UNIVERSITAS BINAWAN

# MODUL PRAKTIKUM




## KEPERAWATAN ANAK

FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

UNIVERSITAS BINAWAN

2022

# VISI DAN MISI PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

A. VISI

Menjadi program studi pendidikan Profesi Ners yang berdaya saing global dan terdepan di Indonesia dengan Keunggulan Kesehatan Respirasi Tahun 2025

B. MISI

1. Melaksanakan pendidikan dan pembelajaran serta penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) dan menghasilkan lulusan yang mampu melakukan asuhan keperawatan yang berkaitan dengan kesehatan respirasi, serta berkiprah secara aktif dalam pembangunan kesehatan tingkat nasional dan global.
2. Mengintegrasikan penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilaksanakan dosen dalam proses pembelajaran dalam bidang kesehatan dan keperawatan guna menunjang pengembangan ilmu, teknologi dan profesi perawat.
3. Menyelenggarakan tata kelola program studi yang kredibel, transparan, adil, dan bertanggung jawab yang mengacu kepada Standar Nasional Pendidikan Tinggi
4. Menyediakan pelayanan pendidikan profesi ners yang bermutu dan komprehensif.

C. TUJUAN

1. Menghasilkan lulusan yang mampu melakukan asuhan keperawatan yang berkaitan dengan kesehatan respirasi, serta berkiprah secara aktif dalam pembangunan kesehatan tingkat nasional dan global.
2. Menghasilkan karya ilmiah dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat serta bermanfaat bagi peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

D. STRATEGI

1. Peningkatan proses belajar mengajar yang menekankan kepada kemampuan asuhan keperawatan yang berkaitan dengan kesehatan respirasi, dengan peningkatan kompetensi dosen dan ketersediaan sarana prasarana yang komprehensif.
2. Peningkatan kualifikasi dan kompetensi dosen sebagai peneliti, dengan penyediaan unit khusus di fakultas (kasubag) dan tingkat universitas (LPPM) serta sarana publikasi jurnal ilmiah (Binawan Student Journal, Jurnal Impuls).

# KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, penyusunan Modul Praktikum Keperawatan Anak telah berhasil disusun. Diharapkan Modul Praktikum Keperawatan Anak ini dapat digunakan sebagai salah satu media pembelajaran praktikum bagi pengajar untuk mahasiswa keperawatan. Dengan menggunakan Modul Praktikum Keperawatan Anak ini diharapkan pengajar mampu melaksanakan pengajaran di laboratorium keperawatan dengan menggunakan sarana dan prasarana yang ada dan menunjang keterselenggaraan pengajaran di laboratorium dalam rangka mencapai tujuan pembelajaran yang mencakup pengetahuan (kognitif), ketrampilan (psikomotor), dan sikap (afektif). Sehingga Modul Praktikum Keperawatan Anak ini mampu menuntun dan memudahkan mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang diharapkan, serta mampu mengintegrasikan ilmu yang terkait dalam melakukan ketrampilan untuk memenuhi kebutuhan pada anak yang diperlukan dalam praktek keperawatan.

Penyusun menyadari bahwa Modul Praktikum Keperawatan Anak ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu diharapkan masukan, kritik dan saran demi perbaikan untuk menyempurnakan isi dari Modul Praktikum Keperawatan Anak tersebut. Akhirnya, semoga materi ini dapat bermanfaat bagi semua pengajar dan pembimbing dalam mencapai tujuan belajar.

Penyusun

Tim Dosen

# DAFTAR ISI

Halaman Judul ..... i
Visi, Misi, Tujuan & Strategi Program Studi Pendidikan Profesi Ners ..... ii
Kata Pengantar ..... iii
Daftar Isi ..... iv
Daftar Gambar ..... v
Daftar Tabel… ..... vi

Pendahuluan
A. Diskripsi Singkat ..... 1
B. Relevansi ..... 1
C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah ..... 1
D. Petunjuk Praktikum Bagi Mahasiswa ..... 2
E. Petunjuk Bagi Pengajar/Fasilitator ..... 2

Modul Praktikum Pemeriksaan Fisik Anak ..... 4
Modul Praktikum Pemberian Intravena Pada Anak ..... 22
Modul Praktikum Suksion Pada Anak. ..... 36
Modul Praktikum Pemberian Imunisasi Pada Anak ..... 44
Modul Praktikum CPR Pada Anak… ..... 52

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Intravena Catheter Pada Anak.....23
Gambar 2.2. Lokasi Vena Pada Anak.....23

# DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Pemeriksaan Fisik Pada Anak..... 6
Tabel 1.2. Format Penilaian Pemeriksaan Fisik Abdomen ..... 17
Tabel 1.3. Format Penilaian Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskular ..... 18
Tabel 1.4. Format Penilaian Pemeriksaan Fisik Sistem Pernapasan ..... 19
Tabel 2.1. Skala Flebitis… ..... 29
Tabel 2.2. Skala Infiltrasi ..... 30
Tabel 2.3. Format Penilaian Pemberian Terapi Cairan Pada Anak..... 33
Tabel 3.1. Format Penilaian Suksion Pada Anak ..... 41
Tabel 4.1. Format Penilaian Pemberian Imunisasi Pada Anak… ..... 48

# PENDAHULUAN

## A. Diskripsi Singkat

Pembelajaran laboratorium Keperawatan Anak merupakan rangkaian dari teori keperawatan. Proses keperawatan digunakan sebagai rangka kerja di laboratorium dan praktek klinik. Keterampilan laboratorium Keperawatan Anak adalah suatu pusat pembelajaran yang terkait dengan proses pembelajaran Keperawatan Anak baik teori dan praktek yang terintegrasi. Kegiatan laboratorium ini merupakan proses pembelajaran multifungsi yang memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk dapat belajar secara mandiri, dengan pembimbing ataupun berdasarkan panduan referensi. Secara keseluruhan kegiatan proses pembelajaran keterampilan keperawatan di laboratorium akan menstimulus kemampuan kognitif, psikomotor dan afektif dari peserta didik. Berdasarkan hal tersebut, dibutuhkan sebuah panduan bagi peserta didik untuk memudahkan peserta didik dalam mencapai kompetensi yang diharapkan. Terkait dengan hal tersebut diperlukan kemampuan yang prima dari pengajar untuk melaksanakan pembelajaran praktikum di laboratorium dengan mempergunakan saran dan prasarana yang telah tersedia. Sehingga kegiatan praktikum yang dilaksanakan di laboratorium merupakan bagian penting dalam mempersiapkan peserta didik sebelum melaksanakan tindakan praktek dalam tatanan nyata.

Modul Praktikum Keperawatan Anak berperan dalam menuntun dan memudahkan peserta didik dalam mencapai kompetensi yang diharapkan, sehingga mampu mengintegrasikan ilmu yang terkait dalam melakukan ketrampilan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang diperlukan dalam praktek keperawatan. Berfungsi meningkatkan kemampuan keterampilan keperawatan anak dengan pencapaian target yang ditentukan serta sebagai panduan urutan kerja disetiap prosedur tindakan.

## B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Meningkatkan kompetensi dalam penampilan keterampilan praktek keperawatan anak kepada peserta didik
2. Melakukan keterampilan keperawatan anak dengan tepat, termasuk prosedur secara komprehensif dan rasional
3. Menguasai jenis-jenis tindakan praktek keperawatan anak berdasarkan standar kompetensi keperawatan

4. Menuntun peserta didik didalam melakukan tindakan sesuai dengan kompetensi yang terdapat pada tindakan keperawatan anak
5. Menentukan target pencapaian terhadap suatu tindakan keperawatan anak
6. Sebagai alat bantu bagi pengajar dalam melaksanakan pengajaran praktika di laboratorium.
7. Sebagai bahan perencanaan dan pengelolaan kegiatan belajar praktika dalam mempersiapkan alat-alat dan sumber-sumber yang diperlukan.
8. Sebagai bahan evaluasi diri atas kemampuan mengajar di laboratorium keperawatan untuk melakukan prosedur keperawatan sesuai SOP.
9. Mengajarkan keterampilan keperawatan pada mahasiswa sampai mahasiswa kompeten untuk melakukannya sendiri.
10. Melakukan modifikasi sarana dan prasarana di laboratorium dalam rangka mencapai tujuan belajar bagi mahasiswa.
11. Mempersiapkan mahasiswa untuk siap praktek di laboratorium dengan menggali kemampuan kognitif mahasiswa terkait dengan keterampilan yang akan dicapai.

C. Petunjuk Praktikum Bagi Mahasiswa

1. Mahasiswa berpakaian rapi dan menggunakan jas laboratorium saat praktikum.
2. Mahasiswa yang tidak menggunakan jas laboratorium tidak boleh mengikuti praktikum.
3. Mahasiswa yang akan melakukan praktikum harus berambut rapi dan pendek. Bagi mahasiswa yang berambut panjang harus menggunakan hairnet.
4. Dilarang berteriak atau membuat keributan saat jam praktikum di laboratorium.
5. Dilarang menggunakan handphone selama jam praktikum di dalam laboratorium.
6. Mahasiswa harus mengikuti instruksi dan prosedur sesuai dengan Modul Praktikum selama jam praktikum di laboratorium.

D. Petunjuk Bagi Pengajar/Fasilitator

1. Pahami Capaian Pembelajaran Mata Kuliah dalam modul ini.
2. Motivasi peserta didik untuk membaca dengan seksama materi yang disampaikan dan berikan penjelasan untuk hal-hal yang dianggap sulit;

3. Motivasi peserta didik untuk mengerjakan latihan-latihan/tugas terkait dengan materi yang dibahas;
4. Identifikasi kesulitan peserta didik dalam mempelajari modul terutama materi-materi yang dianggap penting;
5. Jika peserta didik mengalami kesulitan, mintalah peserta didik mendiskusikan dalam kelompok/kelas dan berikan kesimpulan;
6. Motivasi peserta didik untuk mengerjakan evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan mendiskusikannya dengan teman sejawat;
7. Bersama peserta didik dilakukan penilaian terhadap kemampuan yang dicapai peserta didik.

| UNIVERSITAS BINAWAN | | | |
|---|---|---|---|
| | MODUL PRAKTIKUM<br>PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK | | |
| **No. Dok : SOP/UBN/KEP/** | **No. Rev :** 01 | **Tgl Berlaku : 31/08/2022** | **Hal :** |

1) Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

   Mahasiswa mampu melakukan tindakan pemeriksaan fisik pada anak dengan benar.

2) Tujuan khususnya adalah setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:
   a. Menyebutkan pengertian pemeriksaan fisik pada anak
   b. Menjelaskan tujuan pemeriksaan fisik pada anak
   c. Menyebutkan prinsip pemeriksaan fisik pada anak
   d. Menjelaskan persiapan pemeriksaan fisik pada anak
   e. Melakukan tindakan keperawatan pemeriksaan fisik pada anak

3) Uraian Singkat Materi
   a. Pengertian

      Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki pada setiap system tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan perawat untuk mebuat penilaian klinis. Keakuratan pemeriksaan fisik mempengaruhi pemilihan terapi yang diterima klien dan penetuan respon terhadap terapi tersebut.(Potter dan Perry, 2005)

      Pemeriksaan fisik dalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematif dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. ( Dewi Sartika, 2010)

   b. Tujuan

      Secara umum, pemeriksaan fisik pada anak yang dilakukan bertujuan:
      1) Untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien.
      2) Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.

3) Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
4) Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
5) Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan.

c. Manfaat

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, diantaranya:

1) Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
2) Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
3) Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
4) Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

d. Indikasi

Mutlak dilakukan pada setiap klien, terutama pada:

1) Klien yang baru masuk ke tempat pelayanan kesehatan untuk di rawat.
2) Secara rutin pada klien yang sedang di rawat.
3) Sewaktu-waktu sesuai kebutuhan klien

e. Prinsip-prinsip pemeriksaan fisik

1) Kontrol infeksi

   Meliputi mencuci tangan, memasang sarung tangan steril, memasang masker, dan membantu klien mengenakan baju periksa jika ada.

2) Kontrol lingkungan

   Yaitu memastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan untuk melakukan pemeriksaan fisik baik bagi klien maupun bagi pemeriksa itu sendiri. Misalnya menutup pintu/jendala atau skerem untuk menjaga privacy klien

f. Alat dan Bahan

1) Pengukur / meteran
2) Penimbang BB
3) Termometer
4) Optalmoskop

5) Arloji berdetik
6) Tensimeter dengan manset anak
7) Stetoskop
8) Peniti,kapas, objek dingin/kapas
9) Spatel lidah
10) Garpu tala
11) Senter.
12) Gambar warna

4) Langkah-langkah Tindakan
   a. Cuci tangan sebelum tindakan prosedur.
   b. Jaga privacy anak
   c. Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan (perhatikan cara pendekatan dan komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak)
   d. Siapkan peralatan dan dekatkan alat-alat ke anak
   e. Pasang sarung tangan
   f. Lakukan pemeriksaan fisik pada anak sesuai dengan Table 1.1.

