



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202113634, 2 Maret 2021

## Pencipta

Nama : **Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes, Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep dkk**

Alamat : Candirejo RT 003 RW 001, Ungaran Barat, Kabupaten Semarang , Kabupaten Semarang , JAWA TENGAH, 50513

Kewarganegaraan : Indonesia

## Pemegang Hak Cipta

Nama : **Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes, Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep dkk**

Alamat : Candirejo RT 003 RW 001, Ungaran Barat, Kabupaten Semarang , Kabupaten Semarang , JAWA TENGAH, 50513

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Modul**

Judul Ciptaan : **Modul Praktikum Keperawatan Anak**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 19 November 2020, di Ungaran

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000240252

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.  
NIP. 196611181994031001

## Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

**LAMPIRAN PENCIPTA**

No	Nama	Alamat
1	Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes	Candirejo RT 003 RW 001, Ungaran Barat, Kabupaten Semarang
2	Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep	Langensari Barat RT 01 RW 04, Kelurahan Langensari Barat, Kec. Ungaran Barat
3	Ns. Natalia Devi Oktarina, M.Kep., Sp.Kep.An.	Jatisari Lestari Blok B4 No. 3, Mijen, Kota Semarang

**LAMPIRAN PEMEGANG**

No	Nama	Alamat
1	Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes	Candirejo RT 003 RW 001, Ungaran Barat, Kabupaten Semarang
2	Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep	Langensari Barat RT 01 RW 04, Kelurahan Langensari Barat, Kec. Ungaran Barat
3	Ns. Natalia Devi Oktarina, M.Kep., Sp.Kep.An.	Jatisari Lestari Blok B4 No. 3, Mijen, Kota Semarang



# **MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK**



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO  
JL. DIPONEGORO No. 186 UNGARAN**



# **MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK**

**TIM PENYUSUN :**

**Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes.**

**Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**Ns. Natalia Devi Oktarina, M.Kep., Sp.Kep.An.**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KESEHATAN**

**UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

**UNGARAN, 2020**

## **VISI DAN MISI**

### **PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN**

#### **VISI**

Menjadi Program Studi Diploma Tiga Keperawatan yang mampu menghasilkan tenaga keperawatan professional yang berbudaya sehat dan bereputasi internasional pada tahun 2026

#### **MISI**

1. Menyelenggarakan program pendidikan dan pengajaran keperawatan yang berbudaya sehat secara berkualitas untuk menghasilkan Ahli Madya Keperawatan yang peduli dan kompeten.
2. Mengembangkan budaya akademik yang sehat dan menyebarkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui penyelenggaraan penelitian, publikasi ilmiah dan pengabdian pada masyarakat.
3. Membentuk sistem manajemen yang memiliki akuntabilitas dan aksesibilitas serta berbudaya organisasi yang sehat
4. Membentuk jalinan kerjasama yang sehat dengan pemangku kebijakan (*stakeholder*)

## **PRAKATA**

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun modul praktikum ini. Modul praktikum yang berjudul “ **MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN ANAK**” ini ditujukan untuk mahasiswa D3 Keperawatan terutama untuk mata kuliah Keperawatan Anak .

Penulis banyak mendapat bimbingan, masukan dan saran selama penulisan modul praktikum ini. Untuk itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu pembuatan modul praktikum ini.

Meskipun telah memperhatikan berbagai aspek yang berhubungan dengan penulisan modul praktikum kuliah ini , penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan dan kelemahan dalam modul praktikum ini. Saran dan kritik yang membangun merupakan masukan yang penulis harapkan. Semoga modul praktikum ini bermanfaat dan bukan merupakan karya terakhir penulis dalam penulisan ilmiah.

Ungaran, 19 November 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

Cover.....	i
Tim Penyusun.....	ii
Visi dan Misi.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Daftar Isi.....	v
Tata Tertib.....	vi
<b>BAB I IDENTITAS MATA KULIAH</b>	
A. Nama Mata Kuliah.....	1
B. Jumlah sks.....	1
C. Deskripsi Singkat.....	1
<b>BAB II PENDAHULUAN</b>	
A. Deskripsi Singkat Praktik.....	2
B. Capaian Pembelajaran.....	2
C. Kemampuan Akhir yang diharapkan.....	2
D. Alokasi Waktu Praktik.....	2
<b>BAB III PROSEDUR PRAKTIKUM</b>	
1. Prosedur Pemeriksaan Reflek pada bayi.....	3
2. Prosedur Imunisasi dasar .....	8
3. Prosedur perawatan bayi dengan fototerapi dan perawatan dengan inkubator.....	12
4. Prosedur Fisioterapi dada.....	16
5. Perawatan Kolostomi.....	21
6. Prosedur Water Tepid Sponge.....	24
7. Prosedur Penkes DHF.....	29
8. Prosedur Pendidikan Kesehatan kebutuhan cairan.....	30
9. Prosedur Pendidikan kesehatan bermain dengan anak CHD.....	33
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>105</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## **TATA TERTIB**

