, catat pula data hasil pengkajian dan respon klien</p>						
	<b>JUMLAH</b>	100					

$$\text{Nilai I} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai II} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai III} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai IV} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$$

Jakarta,.....20..  
Akademi Keperawatan Bina Insan  
P e n i l a i

( ..... )

**PROSEDUR TETAP TINDAKAN KEPERAWATAN  
 PERAWATAN KOLOSTOMI**

Nama :  
 Tingkat :  
 Tanggal :  
 Kemampuan : Mahasiswa mampu melakukan perawatan Colostomy

NO	KETERAMPILAN YANG DINILAI	BOBOT	NILAI				KET
			1	2	3	4	
<b>I</b>	<b>Komunikasi ( Sebelum dan sesudah melakukan tindakan )</b> 1. Mengucapkan salam 2. Memberi tahu klien tentang apa yang akan dilakukan 3. Mengevaluasi perasaan klien setelah melakukan tindakan.	<b>15 %</b>					
<b>II</b>	<b>Menyiapkan alat-alat secara lengkap</b>  A. Alat-alat telah disterilkan Bak instrumen steril berisi: 1. Pinset anatomi 1 buah 2. Pinset chirugis 1 buah 3. Gunting runcing 1 buah 4. Mangkok kecil 2 buah 5. Lidi kapas 6. Zink zalf/ Kemycetin zalf 7. Colostomy bag/ kantong plastik 8. Kain kassa secukupnya 9. Sofratulle 10. Perlak dan pengalas 11. Sarung tangan 1psg 12. Kapas bensin/ kapas alkohol 13. Cairan pembersih (Na Cl 0.9 %, Aquabides, Bethadin Sol) 14. Bengkok 1 bh  B. Alat-alat yang tidak steril 1. Gunting verband 1 bh 2. Pinset bersih 1 bh 3. Sarung tangan bersih 1 psg 4. Waskom kecil 1 bh 5. Washlap 1 bh 6. Handuk kecil 1 bh 7. Talk	<b>20 %</b>					

NO	KETERAMPILAN YANG DINILAI	BOBOT	NILAI				KET
			1	2	3	4	
	8. Kantong plastik						
<b>III.</b>	<b>SIKAP</b> 1. Memperhatikan kerapihan dan penampilan perawat 2. Menjaga prinsip-prinsip kerja a. Cek program pengobatan b. Prinsip atraumatik c. Memperhatikan keadaan umum klien d. Pertahankan sterilitas e. Mencegah rasa malu f. Mencuci tangan	<b>15 %</b>					
<b>IV</b>	<b>MELAKSANAKAN PROSEDUR KEPERAWATAN</b>	<b>50 %</b>					
	1. Mengucapkan salam terapeutik						
	2. Melakukan evaluasi/validasi						
	3. Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik)						
	4. Menjelaskan langkah-langkah tindakan						
	5. Mencuci tangan						
	6. Mempersiapkan alat						
	7. Pasang sampiran						
	8. Pasang perlak dan pengalas & meletakkan bengkok						
	9. Pasang sarung tangan bersih						
	10. Angkat skin barrier /kantong plastik yang lama dengan pinset yang bersih dan masukkan dalam kantong plastik						
	11. Bersihkan daerah sekitar kolostomi dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk dan beri talk						
	12. Buka sarung tangan bersih						
	13. Buka set balutan steril & siapkan cairan pembersih ( NaCl 0,9 % )						
	14. Pasang sarung tangan steril						
	15. Ambil satu pinset, kemudian cuci stoma dengan NaCl 0,9% dari arah dalam ke arah luar dan buang kasa ke dalam bengkok						
	16. Lanjutkan dengan mencuci kulit dari arah dalam ke arah luar kemudian keringkan dengan hati-hati.						

NO	KETERAMPILAN YANG DINILAI	BOBOT	NILAI				KET
			1	2	3	4	
	17. Perhatikan adanya kemerahan atau iritasi pada kulit sekitar stoma						
	18. Oleskan zink zalf/ Kemycetin zalf pada kulit sekitar stoma						
	19. Gunting sufratul sesuai ukuran dan letakkan pada stoma						
	20. Pasang donat disekitar stoma						
	21. Ambil kantong kolostomi dan ukur lubang kolostomi dan gunting secukupnya.						
	22. Tempelkan kantong kolostomi diatas stoma dan lepaskan penutup dari bahan perekat pada kantung dengan hati-hati						
	23. Lakukan fiksasi dengan plester bila kantong kolostomi kurang melekat						
	24. Setelah selesai, atur kembali posisi klien						
	25. Angkat perlak dan pengalas						
	26. Sarung tangan di lepas						
	27. Alat-alat dirapihkan & dibersihkan						
	28. Mencuci tangan						
	29. Mengevaluasi respon klien						
	30. Merencanakan tindak lanjut						
	31. Melakukan kontrak yang akan datang						
	32. Melakukan dokumentasi tindakan yang sudah dilakukan						

Nilai I =  $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$

Nilai II =  $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 20\% = \dots\dots\dots$

Nilai III =  $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 15\% = \dots\dots\dots$

Nilai IV =  $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Jumlah item yang dinilai}} \times 50\% = \dots\dots\dots$

Jakarta,.....20..  
Akademi Keperawatan Bina Insan  
Penilai

( ..... )

## **UNIT VIII PENUTUP**

Demikian Modul Keperawatan Anak ini disusun sebagai acuan yang digunakan mahasiswa, pembimbing institusi dan pembimbing lahan praktik dalam penyelenggaraan mata ajar Keperawatan Anak. Bila ada hal-hal yang kurang jelas atau masukan untuk menyempurnakan modul ini, maka hal tersebut dapat diskusikan kepada koordinator mata ajar Keperawatan Anak Akademi Keperawatan Bina Insan Jakarta. Semoga modul ini dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya dan bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, September 2015

Akademi Keperawatan Bina Insan  
Wadir I

Koordinator MA  
Keperawatan Anak

Ns.Rahma Hidayati, MKep.Sp.KMB

Diah Ayu Agustin, MKep.