Tabel 1.1. Pemeriksaan Fisik Pada Anak

| No. | Pengkajian | Prosedur |
|---|---|---|
| 1. | Penampilan Umum | Observasi hal-hal berikut:<br>• Wajah<br>• Postur<br>• Hygiene<br>• Nutrisi<br>• Perilaku<br>• Perkembangan<br>Status kesadaran |
| 2. | Kulit | Observasi kulit pada cahaya matahari alami atau sinar buatan yang netral.<br>• **Warna**-Paling baik jika dikaji pada sclera, konjungtiva, punggung kuku, lidah, mucosa bukal, telapak tangan, dan telapak kaki.<br>• **Tekstur**-Perhatikan kelembaban, kehalusan, kekerasan, integritas kulit, dan suhu.<br>• **Suhu**-Bandingkan setiap bagian tubuh untuk anggota badan yang sama.<br>• **Turgor**-Genggam kulit pada abdomen antara ibu jari, dan jari telunjuk, tarik, dan lepaskan dengan cepat. |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Struktur Aksesori | • **Rambut**-Inspeksi warna, tekstur, kualitas, distribusi, elastisitas, dan higiene<br>• **Kuku**-Warna, tekstur, kualitas, distribusi, elastisitas,dan hygiene.<br>• **Dermatoglifik**-Observasi lipatan fleksi pada lipatan tangan. |
| 4. | Nodus Limfe | • Palpasi menggunakan bagian distal jari.<br>• Tekan dengan perlahan tapi tegas dengan gerakan melingkar.<br>• Perhatikan ukuran, mobilitas, suhu, kekerasan, dan adanya perubahan pada pembesaran nodus.<br>• **Submaksillaris**-Tundukan kepala sedikit ke bawah.<br>• **Servikal**-Tengadahkan kepala sedikit ke atas<br>• **Aksila**-Rilekskan lengan di samping tetapi tetap terabduksi.<br>• **Inguinalis**-Tempatkan anak pada posisi telentang. |
| 5. | Kepala | • Pertahankan bentuk dan kesimetrisan.<br>• Perhatian control kepala (khususnya pada bayi) dan postur kepala.<br>• Evaluasi rentang gerak.<br>• Palpasi tengkorak akan adanya fontanel, nodus, atau pembengkakan yang nyata.<br>• Lakukan transluminat tengkorak di ruang gelap; dengan benar pasang senter kerah karet pada berbagai titik.<br>• Periksa hygiene kulit kepala, ada tidaknya lesi, infestasi, tanda traum, kehilangan rambut, perubahan warna.<br>• Perkusi sinus frontal pada anak-anak di atas 7 tahun. |
| 6. | Leher | Inspeksi ukuran<br>• Trakea - Palpasi adanya deviasi; letakkan ibu jari dan jari telunjuk pada setiap sisi dan gerakkan jari ke depan dank e belakang.<br>• Tiroid - Palpasi, perhatikan ukuran, bentuk, kesimetrisan, nyeri tekan, nodul; tempatkan bantalan jari telunjuk dan jari tengah di bawah kartilago krikoid; rasakan ismus (jaringan penyambung lobus) naik ketika menelan; rasakan setiap lobus secara lateral dan posterior.<br>• Arteri karotis - Palpasi di kedua sisi. |
| 7. | Mata | • Inspeksi penempatan dan kesejajaran.<br>• Bila abnormalitas dicurigai, ukur jarak kantus bagian belakang.<br>• Kemiringan palpebra-tarik garis imajinasi melalui dua titik medial (bagian dalam) kantus.<br>• Lipatan epikantus-observasi adanya kelebihan lipatan dari atap hidung sampai terminasi dalam alis mata.<br>• Kelopak mata - Observasi adanya penempatan, gerakan |

| | | |
|---|---|---|
| | | dan warna.<br>• Tarik kelopak mata atas dengan memegang bulu mata dan tarik ke bawah dank e depan.<br>• Konjungtiva bulbar - Observasi warna.<br>• Pungtum lakrimalis - Observasi warna.<br>• Bulu mata dan alis mata - Observasi distribusi dan arah pertumbuhannya.<br>• Sklera - Observasi warna.<br>• Kornea - periksa terhadap opasitas dengan sinar terang terhadap mata.<br>• Pupil, Bandingkan ukuran, bentuk, dan gerakan uji reaksi terhadap sinar; sumber sinar terang terhadap dan menjauh dari mata.<br>• Uji akomodasi: biarkan anak memfokuskan pada objek dari jarak jauh dan membawa objek mendekat ke wajah.<br>• Iris - Observasi terhadap bentuk, warna, ukuran, dan kejelasan.<br>• Lensa - inspeksi.<br>• Fundus - Periksa dengan oftalmoskop yang diset pada angka 0; dekati dengan anak dari sudut 15 derajat; ubah diopter ke positif atau minus untuk menghasilkan focus yang jelas.<br>• Ukur struktur dalam hubungannya dengan diameter diskus (DD).<br>• Untuk memudahkan penempatan macula, minta anak secara singkat melihat langsung pada sinar.<br>• Kaji penglihatan (untuk ketajaman visual).<br>• Gunakan tes berikut untuk penglihatan binocular.<br>• Tes reflek cahaya corneal (disebut juga gemini reflex merah atau tes Hirshberg)-Arahkan cahaya langsung ke dalam mata dari jarak kira- kira 40,5 cm.<br>• Tes cover - minta anak mendekati objek (33 cm) atau menjauhi (50 cm) objek; tutup salah satu mata dan observasi gerakan mata yang tidak ditutup<br>• Tes cover alternative - Sama dengan tes cover, kecuali menutup satu mata dengan cepat dan mata yang lain beberapa kali; observasi gerakan mata yang ditutup ketika tidak ditutup.<br>• Penglihatan perifer - Minta anak melihat lurus; gerakan objek, seperti jari anda, melebihi lapng pandanganak tersebut ke dalam pandangan; minta anak untuk member tanda segera saat objek terlihat; perkirakan sudut dari garis lurus penglihatan ke deteksi pertama penglihatan perifer. |

| | | |
|---|---|---|
| | | • Penglihatan warna - Gunakan tes ishihara atau tes Hardy-Rand Rittler. |
| 8. | Telinga | • Pinna-Ispeksi penempatan dan kesejajaran.<br>• Ukur tinggi pinna dengan menarik garis imajiner dan orbit luar mata ke oksipital tengkorak.<br>• Ukur sudut pinna dengan menarik garis perpendicular dari garis horizontal imajiner dan sejajarkan pinna setelah tanda ini.<br>• Observasi tanda pinna umum.<br>• Perhatikan adanya lubang-lubang abnormal, penebalan kulit, atau sinus.<br>• Inspeksi hygiene (bau,rabas,warna).<br>• Periksa struktur luar kanal dan telinga tengah dengan otoskop.<br>• Anak dibawah 3 tahun, posisikan telungkup dengan telinga yang diperiksa menghadap atap, sandarkan anak, gunakan bagian tubuh atas untuk merestrain tangan dan tubuh, dan tangan yang memeriksa untuk merestrain kepala.<br>• Ubah posisi: Dudukkan anak pada posisi miring diatas pangkuan orang tua, minta orang tua memeluk anaknya dengan aman melingkari tubuh dan tangan serta puncak kepala.<br>• Masukkan speculum di antara posisi jam 3 dan 9 dengan miring ke bawah dan ke depan.<br>• Tarik pinna ke bawah dan ke belakang pada rentang jam 6 sampai 9.<br>• Anak lebih dari 3 tahun, periksa saat duduk dengan kepala miring sedikit menjauh dari pemeriksa.<br>• Tarik pinna ke atas dan ke belakang pada posisi jam 10.<br>• Masukkan speculum 0,6 sampai 1,25 cm, gunakan speculum yang lebar yang mudah masuk ke diameter kanal.<br>• Kaji pendengaran.<br>• Tes Rinne, letakkan batang vibrasi dan garpu tala pada tulang mastoid sampai anak tidak lagi mendengar bunyinya, gerakan gigi garpu dekat ke lubang telinga.<br>• Tes Weber, pegang garpu tala pada garis tengah kepala atau dahi.<br>• Inspeksi ukuran, penempatan, dan kesejajaran, tarik garis vertical imajiner dari titik tengah anatara mata dan titik bibir atas. |
| 9. | Hidung | Vestibula anterior, Tengadahkan kepala ke belakang, dorong ujung telinga ke atas, dan sinari lubang dengan sinar kilat, untuk mendeteksi perforasi septum, arahkan cahaya ke salah satu lubang hidung dan observasi lewatnya sinar melalui perforasi. |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Mulut dan Tenggorok | Bibir : Perhatikan warna, tekstur, dan lesi sebelumnya.<br>Struktur interna<br>• Minta kerja sama anak untuk membuka mulut lebar-lebar dan mengatakan ´Ahhh´ biasanya tidak perlu menggunakan spatel lidah.<br>• Dengan anak pada posisi telentang kedua tangan diangkat disepanjang sisi kepala, minta orang tua untuk mempertahankan 15 posisi tangan untuk mengimobilisasi kepala, mungkin perlu menggunakan spatel lidah, tetapi hindari menimbulkan reflek muntah dengan menekan hanya bagian samping lidah, gunakan lampu senter untuk penyinaran lebih baik |
| 11. | Dada | • Inspeksi ukuran, bentuk, kesimetrisan, gerakan dan perkembangan payudara.<br>• Gambarkan temuan sesuai garis geografis dan imajiner.<br>• Lokalisasi ruang intercostals (ICS), ruang langsung di bawah iga, dengan mempalpasi dada secara inferior dari iga kedua.<br>• Putting biasanya pada ICS ke 4.<br>• Ujung iga ke-11 teraba pada lateral.<br>• Ujung iga ke-12 teraba pada posterior.<br>• Ujung scapula pada iga atau ICS ke-8. |
| 12. | Paru-Paru | • Evaluasi gerakan pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman, kualitas dan karakter.<br>• Dengan anak pada posisi duduk, tempatkan kedua tangan datar di punggung atau dada dengan ibu jari di garis tengah sepanjang tepi kostal bawah.<br>• Fremitus vocal, palpasi seperti di atas dan anak mengatakan ‘99’ atau ‘eee’<br>• Perkusi kedua sisi dada dalam urutan dari apeks ke dasar untuk paru- paru anterior, anak duduk atau telentang.<br>• Untuk paru-paru posterior, anak duduk.<br>• Auskultasi pernapasan dan bunyi suara: intensitas, nada, kualitas, durasi relative dari inspirasi dan ekspirasi.<br>• Berbagai pola pernapasan.<br>a. Takipnea: Peningkatan frekuensi napas.<br>b. Bradipnea: Penurunan frekuensi napas.<br>c. Dispnea: Distres selama pernapasan.<br>d. Apnea: Penghentian pernapasan.<br>e. Hiperpnea: Peningkatan kedalaman.<br>f. Hipoventilasi: Penurunan kedalaman (dangkal) dan irama tidak teratur.<br>g. Hiperventilasi: Peningkatan frekuensi dan kedalaman.<br>h. Pernapasan kussmaul: Hiperventilasi, pernapasan |

| | | |
|---|---|---|
| | | terengah-engah dan sulit, biasanya terlihat pada asidosis respiratorik, misalnya koma diabetikum.<br>i. Pernapasan cheynestokes : Secara bertahap meningkat dalam frekuensi dan kedalaman dengan periode apnea.<br>j. Pernapasan Biot: Periode hiperpnea yang bergantiandengan apnea (serupa dengan cheynestokes kecuali kedalamannya tetap konstan).<br>• Pernapasan Seesaw (paradoksik): Dinding dada turun pada inspirasi dan naik pada ekspirasi. |
| 13. | Jantung | • Mulai dengan inspeksi diikuti dengan palpasi, kemudian auskultasi.<br>• Perkusi tidak dilakukan karena nilainya yang terbatas dalam mendefinisikan batasan atau ukuran jantung.<br>• Inspeksi ukuran dengan anak berada pada posisi semi fowler, observasi dinding dada dari sebuah sudut.<br>• Palpasi untuk menentukan lokasi impuls apical (IA) impuls jantung paling lateral yang dapat disamakan dengan apeks.<br>• Palpasi kulit untuk pengisian kapiler:<br>a. Tekan kulit sedikit pada sisi tengah, seperti dahi, dan sisi perifer, seperti bagian atas tangan atau kaki untuk menghasilkan sedikit pemucatan.<br>b. Kaji waktu yang diperlukan area yang memucat untuk kembali pada warna aslinya.<br>• Auskultasi bunyi jantung:<br>a. Dengarkan dengan anak dalam posisi duduk bersandar.<br>b. Gunakan stetoskop bagian diafragma dan bel dada.<br>c. Evaluasi kualitas, intensitas, frekuensi dan irama bunyi. |
| 14. | Abdomen | • Inspeksi, diikuti dengan auskultasi, perkusi, dan palpasi yang dapat mengubah bunyi abdomen normal.<br>• Palpasi mungkin tidak nyaman untuk anak, palpasi dalam menyebabkan perasaan tekanan dan palpasi superficial menyebabkan sensasi geli.<br>• Untuk meminimalkan ketidaknyamanan dan mendorong kerjasama, gunakan hal-hal berikut.<br>• Tempatkan anak pada posisi telentang dengan kaki fleksi pada panggul dan lutut.<br>• Alihkan perhatian anak dengan pernyataan seperti “Saya akan menebak apa yang kamu makan dengan memegang perutmu”.<br>• Minta anak untuk “membantu” mempalpasi dengan menempatkan tangannya sendiri diatas tangan |