Selama praktikum, mahasiswa **WAJIB**:

1. Hadir paling lambat 10 menit sebelum melaksanakan praktikum
2. Memakai seragam yang rapi dan mengenakan jas laboratorium
3. Bila berjilbab harus memasukan jilbabnya ke dalam jas laboratorium
4. Bila rambut panjang maka rambut harus diikat dengan rapi
5. Memelihara ketenangan selama praktikum berlangsung
6. Menjaga kebersihan dari alat maupun ruangan praktikum
7. Mengembalikan peralatan praktikum ke tempat semula
8. Mengganti alat yang rusak atau pecah dengan alat yang sama paling lambat 2 minggu
9. Meninggalkan laboratorium dengan seizin penanggung jawab praktikum
10. Melakukan pengecekan alat sebelum praktikum dimulai. Praktikan yang tidak melaporkan kerusakan alat kemudian praktikan yang memakai selanjutnya melaporkan ada kerusakan alat maka tanggung jawab penggantian alat dibebankan pada praktikan yang tidak melaporkan alat tersebut

Selama praktikum, mahasiswa **DILARANG**:

1. Makan dan minum di ruang praktikum
2. Memainkan HP selama praktik berlangsung
3. Mengubah setting alat atau tempat yang ada di ruang praktikum
4. Berpakaian rapi dan sopan
5. Tidak memakai jas laboratorium

**BAB I**  
**IDENTITAS MATA KULIAH**

- A. Nama Mata Kuliah** : Keperawatan anak
- B. Jumlah sks** : 1 SKS praktik
- C. Deskripsi singkat mata kuliah :**  
Aplikasi proses keperawatan anak pada anak sakit maupun sehat

## **BAB II**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Deskripsi singkat praktik**

Modul praktikum ini akan menjelaskan tentang materi prosedur intervensi keperawatan yang dapat diterapkan di keperawatan anak dengan metode praktikum di laboratorium.

#### **B. Capaian pembelajaran**

1. Bekerjasama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan (CP-S.7)
2. Menguasai tehnik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok (CP- P7)
3. Mampu memilih dan menggunakan peralatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan (CP-K4)

#### **C. Kemampuan akhir yang diharapkan**

Pada akhir praktikum mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

1. Prosedur Pemeriksaan Reflek pada bayi
2. Prosedur Imunisasi dasar
3. Prosedur perawatan bayi dengan fototerapi
4. Prosedur Fisioterapi dada
5. Perawatan Kolostomi
6. Prosedur Water Tepid Sponge
7. Prosedur Penkes DHF
8. Prosedur Pendidikan Kesehatan kebutuhan cairan
9. Prosedur Pendidikan kesehatan bermin dengan anak CHD

#### **D. Alokasi waktu praktik**

Jadwal praktikum dilaksanakan 1 kali dalam seminggu

## **BAB III**

### **PRAKTIKUM**

#### **A. PROSEDUR PEMERIKSAAN REFLEK PADA BAYI**

##### **a) Deskripsi singkat**

Refleks pada bayi merupakan gerakan primitif yang tak terkontrol atau gerakan involuntary terhadap rangsangan dari luar. Reflek primitif adalah aksi refleks yang berasal dari dalam pusat sistem saraf yang ditunjukkan oleh bayi baru lahir normal namun secara neurologis tidak lengkap seperti pada orang dewasa dalam menanggapi rangsang tertentu.

##### **b) Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Pemeriksaan refleks bayi merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan pada bayi untuk mengetahui fungsi sistem neurologis. Pemeriksaan refleks terdiri dari eyeblink refleks, rooting, sucking, swallowing, Neck Righting, Gallant refleks, palmar grasp, moro, landau refleks, babinsky, dan stepping refleks.

##### **c) Kemampuan akhir yang diharapkan :**

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan refleks pada bayi.