| | | |
|---|---|---|
| | | pemeriksa yang mempalpasi.<br>• Minta anak menempatkan tangannya pada abdomen dengan jari meregang dan palpasi di antara jari-jari.<br>• Inspeksi kontur, ukuran, dan tonus.<br>• Perhatikan kondisi kulit.<br>• Perhatikan gerakan.<br>• Inspeksi umbilicus akan adanya herniasi, fistula, hygiene dan rabas.<br>• Observasi adanya hernia<br>• Auskultasi bising usus dan pulsasi aortic, perkusi abdomen.<br>• Palpasi organ abdomen.<br>• Tempatkan satu tangan datar di atas punggung dan gunakan palpasi tangan untuk merasakan organ diantara kedua tangan.<br>• Dahulukan dari kuadran bawah ke atau untuk menghindari terlewatnya tepi pembesaran organ.<br>• Gunakan garis imajiner pada umbilicus untuk membagi abdomen menjadi kuadran.<br>a. Kuadran kanan atas.<br>b. Kuadran kanan bawah.<br>c. Kuadran kiri atas.<br>d. Kuadran kiri bawah.<br>• Palpasi nadi femoralis, tempatkan ujung dua atau tiga jari kira-kira di tengah antara puncak iliaka dan simfisis pubis.<br>• Timbulkan reflex abdomen, renggangkan kulit dari samping ke garis |
| 15. | Genitalia | • Lanjutkan dengan cara yang sama seperti pemeriksaan area lain; jelaskan prosedur dan maknanya sebelum melakukan, seperti mempalpasi testis.<br>• Hargai privasi setiap waktu.<br>• Gunakan kesempatan untuk mendiskusikan masalah tentang perkembangan seksual dengan anak yang lebih besar dan remaja.<br>• Gunakan kesempatan untuk mendiskusikan keamanan seksual dengan anak kecil, menjelaskan bahwa ini adalah area pribadi mereka dan bila seseorang menyentuhnya dengan cara yang tidak nyaman mereka harus selalu member tahu orang tua mereka atau orang lain yang dipercaya.<br>• Bila ada kontak dengan substansi tubuh, gunakan sarung tangan.<br>• Penis, inspeksi ukuran<br>• Glans dan batang, Inspeksi adanya tanda-tanda pembengkakan, lesi kulit, inflamasi. |

| | | |
|---|---|---|
| | | • Prepusium, inspeksi pada pria yang disirkumsisi.<br>• Meatus uretral, inspeksi lokasi dan perhatikan adanya rabas.<br>• Skrotum, Inspeksi ukuran, lokasi, kulit, dan, distribusi rambut.<br>• Testis, Palpasi setiap kantong skrotum dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk.<br>• Genitalia eksterna, Inspeksi, struktur, tempatkan anak kecil pada posisi setengah bersandar pada pangkuan orangtua dengan lutut menekuk dan telapak kaki saling bersebelahan.<br>• Labia, Palpasi adanya massa.<br>• Meatus uretral, Inspeksi terhadap lokasi; teridentifikasi seperti bentuk V dengan meregangkan kea rah bawah dari klitoris ke perineum.<br>• Kelenjar Skene, Palpasi atau inspeksi.<br>• Orifisium vaginalis, Pemeriksaan internal biasanya tidak dilakukan; inspeksi terhadap lubang sebelumnya.<br>• Kelenjar Bartholin, Palpasi atau inspeksi. |
| 16. | Anus | • Area anus, Inspeksi penampilan umum, kondisi kulit.<br>• Refleks anal, Muncul dengan mengerutkan atau merenggangkan area perianal dengan perlahan. |
| 17. | Punggung dan Ekstremitas | • Inspeksi kurvatura simetrisitas tulang belakang.<br>• **Uji adanya skoliosis**.<br>a. Biarkan anak berdiri tegak, observasi dari belakang dan perhatikan ketidaksimetrisan bahu dan panggul.<br>b. Biarkan anak membungkuk kedepan pada panggul sampai punggung pararel pada lantai; observasi dari samping dan perhatikan ketidaksimetrisan atau penonjolan tulang rangka.<br>c. Perhatikan mobilitas tulang belakang.<br>d. Inspeksi setiap sendi ektremitas untuk kesimetrisan, ukuran, suhu, warna, nyeri tekan, mobilitas.<br>• **Uji adanya perkembangan dysplasia panggul.**<br>a. Kaji bentuk tulang:<br>b. Ukur jarak antar lutut ketika anak berdiri dengan maleolus saling bersebelahan.<br>c. Ukur jarak maleolus bila anak berdiri dengan kedua lutut merapat.<br>d. Inspeksi posisi telapak kaki; uji apakah deformitas kaki pada saat lahir merupakan akibat dari posisi fetalatau perkembangan oleh peregangan keluar, kemudian ke dalam, sisi telapak kaki; bila dapat normal dengan dengan sendirinya, kaki mengambil |

| | | |
|---|---|---|
| | | sudut kanan terhadap kaki.<br>• **Inspeksi cara berjalan:**<br>a. Minta anak berjalan pada garis lurus.<br>b. Perkirakan sudut cara berjalan dengan menarik garis imajiner melalui bagian tengah kaki dan garis progresi.<br>c. Refleks plantar, Timbulkan reflex dengan mengusap telapak kaki lateral dari tumit ke depan ke ibu jari kaki melewati haluks.<br>d. Inspeksi perkembangan dan tonus otot.<br>• **Uji kekuatan:**<br>a. Lengan, Minta anak mengangkat tangan sambil melawan tekanan dari tangan anda.<br>b. Kaki, Minta anak duduk dengan kaki menggantung; Lanjutkan seperti pada tangan.<br>c. Telapak tangan, Minta anak meremas jari anda sekencang mungkin.<br>d. Telapak kaki, Minta anak memfleksikan plantar (dorong telapak kaki kea rah lantai) sambil menekan telapak kaki. |
| 18. | PENGKAJIAN NEUROLOGIS<br><br>Status mental<br><br>Fungsi motorik | • Observasi perilaku, suasana hati, afek, orientasi umum terhadap sekitar, tingkat kesadaran.<br>• Uji kekuatan otot, tonus, dan perkembangan<br>• Uji fungsi serebelum:<br>a. Uji jari-ke-hidung dengan tangan anak ekstensi, minta anak menyentuh hidung dengan jari telunjuk.<br>b. Uji tumit-ke-tulang kering-anak berdiri, minta ia menggerakkan tumit salah satu kaki ke tulang kering kaki yang lain.<br>c. Uji Romberg, minta anak berdiri tegak dengan kaki rapat dan mata tertutup.<br>• Minta anak menyentuh setiap ujung jari dengan ibu jari dengan cepat.<br>• Minta anak menepuk tungkai dengan telapak tangan telungkup, dan anak kemudian dengan telapak tangan menghadap keatas dengan gerakan yang cepat.<br>• Minta anak menepuk tangan anada dengan bantalan kaki secepat mungkin. |
| 19. | Fungsi sensori | • Uji penglihatan dan pendengaran.<br>a. Keutuhan sensori, sentuh kulit dengan perlahan dengan peniti dan minta anak menunjuk area yang dirangsang sambil mata tetap tertutup.<br>b. Diskriminasi sensori:<br>c. Sentuhkulit dengan peniti dan kapas; minta anak menggambarkannya sebagai tajam atau lembut.<br>• Sentuh kulit dengan objek dingin atau hangat (seperti |

| | | |
|---|---|---|
| | | logam<br>• Dan karet dari palu refleks) minta anak membedakan suhu tersebut.<br>• Dengan menggunakan dua peniti, sentuh kulit secara simultan dengan kedua atau hanya satu peniti; minta anak membedakan ketika satu atau dua peniti yang digunakan.<br>• Bisep, Pegang tangan anak dengan menempatkan siku fleksi sebagian pada tangan anda dengan ibu jari di atas ruang antekubital; ketuk kuku ibu jari anda dengan palu.<br>• Trisep, Tekuk tangan pada siku dan letakkan telapak tangan anak anda pada tangan anda; tekan tendon trisep.<br>• Prosedur pengganti, Jika anak berada pada posisi telentang, letakkan lengan di atas dada dan ketuk tendon trisep.<br>• Brakioradialis, letakkan lengan bawah di atas pangkuan atau abdomen, dengan lengan fleksi pada siku dan telapak tangan turun; tekan radius kira-kira 2,5 cm (tergantung ukuran anak) di atas pergelangan.<br>• Refleks jejak lutut atau patela, dudukkan anak di tepi meja pemeriksaan atau diatas pangkuan orangtua dengan kaki bawah fleksi pada lutut dan tergantung bebas; ketuk tendon patella tepat dibawah tempurung lutut.<br>• Achilles, Gunakan posisi yang sama seperti pada jejak lutut; sokong kaki dengan tangan anda dan tekan tendon Achilles.<br>• Klonis pergelangan kaki<br>• Tanda kernig, Fleksikan kaki anak pada panggul dan lutut sambil telentang; perhatikan nyeri atau tahanan.<br>• Tanda Brudzinski, Dengan anak berada pada posisi telentang, fleksikan kepala; perhatikan nyeri dan fleksi involunter dari panggul dan lutut. |

5) Latihan Tindakan

a. Mahasiswa membaca dan mempelajari kasus dengan seksama
b. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3-4 orang per kelompok.
c. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai perawat, 1 orang sebagai pasien, dan 1/2 orang sebagai pengamat dengan membawa checklist pemeriksaan fisik.

Tabel 1.2. Format Penilaian Pemeriksaan Fisik Abdomen

Nama Mahasiswa : ----------

Program/semester : ----------

Hari/ Tanggal : ----------

| No. | PENGKAJIAN | Kompeten | Tidak kompeten |
|---|---|---|---|
| | Mencuci tangan dan menyiapkan alat | | |
| **A** | **Inspeksi**<br>Visualisasikan kuadran dan region abdomen | | |
| | Tentukan kontur, kesimetrisan, dan adanya distensi | | |
| | Observasi umbilicus | | |
| | Observasi permukaan kulit | | |
| | Observasi pergerakan dinding abdomen | | |
| **B** | **Auskultasi**<br>Auskultasi bising usus | | |
| | Auskultasi bunyi vaskular dan friction rub | | |
| **C** | **Perkusi**<br>Perkusi pada 4 kuadran | | |
| | Perkusi hepar | | |
| | Perkusi limpa | | |
| | Palpasi dan perkusi kandung kemih | | |
| | Perkusi ginjal kanan dan kiri | | |
| **D** | **Palpasi**<br>Palpasi dangkal pada 4 kuadran | | |
| | Palpasi dalam pada 4 kuadran | | |
| | Palpasi hepar | | |
| | Palpasi limpa | | |
| | Palpasi ginjal kiri dan kanan | | |
| | Mencuci tangan | | |

Nilai:

Nama / Paraf Penguji :_____

Tabel 1.3. Format Penilaian Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskular

Nama Mahasiswa : ----------

Program/semester : ----------

Hari/ Tanggal : ----------

| No. | PENGKAJIAN | Kompeten | Tidak kompeten |
|---|---|---|---|
| | Mencuci tangan dan menyiapkan alat | | |
| **A** | **Inspeksi**<br>Atur posisi klien | | |
| | Inspeksi muka, bibir, telinga, dan kepala | | |
| | Inspeksi vena jugularis | | |
| | Inspeksi arteri karotis | | |
| | Inspeksi tangan dan jari klien | | |
| | Inspeksi dada klien | | |
| | Inspeksi struktur rangka/ skelet | | |
| **B** | **Palpasi**<br>Palpasi dada dalam five key landmarks<br>- ICS 2 kanan<br>- ICS 2 kiri<br>- ICS 3 kiri<br>- ICS 5 midklavikula (Apeks)<br>- Area epigastrik, dibawah processus xifoideus | | |
| | Palpasi denyut karotis klien | | |
| **C** | **Perkusi**<br>Perkusi dada klien untuk menentukan batas jantung | | |
| **D** | **Auskultasi**<br>Auskultasi dada klien dengan stetoskop diagfragma di setiap five key landmark<br>- ICS 2 kanan<br>- ICS 2 kiri<br>- ICS 3 kiri<br>- ICS 5 midklavikula (Apeks) | | |
| | Bandingkan denyut apeks dan denyut karotis | | |
| | Mencuci tangan | | |

Nilai:

Nama / Paraf Penguji :_____

Tabel 1.4. Format Penilaian Pemeriksaan Fisik Sistem Pernapasan

Nama Mahasiswa : ----------
Program/semester : ----------
Hari/ Tanggal : ----------

| No. | PENGKAJIAN | Kompeten | Tidak kompete |
|---|---|---|---|
| | Mencuci tangan dan menyiapkan alat | | |
| A | **Inspeksi Thoraks**<br>- Observasi irama pernapasan: RR, irama, | | |
| | - Inspeksi warna kulit | | |
| | - Inspeksi konfigurasi dada: ratio AP | | |
| | - Inspeksi struktur skeletal | | |
| B | **Palpasi thoraks posterior**<br>- Visualisasi penunjuk daerah thoraks (landmarks) | | |
| | - Palpasi dangkal thoraks posterior | | |
| | - Palpasi dan hitung tulang rusuk dan sela iga | | |
| | - Palpasi processus spinosus | | |
| | - Palpasi ekspansi pernapasan | | |
| | - Palpasi tactile fremitus | | |
| C | **Perkusi throaks posterior**<br>- Perkusi daerah paru-paru | | |
| D | **Auskultasi thoraks posterior**<br>- Auskultasi trakea, bronkus, dan paru | | |
| E | **Palpasi thoraks anterior**<br>- Visualisasi penunjuk daerah thoraks (landmark) | | |
| | - Palpasi ekspansi pernapasan | | |
| | - Palpasi tactile fremitus | | |
| F | **Perkusi thoraks anterior**<br>- Perkusi daerah paru-paru | | |
| G | **Auskultasi thoraks anterior**<br>- Auskultasi trakea, bronkus, paru | | |
| | - Mencuci tangan dan merapikan alat | | |

Nilai:

Nama / Paraf Penguji :_____

6) Latihan Pendokumentasian Tindakan Keperawatan

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Nama Ruangan :

No.Rekam Medis : No. Kamar / Tempat Tidur :

| Tanggal | Waktu | Tindakan Keperawatan | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7) Referensi

Earnest, V. Vicki. (1993). Clinical *Skills in Nursing Practice*. (Second Edition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Ellis, et al. (1996). *Module for Basic Nursing Skills*, Volume I. (Sixth Edition). Philadelphia: Lippincott ± Raven Publishers

Weller. B., F. (1991). *The lippincott manual of Pediatric nursing*. (3rd ed.). London: Chapman & Hall.

8) Status Dokumen

| Proses | Penanggung Jawab | | Tanggal |
|---|---|---|---|
| | Nama | Tandatangan | |
| 1. Perumusan | Yuli Utami, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu<br><br>Intan Parulian, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu |  | 31/08/2022 |
| 2. Pemeriksaan & Persetujuan | Dr. Ns. Aan Sutandi, S.Kep, M.M<br>Ketua Program Studi Keperawatan |  | 31/08/2022 |
| 3. Penetapan | Dr. Aliana Dewi, S.Kp., M.N<br>Dekan Fakultas |  | 31/08/2022 |

| UNIVERSITAS BINAWAN | | | |
|---|---|---|---|
| | **MODUL PRAKTIKUM PEMBERIAN TERAPI INTRAVENA PADA ANAK** | | |
| **No. Dok : SOP/UBN/KEP/** | **No. Rev : 01** | **Tgl Berlaku : 31/08/2022** | **Hal :** |

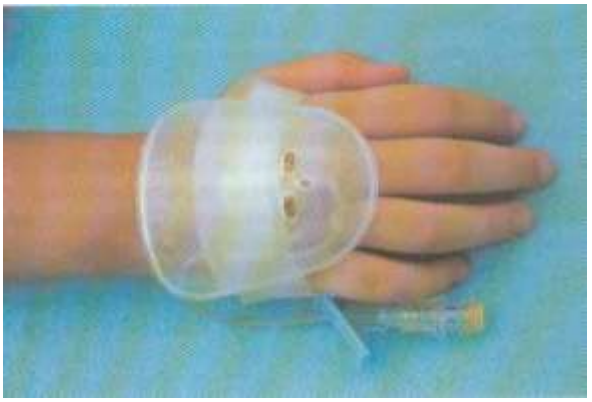
1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

   Mahasiswa mampu melakukan tindakan pemberian terapi intravena pada anak secara benar.

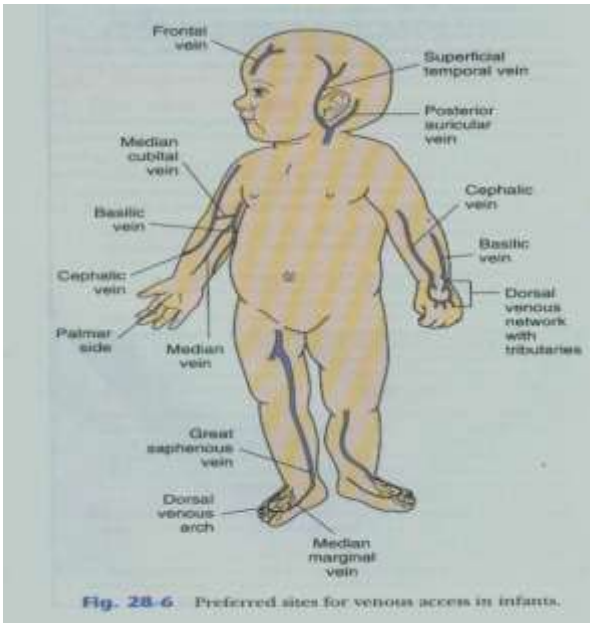
2. Tujuan khususnya adalah setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:
   a. Menyebutkan pengertian pemberian terapi intravena pada anak.
   b. Menjelaskan tujuan pemberian terapi intravena pada anak.
   c. Menyebutkan prinsip pemberian terapi intravena pada anak.
   d. Menggunakan proses keperawatan terkait dengan pemberian terapi intravena, pada anak mulai dari pengkajian hingga evaluasi.
   e. Menjelaskan persiapan pemberian terapi intravena pada anak.
   f. Melakukan tindakan keperawatan pemberian terapi intravena pada anak dengan benar.
   g. Menyebutkan komplikasi yang mungkin timbul pada anak yang mendapat terapi intravena.

3. Uraian Singkat Materi
   a. Pengertian

      Tindakan keperawatan: pemberian terapi intravena pada anak adalah tindakan membuat jalan masuk pada vena untuk pemberian cairan, elektrolit, obat-obatan, komponen darah dan total parenteral nutrisi.



Gambar 2.1. Intravena Catheter Pada Anak




Gambar 2.2. Lokasi Vena Pada Anak

b. Tujuan

Tujuan tindakan keperawatan pemberian terapi intravena pada anak adalah:

1) Akses jalan masuk untuk anak yang membutuhkan terapi cairan.
2) Akses jalan masuk untuk anak yang membutuhkan terapi elektrolit.
3) Akses jalan masuk untuk anak yang membutuhkan terapi obat-obatan melalui intravena.
4) Akses jalan masuk untuk anak yang membutuhkan terapi komponen darah (transfusi darah).
5) Akses jalan masuk untuk anak yang membutuhkan terapi total parenteral

nutrisi.

c. Prinsip – Prinsip Tindakan

Prinsip tindakan keperawatan pemberian terapi intravena pada anak adalah:

1) Pemberian terapi intravena menggunakan tekhnik steril.
2) Karakteristik set pemberian untuk pediatrik atau anak.
   a) Kalibrasi volume dan ruang kontrol dengan kapasitas terbatas dan mekanisme pemotongan otomatis.
   b) Ruang tetes dengan pemberian tetes mikro 60 tetes/menit atau 60 cc/jam.
   c) Ukuran kecil (23-25G) dengan jarum kupu-kupu (bersayap), kateter plastik fleksibel di atas jarum (22-24G) atau selang polietilen melalui prosedur pemotongan pembedahan.
3) Area injeksi atau intravena yang mungkin digunakan adalah
   a) Vena supervisial pada kaki, tangan atau lengan.
   b) Vena kulit kepala.
4) Pertahankan integritas area intravena dengan
   a) Papan kecil yang diberi bantalan.
   b) Restrain pada bayi atau anak kecil (sebaiknya tidak digunakan, hanya bila diperlukan).
5) Dapat menggunakan alat infus elektronik sebagai berikut:
   a) Pompa: mempunyai mekanisme untuk mengalirkan larutan pada kecepatan yang diinginkan di bawah tekanan; lebih akurat daripada pengontrol, terutama untuk laju infus yang kecil, tetapi meningkatkan risiko infiltrasi karena tekanan yang digunakan untuk menginfus cairan.
   b) Pengontrol: mengatur aliran gravitasi dengan menghitung tetesan dengan sensor; kurang akurat dibandingkan dengan pompa, dipengaruhi oleh gerakan anak tetapi cenderung tidak menyebabkan infiltrasi dibandingkan dengan pompa.

d. Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan berhubungan dengan tindakan keperawatan: pemberian terapi intravena pada anak adalah:

1) Kaji cairan tubuh anak dengan mengetahui berat badan anak.
2) Kaji adanya dehidrasi dengan melihat tingkatan yang ada: dehidrasi berat,

dehidrasi sedang dan dehidrasi ringan.

3) Kaji pemasukan dan pengeluaran cairan tubuh pada anak sebelumnya.
4) Kaji pengalaman anak sebelumnya mengenai terapi intravena dan posisi tempat yang dipilih berkaitan dengan atraumatik care.

e. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat muncul berhubungan dengan tindakan pemberian cairan intravena pada anak adalah:

1) Gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit
2) Kurangnya volume cairan tubuh
3) Kelebihan volume cairan tubuh
4) Gangguan kebutuhan nutrisi
5) Peningkatan suhu tubuh: hipertermi

f. Perencanaan Keperawatan

1) Anak mendapatkan kebutuhan cairan
2) Anak bebas dari komplikasi yang berhubungan dengan adanya kateter di dalam kulit, meliputi bengkak, nyeri, dan kemerahan gejala infiltrasi (bengkak), flebitis (kemerahan), dan oklusi (berhentinya aliran)
3) Anak menerima volume cairan sesuai dengan dosis yang ditentukan dengan jangka waktu yang tepat, yang dibuktikan dengan membrane mukosa lembut, turgor kulit yang adekuat, dan keseimbangan intake dan output.

g. Alat dan Bahan

Persiapan alat dan bahan yang digunakan dalam tindakan pemberian terapi intravena pada anak meliputi:

1) Cairan yang tepat untuk kebutuhan anak.
2) Jarum kateter untuk pungsi vena yang sesuai.
3) Satu buah turniket.
4) Satu pasang sarung tangan (handscoen/gloves) bersih.
5) Papan tangan (armboards) disesuaikan dengan kebutuhan.
6) Kasa ataupun tegaderm untuk balutan transparan.
7) Beberapa buah kapas alkohol (alcohol swab).
8) Satu buah plester (tape).

9) Satu buah pengalas atau perlak.
10) Satu buah tiang intravena.
11) Pakaian khusus dengan kancing di lapisan bahu (membuat pelepasan selang IV lebih mudah) bila tersedia.
12) Untuk infus cairan IV

    Perangkat pemberian (pilihan tergantung pada tipe larutan dan kecepatan pemberian; bayi dan anak kecil memerlukan selang mikrodrip, yang memberikan 60 tetes/menit)
13) Abocath anak
14) Untuk Heparin Lock
    - Steker IV
    - Normal salin atau salin heparinisasi 1 sampai 3 ml (10 sampai 100 U/ml)
    - Spuit

h. Langkah-langkah Tindakan
1) Cek program terapi medik.
2) Mengucapkan salam terapeutik.
3) Melakukan evaluasi / validasi.
4) Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik).
5) Jaga privacy anak dan berikan posisi yang nyaman bagi anak.
6) Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan (perhatikan cara pendekatan dan komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak).
7) Cuci tangan.
8) Siapkan alat.
9) Kembali ke pasien dan memasang sarung tangan bersih.
10) Hitung tetesan infus sesuai dengan dosis.
11) Rekatkan jumlah tetesan dan waktu dimulainya infus pada botol infus. Dokumentasikan setiap cairan infus yang digunakan dan catat tipe cairan, nama klien, periode infus, dan permulaan dan kapan infus akan berhenti.
12) Perhatikan klem pengatur tetesan infus, putar ke bagian tutup.
13) Masukkan set infus ke dalam cairan infus. Pertahankan tehnik steril, dengan memindahkan tutup cairan dan masukkan ujung selang infus. Gantung botol cairan pada tempat infus.

14) Lakukan pemenuhan chamber di mikrobiuret pada anak dengan memperhatikan ukuran yang telah diisi.
15) Isi chamber sampai setengahnya dengan tegas menekan dan melepaskan chamber.
16) Buka klem pengatur tetesan infuse dan biarkan cairan mengisi seluruh selang. Sebagian besar selang dapat diisi dengan cairan tanpa memindahkan penutup selang agar tetap terjaga kesterilannya.
17) Tutup kembali klem pengatur tetesan.
18) Pasang tourniquet.
19) Minta anak untuk mengepalkan telapak tangannya.
20) Pilih vena yang tepat.
21) Bersihkan tempat pemasangan vena dengan gerakan circular mulai dari tempat pemasangan hingga keluar dengan berbentuk lingkaran. Gunakan alcohol 70 % biarkan hingga kering. Bersihkan kembali apabila kulit tersentuh.
22) Stabilkan vena dengan menarik kulit ke arah yang berlawanan dengan tempat pemasangan. Instruksikan anak untuk rileks.
23) Peringatkan anak akan adanya rasa yang sakit saat jarum memasuki kulit. Masukkan kateter (abocath), pertahankan pada sudut $15 \pm 30^{o}$.
24) Observasi akan adanya flashback dari darah dari ujung abocath, rendahkan kateter hingga hampir semua catheter ter-flush. Tarik jarum kateter secara perlahan (sekitar 1/8 hingga ¼ inchi).
25) Tarik jarum kateter secara perlahan sambil tetap memegang abocath.
26) Lepaskan tourniquet atau cuff tekanan darah.
27) Setelah jarum kateter ditarik semua, lakukan penekanan dengan jari tengah dari tangan yang non dominant 1 ¼ inchi (3 cm) diatas tempat pemasangan. Pindahkan jarumnya.
28) Pasang selang infus dengan tangan non dominant dan buka tutup steril; bersihkan dengan alcohol.
29) Sambungkan selang infus dengan abocath dengan mempertahankan tehnik steril.
30) Pertahankan kateter dengan aman dan berikan plester :
    - Jika menggunakan balutan kassa, plester kateter infus. Letakkan kurang lebih ½ inchi plester dibawah cateter kemudian plester ditarik keatas dan buat silang.

- Jika menggunakan balutan transparan, amankan kateter dengan tangan nondominan ketika menyiapkan balutan transparan.

31) Letakkan kassa steril di atas tempat pemasangan.
    a) Balutan transparan
        - Dengan hati ± hati pindahkan bagian belakang plester. Letakkan ujung balutan dan kemudian secara tegas letakkan di atas area infus, biarkan ujung sambungan kateter tidak tertutup.
        - Lipat kassa 2 X 2 menjadi setengahnya dan tutupi dengan plester yang memanjang. Letakkan dibawah sambungan kateter. Gulung selang yang berlebih di lengan dekat tempat penusukan kemudian letakkan plester yang kedua diatas kassa 2 X 2 dan mengamankan kateter dari dua sisi.
    b) Balutan kassa steril
        - Lipat kassa 2 X 2 menjadi setengahnya dan tutupi dengan plester yang memanjang. Letakkan dibawah sambungan kateter. Gulung selang yang berlebih di lengan dekat tempat penusukan kemudian letakkan plester yang kedua diatas kassa 2 X 2 dan mengamankan kateter dari dua sisi.
        - Letakkan kassa 2 X 2 di atas tempat penusukan dan sambungan kateter. Amankan setiap sudut dengan plester. Jangan tutupi sambungan diantara selang infus dan sambungan kateter.
32) Beri label pada kassa (tanggal, waktu, no. Kateter, panjang dan lebar kassa, dan inisial perawat yang memasang).
33) Buang jarum yang tidak dengan tutupnya dan jarum kateter ke dalam sharp container secepatnya setelah tempat pemasangan aman.
34) Dengan tinggi cairan infus minimum (90 cm) di atas tempat penusukan. Sesuaikan tetesan infus dengan yang sudah dihitung.
35) Melepaskan sarung tangan.
36) Merapikan alat dan mencuci tangan.
37) Mengevaluasi respon klien.
38) Merencanakan tindak lanjut.
39) Melakukan kontrak yang akan datang (waktu, tempat, topik).
40) Melakukan dokumentasi tindakan dan hasil.

i. Evaluasi

1) Monitor intake dan output anak, berat badan setiap hari sesuai indikasi, turgor kulit, membran mukosa, dan tanda-tanda vital untuk mengetahui adanya kelebihan cairan.
2) Inspeksi tempat pemasangan infus anak dan ekstremitas setiap 2 sampai 4 jam mengenai adanya nyeri, bengkak, panas, atau kemerahan selama diinfus.

j. Kriteria Hasil yang Tidak Diharapkan dan Intervensi Terkait

1) Flebitis. Klien mengeluhkan adanya nyeri dan agak lembek (tenderness) pada tempat pemasangan infus dengan eritema pada tempat penusukan atau sepanjang vena. Tempat pemasangan sedikit hangat bila disentuh dan aliran infus mungkin berhenti.
   a) Hentikan infus dan mulai lagi di tempat berbeda, lebih baik pada ekstremitas yang berlawanan dengan selang infus dan cairan baru.
   b) Dokumentasikan derajat flebitis dan intervensi perawat sesuai kebijakan rumah sakit dan prosedur.

Tabel 2.1. Skala Flebitis

| No. | Score | Tanda Klinis |
|---|---|---|
| 1. | 0 | Tidak ada gejala klinis |
| 2. | 1+ | Erythema dengan atau tanpa nyeri Edema bisa atau tidak tampak Tidak ada formasi streak Vena tidak bisa teraba |
| 3. | 2+ | Erythema dengan atau tanpa nyeri Edema bisa atau tidak tampak Formasi streak Vena tidak teraba |
| 4. | 3+ | Erythema dengan atau tanpa nyeri Edema bisa atau tidak tampak Formasi streak Vena teraba |

2) Infiltrasi. Aliran infus klien lambat; tempat penusukan infus menjadi bengkak, dingin bila disentuh, pucat, dan nyeri.
   a) Stop infus dan infus kembali di tempat yang baru, lebih baik pada ekstremitas yang berbeda.
   b) Monitor tempat pemasangan infus sebelumnya selama 4 jam hingga penyembuhan bengkak selesai.
   c) Dokumentasikan derajat infiltrasi dan intervensi keperawatan.

Tabel 2.2. Skala Infiltrasi

| No. | Score | Tanda Klinis |
|---|---|---|
| 1. | 0 | Tidak ada gejala |
| 2. | 1 | Kulit mengkilat<br>Edema kurang dari 1 inchi<br>Dingin bila disentuh<br>Dengan atau tanpa nyeri |
| 3. | 2 | Kulit mengkilat<br>Edema 1 sampai 6 inchi pada permukaan kulit<br>Dingin bila disentuh<br>Dengan atau tanpa nyeri |
| 4. | 3 | Kulit mengkilat, transparan<br>Edema lebih dari 6 inchi pada permukaan kulit<br>Dingin bila disentuh<br>Nyeri ringan hingga sedang<br>Kemungkinan terasa baal |

3) Perasaan terbakar, iritasi, kemerahan dan nyeri selama infus tanpa flebitis atau infiltrasi. Lambatkan aliran infus untuk memberikan waktu maksimum dari respon terapeutik.
4) Infus selesai sebelum jam yang ditetapkan.
   a) Evaluasi alat infus untuk posisi & kepatenan & mulai sesuai yang dibutuhkan.

b) Monitor klien untuk infus yang terlalu cepat atau cairan overload. Cek tanda-tanda vital, status pernafasan, dan intake dan output.
c) Monitor klien untuk tanda dan gejala dari toksisitas obat.
d) Beritahu klien.
e) Kaji perlunya alat elektronik untuk mengontrol cairan (IV pump).

5) Posisi infus klien : aliran infus klien terganggu akibat perubahan posisi ektremitas.
a) Gunakan papan tangan (armboards).
b) Pindahkan balutan, gunakan balutan baru dan plester dengan tepat.
c) Jika kateter keluar dari pembuluh darah, jangan masukkan kembali bagian kateter yang terekspos.Lanjutkan monitor tetesan infus perjam.

6) Infeksi : klien mengeluh menggigil, demam, dan lemah; Tempat penusukan infus mungkin menunjukkan drainase purulent.
a) Hentikan infus dengan mengoles tempat pemasangan dahulu dengan alcohol (memindahkan bakteri yang ada). Biarkan hingga kering. Kemudian letakkan kassa steril pada tempat penusukan dan pindahkan kateter.
b) Kirim kateter sebelumnya ke laboratorium untuk dikultur bakteri (sesuai kebijakan institusi) dan beritahu dokter.
c) Dokumentasikan intervensi keperawatan sesuai dengan kebijakan institusi dan prosedur.

k. Dokumentasi

- Catat di catatan perawat jumlah percobaan penusukan, tipe cairan, tempat penusukan pembuluh darah, jumlah tetesan, ukuran dan tipe kateter atau jarum, dan kapan infus dimulai.
- Catat respon klien mengenai cairan infus yang digunakan, jumlah cairan yang diinfus dan keutuhan dan kepatenan sistem setiap 4 jam sesuai dengan kebijakan institusi.
- Catat kepada perawat shift berikutnya: tipe cairan, tetesan infus, status tempat pemasangan, jumlah cairan yang sudah masuk, waktu yang diharapkan untuk mengganti cairan baru, dan berbagai efek samping.
- Laporkan ke dokter secepatnya apabila ada reaksi yang tidak diharapkan, seperti pulmonary congestion, shock atau thrombophlebitis.

- Catat jumlah tetesan infus, tetes/menit, dan ml/jam dalam catatan perawat setiap 4 jam atau sesuai dengan kebijakan institusi.

4. Latihan Tindakan
   a. Mahasiswa membaca dan mempelajari kasus dengan seksama
   b. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2-4 orang per kelompok.
   c. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai perawat, 1 orang sebagai pasien (apabila tidak menggunakan pasien simulasi), dan 2 orang sebagai pengamat (membawa checklist).

Tabel 2.3. Format Penilaian Pemberian Terapi Cairan Pada Anak

Nama Mahasiswa : ----------
Program/semester : ----------
Hari/ Tanggal : ----------

| NO | TINDAKAN | Penilaian | |
|---|---|---|---|
| | | Kompeten | Tdk Kompeten |
| 1. | Mengecek program terapi medik | | |
| 2. | Cuci tangan sebelum Tindakan | | |
| 3. | Jaga privacy anak dan berikan posisi yang nyaman bagi anak | | |
| 4. | Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan (perhatikan cara pendekatan dan komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak) | | |
| 5. | Siapkan peralatan dan dekatkan alat-alat ke klien | | |
| 6. | Pasang sarung tangan | | |
| 7. | Pasang pengalas | | |
| 8. | Buka set infus dan hubungkan cairan infus dengan selang infus maupun alat elektronik infus dan digantungkan ke tiang infus | | |
| 9. | Cari akses area intravena yang akan digunakan | | |
| 10. | Pasang tourniket | | |
| 11. | Minta anak untuk mengepalkan telapak tangannya | | |
| 12. | Desinfeksi daerah yang akan diinsersi jarum dengan kapas alkohol (dengan arah searah dan tidak memakai kapas alkohol berulangkali yang telah dipakai) | | |
| 13. | Tusuk dengan jarum yang sesuai dengan ukuran vena maupun usia anak tersebut | | |
| 14. | Hubungkan dengan selang infus yang telah terpasang dengan abocath kateter yang telah masuk di dalam vena anak | | |
| 15. | Alirkan cairan | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 16. | Berikan fiksasi di area penusukan intravena dan berikan balutan transparan (tegaderm) untuk mengobservasi tempat penusukan | | |
| 17. | Berikan papan tangan (armboards) untuk memfiksasi selang infus dari gerakan anak yang berlebihan | | |
| 18. | Atur tetesan cairan dan evaluasi kepatenan cairan | | |
| 19. | Mencatat tanggal dan jam pemasangan serta nomor abbocath pada plester di atas balutan | | |
| 21. | Beri posisi yang nyaman | | |
| 22. | Rapikan peralatan | | |
| 23. | Cuci tangan sesudah Tindakan | | |
| 24. | Dokumentasikan tindakan & evaluasi hasil | | |

Nama Penguji :

Komentar :

5. Latihan Pendokumentasian Tindakan Keperawatan

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Nama Ruangan :

No.Rekam Medis : No. Kamar / Tempat Tidur :

| Tanggal | Waktu | Tindakan Keperawatan | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Referensi

Earnest, V. Vicki. (1993). Clinical Skills in Nursing Practice. (Second Edition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Ellis, et al. (1996). Module for Basic Nursing Skills, Volume I. (Sixth Edition). Philadelphia: Lippincott ± Raven Publishers

Weller. B., F. (1991). The lippincott manual of Pediatric nursing. (3rd ed.). London: Chapman & Hall.

7. Status Dokumen

| **Proses** | **Penanggung Jawab** | | **Tanggal** |
|---|---|---|---|
| | **Nama** | **Tandatangan** | |
| 1. Perumusan | Yuli Utami, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu<br><br>Intan Parulian, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu |  | 31/08/2022 |
| 2. Pemeriksaan & Persetujuan | Dr. Ns. Aan Sutandi, S.Kep, M.M<br>Ketua Program Studi Keperawatan |  | 31/08/2022 |
| 3. Penetapan | Dr. Aliana Dewi, S.Kp., M.N<br>Dekan Fakultas |  | 31/08/2022 |

| UNIVERSITAS BINAWAN | | | |
|---|---|---|---|
| | **MODUL PRAKTIKUM**<br>**SUKSION PADA ANAK** | | |
| **No. Dok : SOP/UBN/KEP/** | **No. Rev : 01** | **Tgl Berlaku : 31/08/2022** | **Hal :** |

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

   Mahasiswa mampu melakukan tindakan suksion (penghisapan lendir pada saluran pernafasan) secara benar.

2. Tujuan khususnya adalah setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:
   a. Menyebutkan pengertian suksion pada anak.
   b. Menjelaskan tujuan suksion pada anak.
   c. Menyebutkan prinsip suksion pada anak.
   d. Menjelaskan persiapan suksion pada anak.
   e. Melakukan tindakan keperawatan suksion pada anak dengan benar.

3. Uraian Singkat Materi
   a. Pengertian

      Tindakan keperawatan: pemberian suksion pada anak adalah tindakan memasukkan selang ke hidung dan mulut yang dilakukan untuk menghisap mukus yang mengganggu jalan pernafasan anak. Mengeluarkan cairan atau sekret dengan suction dilakukan dengan tekanan negatif. Tube (slang) yang dihubungkan dengan tekanan negatif dapat menarik dan mengisap cairan atau sekret.

      Suction kateter adalah suatu selang yang berlubang terbuat dari karet yang lunak atau plastik yang fleksibel. Satu slang yang biasanya berwarna bening tersambung kesumber suction dan slang yang lain dari kontainer untuk menarik dan mengisap lendir. Suction kateter biasanya berdiameter dari Prancis 5 French sampai 18 Fr dan ada bermacam-macam ukuran. Pada saat membuka paket selang suction harus dipertahankan tetap steril. Selama melakukan suction perawat harus tetap menggunakan tehnik aseptik dan anti septik.

b. Tujuan

Tujuan tindakan keperawatan: pemberian suksion pada anak adalah:

1) Mempertahankan kepatenan jalan nafas.
2) Memberikan ventilasi yang adekuat.
3) Mengeluarkan dan membuang mukus/sekret yang berlebihan dan mengobstruksi di jalan nafas dimana anak sendiri tidak mampu mengeluarkannya.

c. Prinsip

Prinsip tindakan keperawatan: pemberian suksion pada anak adalah:

1) Penghisapan dilakukan tidak rutin tetapi hanya bila diperlukan.
2) Suksion diberikan sebelum anak makan dan maksimal satu jam sesudah makan untuk menghindari muntah.
3) Anak akan dapat batuk atau muntah ketika anda memasukkan atau mengeluarkan selang kateter penghisap/ suksion, sehingga penjelasan pada anak juga membantu pelaksanaan.

d. Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan berhubungan dengan tindakan keperawatan: pemberian suksion pada anak adalah:

1) Kaji frekuensi dan pola nafas anak.
2) Kaji kesulitan anak dalam bernafas.
3) Kaji adanya penumpukan sekret/mucus

e. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat muncul berhubungan dengan tindakan pemberian suskion pada anak adalah:

1) Bersihan jalan nafas tidak efektif
2) Gangguan pertukaran udara

f. Perencanaan

1) Jalan nafas paten pada anak ditandai dengan tidak ada suara ngorok atau mengi pada saat bernafas dan tidak ada bunyi krakles pada saat diuskultasi.
2) Anak tidak merasa cemas.

3) Anak mengatakan tidak nyeri pada membran mukosa saluran pernafasan selama prosedur suction.
4) Tidak ada infeksi pada saluran nafas atas dan bawah, maupun infeksi paru-paru.

g. Alat dan Bahan

Persiapan alat yang digunakan dalam tindakan pemberian suksion pada anak meliputi:

1) Satu unit suksion terdiri dari kontainer/ wadah suksion dan selang penghubung ke kontainer suksion.
2) Tabung Oksigen dengan selang dan mask.
3) Selang kateter suksion dengan ukuran 6FG-10FG.
4) Satu pasang sarung tangan (handscoen/gloves) bersih.
5) Waskom kecil yang diisi dengan air.
6) Distilled water atau cairan steril atau cairan normal saline.
7) Tissue
8) Dua buah handuk.
9) 2 meter selang plastik bening untuk penyambung
10) Sarung tangan steril

h. Langkah-Langkah Tindakan

1) Cuci tangan sebelum Tindakan.
2) Jaga privacy anak.
3) Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan (perhatikan cara pendekatan dan komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak).
4) Tinggikan tempat tidur yang sesuai dan pasang pengaman tempat tidur pada sisi yang berlawanan.
5) Siapkan peralatan dan dekatkan alat-alat ke anak.
6) Pemberian posisi untuk mencegah adanya muntah.
7) Pasang pengalas/perlak/handuk.
8) Nyalakan unit suksion dan hubungkan dengan selang kateter suksion tetapi masih tetap terbungkus didalam pembungkusnya.
    - Ukuran selang kateter pada bayi adalah 6G, 7G, dan 8G
    - Ukuran selang kateter pada anak adalah 7G, 8 G dan 10G
9) Tentukan jumlah tekanan pada suksion.

- Bayi: 70 ± 100 mmHg 15 kPa
- Anak: 90 -110 mmHg 15 ± 20 kPa

10) Berikan oksigen via face mask selama sekurangnya 1 menit sebelum suksion dan sesudahnya apabila diperlukan.
11) Pasang sarung tangan.
12) Lepaskan selang kateter steril dari pembungkusnya, pegang selang tersebut dengan tangan yang dominan tanpa membiarkan tangan dan selang kateter tersebut menyentuh apapun.
13) Tentukan jarak selang kateter yang dimasukkan dengan mengukur jarak antara ujung hidung dan daun telinga bagian luar.
14) Lubrikasi ujung selang kateter tersebut dengan saliva dari mulut anak atau menggunakan normal saline steril atau air.
15) Secara perlahan masukkan selang kateter yang sudah terlubrikasi kedalam nostril hidung, dengan menggunakan gerakan keatas sampai melewati nasal septum dan gerakan ke bawah tanpa suksion.
16) Suksion diberikan hanya pada saat keluarnya atau pengangkatan selang kateter. Letakkan atau tutupi dengan jari jempol pada ujung suksion tersebut.
17) Setiap suksion yg diberikan seharusnya selama 5±15 detik yg akan menstimulasi batuk. Biarkan minimal 30 detik utk reoksigenisasi & pemulihan diantara suksion.
18) Ulangi di nostril yang lain.
19) Suksion di bagian mulut.
20) Ulangi suksion seperlunya dengan menggunakan teknik yang di atas.
21) Berikan pujian pada anak atas kerjasamanya.
22) Rapikan anak.
23) Beri posisi yang nyaman bila telah selesai defekasi.
24) Rapikan peralatan, lepaskan sarung tangan dan matikan unit suksion.
25) Cuci tangan sesudah Tindakan.
26) Dokumentasikan tindakan dan evaluasi hasil pemberian suksion (meliputi jumlah, bau dan konsistensi dari sekret).

i. Evaluasi

1) Saluran pernafasan paten, tidak ada bunyi seperti kumur atau gelembung-gelembung pada saat inspirasi atau ekspirasi, tidak ada bunyi crackles pada saat auskultasi paru-paru.
2) Pasien mengatakan tidak cemas baik secara verbal maupun non verbal.
3) Respon pasien secara verbal atau non verbal tidak ada tanda-tanda trauma, tidak ada keluhan nyeri pada membran mukosa saluran pernafasan

j. Dokumentasi
1) Dokumentasikan metoda, waktu, dan frekuensi suksion.
2) Dokumentasikan status pernafasan pasien sebelum dan sesudah suksion.
3) Laporkan warna dan kekentalan dari sputum.
4) Laporkan setiap respon pasien selama melakukan prosedur.
5) Jika ada tanda peningkatan hipoksia selama atau setelah suksion segera laporkan

4. Latihan Tindakan
a. Mahasiswa membaca dan mempelajari kasus dengan seksama.
b. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3-4 orang per kelompok.
c. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai perawat, 1 orang sebagai pasien, dan 1/2 orang sebagai pengamat dengan membawa checklist suksion pada anak.

Tabel 3.1. Format Penilaian Suksion Pada Anak

Nama Mahasiswa : ----------
Program/semester : ----------
Hari/ Tanggal : ----------

| No | Kegiatan | Kompeten | Tidak kompeten |
|---|---|---|---|
| 1. | Cuci tangan sebelum Tindakan | | |
| 2. | Jaga privacy anak | | |
| 3. | Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan (perhatikan cara pendekatan dan komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak) | | |
| 4. | Tinggikan tempat tidur yang sesuai dan pasang pengaman tempat tidur pada sisi yang berlawanan | | |
| 5. | Siapkan peralatan dan dekatkan alat-alat ke anak | | |
| 6. | Pemberian posisi untuk mencegah adanya muntah | | |
| 7. | Pasang pengalas/perlak/handuk | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8. | Nyalakan unit suksion dan hubungkan dengan selang kateter suksion tetapi masih tetap terbungkus didalam pembungkusnya<br>o Ukuran selang kateter pada bayi adalah 6G, 7G, dan 8G<br>o Ukuran selang kateter pada anak adalah 7G, 8 G dan 10G | | |
| 9. | Tentukan jumlah tekanan pada suksion<br>o Bayi: 70 ± 100 mmHg 15 kPa<br>o Anak: 90 -110 mmHg 15 ± 20 kPa | | |
| 10. | Berikan oksigen via face mask selama sekurangnya 1 menit sebelum suksion dan sesudahnya apabila diperlukan | | |
| 11. | Pasang sarung tangan | | |
| 12. | Lepaskan selang kateter steril dari pembungkusnya, pegang selang tersebut dengan tangan yang dominan tanpa membiarkan tangan dan selang kateter tersebut menyentuh apapun | | |
| 13. | Tentukan jarak selang kateter yang dimasukkan dengan mengukur jarak antara ujung hidung dan daun telinga bagian luar | | |
| 14. | Lubrikasi ujung selang kateter tersebut dengan saliva dari mulut anak atau menggunakan normal saline steril atau air | | |
| 15. | Secara perlahan masukkan selang kateter yang sudah terlubrikasi kedalam nostril hidung, dengan menggunakan gerakan keatas sampai melewati nasal septum dan gerakan ke bawah tanpa suksion | | |
| 16. | Suksion diberikan hanya pada saat keluarnya atau pengangkatan selang kateter. Letakkan atau tutupi dengan jari jempol pada ujung suksion tersebut. | | |
| 17. | Setiap suksion yang diberikan seharusnya selama 5 ± 15 detik yang akan menstimulasi batuk. Biarkan minimal 30 detik untuk reoksigenisasi | | |
| 18. | Ulangi di nostril yang lain | | |
| 19. | Suksion di bagian mulut | | |
| 20. | Ulangi suksion seperlunya dengan menggunakan teknik yang di atas | | |
| 21. | Berikan pujian pada anak atas kerjasamanya | | |
| 22. | Rapikan anak | | |
| 23. | Beri posisi yang nyaman bila telah selesai defekasi | | |
| 24. | Rapikan peralatan, lepaskan sarung tangan dan matikan unit suksion | | |
| 25. | Cuci tangan sesudah Tindakan | | |
| 26. | Dokumentasikan tindakan dan evaluasi hasil pemberian suksion (meliputi jumlah, bau dan konsistensi dari sekret) | | |

Nama Penguji :

Komentar :

5. Latihan Pendokumentasian Tindakan Keperawatan

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Nama Ruangan :

No.Rekam Medis : No. Kamar / Tempat Tidur :

| Tanggal | Waktu | Tindakan Keperawatan | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Referensi

Earnest, V. Vicki. (1993). Clinical Skills in Nursing Practice. (Second Edition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Ellis, et al. (1996). Module for Basic Nursing Skills, Volume I. (Sixth Edition). Philadelphia: Lippincott ± Raven Publishers

Weller. B., F. (1991). The lippincott manual of Pediatric nursing. (3rd ed.). London: Chapman & Hall.

7. Status Dokumen

| Proses | Penanggung Jawab | | Tanggal |
|---|---|---|---|
| | Nama | Tandatangan | |
| 1. Perumusan | Yuli Utami, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu<br><br>Intan Parulian, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu |  | 31/08/2022 |
| 2. Pemeriksaan & Persetujuan | Dr. Ns. Aan Sutandi, S.Kep, M.M<br>Ketua Program Studi Keperawatan |  | 31/08/2022 |
| 3. Penetapan | Dr. Aliana Dewi, S.Kp., M.N<br>Dekan Fakultas |  | 31/08/2022 |

| UNIVERSITAS BINAWAN | | | |
|---|---|---|---|
| | **MODUL PRAKTIKUM PEMBERIAN INJEKSI IMUNISASI PADA ANAK** | | |
| **No. Dok : SOP/UBN/KEP/** | **No. Rev : 01** | **Tgl Berlaku : 31/08/2022** | **Hal :** |

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

   Mahasiswa mampu melakukan tindakan pemberian injeksi imunisasi pada anak secara benar.

2. Tujuan khususnya adalah setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:
   a. Menyebutkan pengertian pemberian injeksi imunisasi pada anak.
   b. Menjelaskan tujuan pemberian injeksi imunisasi pada anak.
   c. Menyebutkan prinsip pemberian injeksi imunisasi pada anak.
   d. Menjelaskan persiapan pemberian injeksi imunisasi pada anak.
   e. Melakukan tindakan keperawatan pemberian injeksi imunisasi pada anak dengan benar.

3. Uraian Singkat Materi
   a. Pengertian

      Tindakan keperawatan: pemberian imunisasi injeksi adalah tindakan memberikan vaksin imunisasi ke dalam tubuh melalui IM dan SC.

   b. Tujuan

      Tujuan tindakan keperawatan pemberian imunisasi injeksi pada anak adalah meningkatkan daya tahan tubuh anak (Untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah penyakit dan kematian bayi serta anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering terjangkit)

   c. Prinsip

      Prinsip tindakan keperawatan: pemberian imunisasi injeksi pada anak adalah:

      1) Injeksi melalui Subcutaneus

a) Subcutaneus adalah lapisan yang bebas dari conective tissue berkombinasi dengan jaringan adiposa berdekatan dengan kulit dan organ.
b) Lokasi injeksi pada lengan atas, area abdomen, bagian anterior paha, atau pada skapula.
c) Pemberian injeksi yang berotasi apabila anak mendapat injeksi beberapa kali perhari dan dalam jangka yang panjang.
d) Jarum injeksi dimasukkan ke bawah kulit dengan sudut 45-90º tergantung ketebalan kulit (sudut 45º pada lengan atas dan sudut 90º pada abdomen).
e) Jumlah cairan yang dapat dimasukkan ke bawah kulit maksimal 1,5 ml.

2) Injeksi melalui Intramuskular
a) Otot skeletal yang paling sering untuk lokasi injesi intramuskular, karena otot ini kaya akan pembuluh darah sehingga obat cepat terabsorpsi.
b) Beberapa area yang dapat digunakan untuk injeksi intramuskular adalah Dorsogluteal, Ventrogluteal, Vastus lateralis, Rectus femoralis dan Deltoid.
c) Lakukan 5 benar yaitu: nama klien; nama obat; dosis; waktu; dan cara pemberian obat.

d. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah imunisasi (PD3I):
1) Difteri adalah penyakit disebabkan oleh bakteri Corynebacterium Diphtheriae. Penyebarannya melalui kontak fisk dan pernafasan. Gejala awal adalah radang tenggorokan, hilang nafsu makan dan demam ringan. Dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil. Difteri dapat menimbulkan komplikasi berupa gangguan pernafasan yang berakibat kematian.
2) Pertusis disebut juga batuk rejan/batuk 100 hari adalah penyakit pada saluran pernafasan yang disebabkan bakteri Bordetella Pertussis. Penyebaran melalui tetesan-tetesan kecil yang keluar dari batuk atau bersin. Gejalanya pilek, mata merah, bersin, demam dan batuk ringan yang lama-kelamaan batuk akan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang menggigil yang cepat dan keras. Komplikasi pertusis adalah pneumonia bacterialis yang dapat menyebabkan kematian.
3) Tetanus adalah penyakit disebabkan oleh Clostridium Tetani yang menghasilkan neurotoksin. Penyakit ini tidak menyebar dari orang ke orang, tetapi melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam. Gejala awal adalah kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Pada bayi terdapat juga gejala berhenti menetek (sucking) antara 3-

28 hari setelah lahir. Gejala berikutnya adalah kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku. Komplikasi tetanus adalah patah tulang akibat kejang, pneumonia dan infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian.

4) Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh Mycobacterium Tuberculosa (disebut juga batuk darah). Penyakit ini menyebar melalui pernafasan lewat bersin/batuk. Gejala awal adalah lemah badan, penurunan berat badan, demam dan keluar keringat pada malam hari. Gejala selanjutnya adalah batuk terus menerus, nyeri dada dan mungkin batuk darah. Gejala lain tergantung pada organ yang diserang. Tuberculosis dapat menyebabkan kelemahan dan kematian.
5) Campak adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Myxovirus Viridae Measles. Disebarkan melalui udara sewaktu droplet bersin/batuk dari penderita. Gejala awal adalah demam, bercak, kemerahan, batuk, pilek, conjunctivitis (mata merah). Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki. Komplikasi campak adalah diare hebat, peradangan pada telinga dan infeksi saluran nafas (peneumonia).
6) Poliomylitis adalah penyakit pada saluran saraf pusat yang disebabkan oleh 1 dari 3 virus yang berhubungan, yaitu virus polio tipe 1, 2, atau 3. Secara klinis penyakit polio adalah anak dibawah umur 15 tahun yang menderita lumpuh layu akut (Acute Flaccid Paralysis/AFP). Penyebarannya adalah melalui kotoran manusia (tinja) yang terkontaminasi. Kelumpuhan dimulai dengan gejala demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama sakit. Kematian bisa terjadi jika otot-otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera tertangani.
7) Hepatitis B (Penyakit kuning) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Hepatitis B yang merusak hati. Penyebarannya adalah dari darah dan masuknya melalui suntikan yang tidak aman, melalui transfusi darah, dari ibu ke bayi, selama proses persalinan atau melalui hubungan seksual. Infeksi pada anak seringkali subklinis dan biasanya tidak menimbulkan gejala. Gejala infeksi klinis akut yang ada adalah merasa lemah, gangguan perut dan gejala lain seperti flu. Urine menjadi kuning, kotoran menjadi pucat, warna kuning bisa terlihat pula pada mata ataupun kulit. Penyakit ini bisa menjadi kronis dan menimbulkan Cirrhosis Hepatis, kanker hati dan menimbulkan kematian.

e. Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan berhubungan dengan tindakan keperawatan pemberian imunisasi injeksi pada anak adalah:

1) Tanyakan apakah anak ada alergi terhadap obat-obatan.
2) Inspeksi dan palpasi lokasi injeksi apakah ada kemerahan, bengkak, dan memar.
3) Palpasi lokasi injeksi dengan adekuat untuk meyakinkan lokasi yang tepat.

f. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat muncul berhubungan dengan tindakan pemberian imunisasi injeksi pada anak adalah:

1) Gangguan integritas kulit.
2) Risiko infeksi

g. Alat dan Bahan

Persiapan alat dan bahan yang digunakan dalam tindakan pemberian imunisasi injeksi pada anak meliputi:

1) Disposble spuit yang diperlukan
2) SC: Spuit 0,5-1ml untuk anak
3) IM: Spuit 0,5-1ml untuk anak
4) Kapas alcohol (alcohol swab)
5) Obat dalam flakon atau obat untuk imunisasi

4. Latihan Tindakan

a. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 3-4 orang per kelompok.
b. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai perawat, dan 1/2 orang sebagai pengamat dengan membawa checklist Pemberian Obat Melalui Subkutan.

Tabel 4.1. Format Penilaian Suksion Pada Anak

Nama Mahasiswa : ----------
Program/semester : ----------
Hari/ Tanggal : ----------

| No. | Kegiatan | Kompeten | Tidak Kompeten |
|---|---|---|---|
| 1. | Cuci tangan sebelum tindakan. | | |
| 2. | Jaga privacy anak. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. | Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan (perhatikan cara pendekatan dan komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak). | | |
| 4. | Siapkan peralatan dan dekatkan alat-alat ke anak. | | |
| 5. | Pasang sarung tangan. | | |
| 6. | Siapkan obat sesuai dosis dari ampul atau flakon | | |
| 7. | Identifikasi klien dan tanyakan nama klien cek (lima benar). | | |
| 8. | Posisikan anak pada posisi yang nyaman. | | |
| 9. | Pasang pengalas sementara katakan ke anak bahwa prosedur injeksi ini prosedur yang menyakitkan. | | |
| 10. | Tentukan area injeksi dengan menginspeksi permukaan kulit apakah ada memar, inflamasi dan edema | | |
| 11. | Usap area injeksi dengan alkohol swab/ kapas alkohol dengan cara mulai dari tengah ke area luar dengan cara sirkuler sekitar 5 cm | | |
| 12. | Buka kap jarum dengan telunjuk dan ibu jari tangan yang dominan | | |
| 13. | Injeksi melalui subkutan:<br>• Diangkat sedikit kulit dengan tangan non dominan.<br>• Injeksi dengan segera dengan sudut antara 45-90º.<br>• Setelah jarum masuk ke dermis tangan non dominan diangkat secara hati-hati dan tangan yang dominan pindah ke ahir zuiger, hindarkan jarum bergerak dan lakukan aspirasi. Bila ada darah keluar ke spuit maka harus dibuang dan ulangi prosedur.<br>• Masukkan obat dengan hati-hati dan perlahan. | | |
| 14. | Injeksi melalui intramuskular: | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Posisi tangan non dominan di area injeksi dan tekan kulit.<br>• Masukkan jarum ke dalam otot dengan segera dengan sudut 90 º.<br>• Masukkan obat dengan hati-hati, selama 10 detik kemudian tarik jarum dengan cepat dan tangan non dominan diangkat. | | |
| 15. | Berikan penekanan dengan kapas alkohol terhadap daerah penusukan. | | |
| 16. | Berikan pujian pada anak atas kerjasamanya. | | |
| 17. | Rapikan peralatan. | | |
| 18. | Cuci tangan sesudah tindakan. | | |
| 19. | Dokumentasikan tindakan dan evaluasi hasil pemberian imunisasi injeksi. | | |

Nama Penguji :

Komentar :

5. Latihan Pendokumentasian Tindakan Keperawatan

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Nama Ruangan :

No.Rekam Medis : No. Kamar / Tempat Tidur :

| Tanggal | Waktu | Tindakan Keperawatan | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Referensi

Earnest, V. Vicki. (1993). Clinical Skills in Nursing Practice. (Second Edition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Ellis, et al. (1996). Module for Basic Nursing Skills, Volume I. (Sixth Edition). Philadelphia: Lippincott ± Raven Publishers

Weller. B., F. (1991). The lippincott manual of Pediatric nursing. (3rd ed.). London: Chapman & Hall.

7. Status Dokumen

| **Proses** | **Penanggung Jawab** | | **Tanggal** |
|---|---|---|---|
| | **Nama** | **Tandatangan** | |
| 1. Perumusan | Yuli Utami, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu<br><br>Intan Parulian, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu |  | 31/08/2022 |
| 2. Pemeriksaan & Persetujuan | Dr. Ns. Aan Sutandi, S.Kep, M.M<br>Ketua Program Studi Keperawatan |  | 31/08/2022 |
| 3. Penetapan | Dr. Aliana Dewi, S.Kp., M.N<br>Dekan Fakultas |  | 31/08/2022 |

| UNIVERSITAS BINAWAN | | | |
|---|---|---|---|
| | MODUL PRAKTIKUM<br>CPR PADA ANAK | | |
| **No. Dok : SOP/UBN/KEP/** | **No. Rev : 01** | **Tgl Berlaku : 31/09/2022** | **Hal :** |

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :
   Mahasiswa mampu melakukan tindakan CPR pada anak secara benar.

2. Tujuan Khususnya adalah setelah mempelajari modul ini diharapkan mahasiswa mampu :
   a. Menyebutkan pengertian pemberian CPR pada anak
   b. Menjelaskan tujuan pemberian CPR pada anak
   c. Menyebutkan prinsip pemberian CPR pada anak
   d. Menjelaskan persiapan pemberian CPR pada anak
   e. Melakukan tindakan keperawatan: pemberian CPR pada anak dengan benar

3. Uraian Singkat Materi
   a. Pengertian

      Henti jantung dalam populasi pediatrik merupakan hasil akhir dari hipoksia sekunder yang berkepanjangan, akibat dari O2, ventilasi dan sirkulasi yang tidak adekuat shock. Beberapa disebabkan oleh kecelakaan, penumpukan cairan, penghirupan udara yang mengandung CO, suddent infant death syndrome (SIDS) dan infeksi. Henti nafas diasosiasikan sebagai keadaan yang lebih baik dari pada henti jantung. 1 kali henti jantung maka hasil dari usaha resusitasi akan berkurang. Banyak anak-anak yang apabila berhasil hidup mengalami angka kesakitan syaraf (retardasi mental) dan terutama jika terjadi di luar rumah sakit karena keterlambatan dalam memberikan pertolongan. Tanda-tanda apneu menandakan dibutuhkannya penanganan yang cepat dan akurat untuk mencegah henti jantung, dalam situasi ini perawat harus mempersiapkan dan berinisiatif melakukan tindakan darurat di Rumah Sakit.

      Di Rumah Sakit peralatan kedaruratan harus tersedia dengan mudah di tempat tersebut, yang mana peralatan pernafasan, resusitasi harus tersedia dan harus dicek minimal 1 hari sekali. Henti jantung-paru (cardiopulmonary arrest) diidentifikasikan sebagai

hilangnya nadi dan pernafasan, Saat hal ini dikaji, perawat harus segera melakukan resusitasi jantung paru (Cardio Pulmonary Resucitation / CPR). RJP adalah prosedur kegawatdaruratan yang mengkombinasikan tehnik nafas artificial dengan pijatan jantung eksternal. Tehnik ini dikenal dengan nama ABC. Tindakan resusitasi meliputi membersihkan jalan nafas (Airway), memulai pernafasan (Breathing), dan mempertahankan sirkulasi (Circulation). Hal ini dapat dilakukan lebih jauh lagi dengan Defibrilasi. Defibrilasi melibatkan pemberian listrik secara langsung, melalui jantung, yang cukup untuk membuat sel jantung melakukan depolarisasi. RJP awal diikuti dengan defibrilasi jantung (saat diindikasikan) dan pendukung kehidupan jantung lebih lanjut (Advanced Cardiac Life Support/ACLS) dapat meningkatkan daya bertahan hidup bagi para klien. Setiap ABCD adalah sangat penting bagi kemajuan klien. Tanpa pemberian oksigen, kerusakan otak hampir sering terjadi dalam waktu 6 menit, dan kematian otak dapat terjadi dalam waktu 10 menit.

Tindakan keperawatan pemberian CPR adalah tindakan utama pada kegawatan, terdiri dari tunjangan hidup dasar, tunjangan hidup lanjut, dan perawatan pasca resusitasi, tunjangan hidup dasar terdiri dari pembebasan jalan nafas (A= airway), pernafasan (B= breathing) dan sirkulasi darah (C= circulation). Untuk situasi di luar Rumah Sakit, tindakan pertama yang harus dilakukan untuk sesegera mungkin mendata keluasan luka dan memutuskan/ menentukan tingkat kesadaran anak.

b. Tujuan

Tujuan tindakan keperawatan pemberian CPR pada anak adalah membantu mengatasi kegawatan dengan membebaskan jalan nafas yang terobstruksi, memberikan pernafasan dan membantu dalam sirkulasi darah.

c. Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan berhubungan dengan tindakan keperawatan: pemberian CPR pada anak adalah:

1. Tentukan apakah klien tidak sadar dengan cara mengguncang tubuh klien dan berteriak “Apakah anda tidak apa-apa ?”
2. Secara cepat, aktifkan alat bantu darurat (emergency medical service) untuk orang dewasa. Jika sendirian lakukan CPR pada bayi atau anak ± anak selama 1 menit, kemudian aktifkan EMS.

3. Tentukan pernafasan klien dan nadi carotid atau brachial (digunakan pada bayi). Untuk menentukan pernafasan, buka jalan nafas menggunakan cara head tilt ± chin lift atau jaw-thrust maneuver. Lihat, dengar, dan rasakan (look, listen, and feel) untuk pertukaran udara.

d. Persiapan Alat

Persiapan alat-alat yang digunakan dalam tindakan pemberian CPR pada anak meliputi:

- Ambu ± bag pada anak
- Face mask CPR
- Oxygen
- Chest Compression Board
- Handscoen disposable
- Face shield (masker)

e. Langkah-langkah Tindakan

1) Observasi pergarakan dada; dengarkan dan rasakan pernafasan.
2) Jika klien bernafas dan tidak ada trauma yang terjadi; letakkan klien pada posisi recovery.
3) Letakkan korban pada permukaan padat, seperti lantai, tanah, atau papan. Korban harus datar. Jika perlu, pindahkan korban flat secara logroll, posisi supine menggunakan supine precaution.
4) Lakukan posisi yang tepat dan nyaman bagi penyelamat.
    a) Satu orang penyelamat : berdiri menghadap klien dengan lutut paralel dengan sternum klien.
    b) Dua orang penyelamat: satu orang menghadap klien dengan lutut paralel dengan kepala klien. Satu orang lagi dalam posisi yang berlawanan dengan sternum klien.
5) Jika memungkinkan, gunakan sarung tangan dan masker.
6) Buka jalan nafas.
    a) Jika trauma kepala atau leher tidak dicurigai, gunakan tehnik head tilt, chin lift method.

b) Jika kepala atau leher dicurigai, gunakan hanya jaw-thrust manuver. Raih sudut rahang bawah klien dan angkat dengan kedua tangan, meletakkan mandibula ke depan.

7) Jika tersedia, masukkan oral airway (goedel).

8) Jika korban tidak bernafas, berikan nafas buatan

a) Mulut ke mulut

- Anak : Jepit hidung klien dengan ketat melalui ibu jari dan jari telunjuk. Letakkan mulut perawat diatas mulut anak atau gunakan masker CPR. Untuk resusitasi mulut ke mulut pada anak ± anak, berikan dua nafas yang berlangsung hingga 1 ± 1,5 detik dengan jeda di anataranya. Lanjutkan dengan memberikan 20 nafas per menit.
- Bayi : Karena saluran pernafasan bayi lebih kecil dan resisten untuk mengalir cukup tinggi, membuat rekomendasi mengenai tekanan atau volume dari nafas peyelamat menjadi sulit. Letakkan mulut perawat di atas hidung dan mulut korban. Bagaimanapun, tiga factor di bawah ini harus diingat : (1) nafas penyelamat adalah maneuver penting dalam membantu anak yang tidak bernafas, (2) Volume yang tepat adalah yang membuat dada naik dan turun, dan (3) nafas yang perlahan memberikan volume yang adekuat pada tekanan terendah yang memungkinkan, sehingga mengurangi resiko distensi lambung.

b) Mulut ke hidung

Tetap menjaga kepala korban mendongak (head tilt) dengan satu tangan penyelamat di dahi. Gunakan tangan yang lain untuk menaikkan rahang (jaw thrust) dan menutup mulut. Tutup bibir penyelamat di sekitar hidung korban dan tiupkan. Biarkan ekshalasi pasif.

c) Ambu – bag

Anak :

- Untuk resusitasi ambu ± bag dengan menggunakan masker wajah yang tepat dan gunakan di bawah dagu, atas dan seluruh mulut dan hidung korban.
- Hubungkan selang supply oksigen dengan Ambu bag dan flowmeter oksigen.

- Berikan oksigen hingga 100 % atau pada batas yang dtentukan.Letakkan masker wajah dari Ambu bag di sekeliling mulut dan hidung klien.
- Berikan pernafasan pelan dengan menekan kantung Ambu bag.
- Biarkan beberapa waktu bagi klien untuk mengeluarkan nafas.
- Observasi turun dan naiknya dinding dada pada setiap respirasi.
- Dengarkan udara yang keluar selama ekshalasi dan rasakan aliran udara.
- Jika paru ± paru tidak naik, reposisi kepala dan leher dan cek adanya obstruksi jalan nafas, seperti muntah.

9) Jika usaha ventilasi tidak sukses, reposisi kembali kepala klien dan mencoba prosedur penyelamatan pernafasan lagi. Jika ventilasi tetap tidak sukses, jalan nafas mungkin terobstruksi dan obstruksi tersebut harus dipindahkan.

   Anak : Heimlich manuver dan back blows serta chest trust lebih direkomendasikan karena tehnik finger swab dapat mendorong benda asing kembali ke jalan nafas.

   Bayi : lebih direkomendasikan untuk tehnik back blows dan chest trust. Karena terdapat beberapa komplikasi yang serius terkait dengan dilakukannya Heimlich Manuver pada bayi, meliputi ruptur lambung, diafragma, esofagus, dan jejenum.

10) Suksion secret korban, jika perlu atau jika tidak ada trauma, miringkan kepala klien.
11) Cek untuk adanya nadi carotid (anak ± anak / dewasa) atau brachial (pada bayi). Cek nadi selama 3 ± 5 detik.
12) Jika nadi tidak ada, lakukan kompresi dada :
    a) Lakukan posisi tangan yang tepat Anak : Letakkan satu telapak tangan pada setengah sternum bawah di atas prosessus xiphoideus. Pertahankan head tilt dengan tangan yang lain, jika memungkinkan. Bayi : Letakkan jari telunjuk dan jari tengah pada satu tangan di setengah sternum bawah di atas prosesus xiphoideus. Jari ± jari seharusnya 1 cm di bawah letak payudara dan perpendicular ke sternum dan jangan tidak seimbang. Alternatif tehnik adalah meletakkan dua ibu jari ke sisi di bawah setengah sternum di atas prosesus xiphoideus
    b) Lakukan kompresi sternum hingga kedalaman yang tepat dari bahu dan kemudian lepaskan tekanan, pertahankan kontak dengan kulit untuk

memastikan letak tangan yang tepat. Tidak perlu terburu ± buru, tetapi pindahkan berat badan ke bawah.

- Anak yang lebih tua : 3 sampai 4 cm (1 ± 1,5 inchi)
- Balita dan prasekolah : 2 sampai 4 cm (3/4 hingga 1,5 inchi)
- Bayi : 1 hingga 2 cm (1/2 hingga 1 inchi)

c) Pertahankan tempo yang tepat untuk kompresi 5 kompresi, 1 nafas.

d) Lanjutkan pernafasan (ventilasi) mulut ke mulut atau dengan ambu ± bag

- Anak yang lebih besar : setiap 4 menit (15 per menit)
- Anak ± anak : setiap 3 detik (20 per menit)
- Bayi dan balita : setiap 3 detik (20 per menit)

13) Palpasi nadi carotid (anak ± anak / dewasa) atau brachial (pada bayi) pada setiap kompresi dada eksternal untuk satu menit penuh pertama. Jika nadi tidak dapat dipalpasi, kompresi kurang kuat atau posisi tangan tidak benar.
14) Lanjutkan CPR sampai selesai, sampai korban mendapatkan nadi spontan dan pernafasan spontan, sampai penyelamat lelah dan tidak dapat melakukan CPR secara efektif, atau sampai dokter menghentikan CPR.
15) Pindahkan dan buang alat ± alat yang sudah tidak dipakai ke tempatnya semula.
16) Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

f. Kontra Indikasi

1) Inspeksi dinding dada klien untuk kenaikan dan penurunan dari pernafasan artificial.
2) Palpasi adanya nadi setelah empat siklus dari kompresi dan pernafasan. Kaji setiap beberapa menit.kemudian.
3) Observasi kembalinya nadi dan pernafasan.

g. Dokumentasi

1) Secepatnya melaporkan adanya henti jantung/paru (arrest), mengidentifikasi lokasi henti organ yang tepat (lihat kebijakan rumah sakit).
2) Dokumentasikan di catatan perawat terjadinya arrest; tindakan yang dilakukan, meliputi semua jenis obat dan tretmwnt yang digunakan; dan respon klien. Lembar khusus resusitasi tersedia di hampir semua area akut.

4. Referensi

Lewis,S HeitKemper, M., & Dirksen S (2014). **Medical Surgical Nursing.Assessment and Management of Clinical Problems**.9th . St Louis : Mosby.

Perry, A.G., & Potter, P.A. (2012) . **Nursing Intervention & Clinical Skills**. 5thed . St Louis : Mosby.

Wilson, S.F, & Giden, J,F. (2016) . **Health Assessment for Nursing Practice-EBook**.Elsevier Health Science.

5. Status Dokumen

| **Proses** | **Penanggung Jawab** | | **Tanggal** |
|---|---|---|---|
| | **Nama** | **Tandatangan** | |
| 1. Perumusan | Yuli Utami, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu<br><br>Intan Parulian, S.Kp, MN<br>Dosen Pengampu |  | 31/08/2022 |
| 2. Pemeriksaan & Persetujuan | Dr. Ns. Aan Sutandi, S.Kep, M.M<br>Ketua Program Studi Keperawatan |  | 31/08/2022 |
| 3. Penetapan | Dr. Aliana Dewi, S.Kp., M.N<br>Dekan Fakultas |  | 31/08/2022 |