##### **d) Prosedur dan mekanisme praktik**

Refleks yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal. Macam – macam refleks pada Bayi Baru Lahir :

###### **1. Reflek menghisap**

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika Anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi. Refleks menghisap terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka. Refleks menghisap memudahkan bayi yang baru lahir untuk memperoleh makanan sebelum mereka mengasosiasikan puting susu dengan makanan. Menghisap adalah refleks yang sangat penting pada bayi. Refleks ini merupakan rute bayi menuju pengenalan akan makanan. Kemampuan menghisap bayi yang baru lahir berbeda beda. Sebagian bayi yang baru lahir menghisap dengan efisien dan bertenaga untuk memperoleh susu, sementara bayi bayi lain tidak

begitu terampil dan kelelahan bahkan sebelum mereka kenyang. Kebanyakan bayi yang baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk mengembangkan suatu gaya menghisap yang dikoordinasikan dengan cara ibu memegang bayi, cara susu keluar dari botol atau payudara, serta dengan kecepatan dan temperamen bayi waktu menghisap. Refleks menghisap adalah suatu contoh refleks yang muncul saat lahir dan kemudian akan menghilang seiring dengan usia bayi. Hindari mengarahkan kepala ke payudara atau puting, biarkan bayi membuka mulutnya. Hilang setelah 3-4 bulan, tetapi dapat menetap sampai usia 1 tahun.

## 2. Refleks menggenggam (palmar grasp reflex)

Grasping Reflex adalah refleks gerakan jari-jari tangan mencengkrum benda-benda yang disentuh ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal. Hilang setelah 3-4 bulan. Bayi akan otomatis menggenggam jari ketika Anda menyodorkan jari telunjuk kepadanya. Refleksi menggenggam terjadi ketika sesuatu menyentuh telapak tangan bayi. Bayi akan merespons dengan cara menggenggamnya kuat-kuat. Pada akhir bulan ketika, refleksi menggenggam berkurang dan bayi memperlihatkan suatu genggam yang lebih spontan, yang sering dihasilkan dari rangasangan visual. Misalnya, ketika bayi melihat suatu gerakan yang berputar diatas tempat tidurnya, ia akan meraih dan mencoba menggenggamnya. Ketika perkembangan motoriknya semakin lancar, bayi akan menggenggam benda-benda, menggunakannya secara hati-hati, dan mengamati benda-benda tersebut.

## 3. Refleksi leher (tonic neck reflex)

Disebut juga posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia 5 bln. Saat kepala bayi digerakkan kesamping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk (kadang – kadang pergerakan akan sangat halus atau lemah). Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika refleksi ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan,

bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, refleks tonick neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyediakan bayi untuk mencapai gerak sadar. Respons lengkap akan hilang pada usia 3-4 bulan.

4. Refleks mencari (rooting reflex)

Rooting reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau di sentuh bagian pinggir mulutnya. Sebagai respons, bayi itu memalingkan kepalanya ke arah benda yang menyentuhnya, dalam upaya menemukan sesuatu yang dapat dihisap. Refleks menghisap dan mencari menghilang setelah bayi berusia sekitar 3 hingga 4 bulan. Refleks digantikan dengan makan secara sukarela. Refleks menghisap dan mencari adalah upaya untuk mempertahankan hidup bagi bayi mamalia atau binatang menyusui yang baru lahir, karena dengan begitu dia dapat menemukan susu ibu untuk memperoleh makanan.

5. Refleks moro (moro reflex)

Refleks Moro adalah suatu respon tiba tiba pada bayi yang baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan. Ketika dikagetkan, bayi yang baru lahir itu melengkungkan punggungnya, melemparkan kepalanya kebelakang, dan merentangkan tangan dan kakinya. Refleks ini berbeda dengan refleks lainnya yang termasuk dalam kategori gerakan motor. Refleks moro adalah peninggalan nenek moyang primate kita dan refleks ini merupakan upaya untuk mempertahankan hidup. Refleks ini merupakan keadaan yang normal bagi semua bayi yang baru lahir, juga cenderung menghilang pada usia 3 hingga 4 bulan. Sentuhan yang lembut pada setiap bagian tubuh bayi akan menenangkan bayi yang sempat terkejut. Memegang lengan bayi yang dilenturkan pada bahu akan menenangkan bayi. Menurut para ahli, refleks moro ini termasuk reaksi emosional yang timbul dari kemauan atau kesadaran bayi dan akan hilang dengan sendirinya dalam waktu yg singkat. Refleks moro ini timbul ketika bayi dikejutkan secara tiba-tiba atau mendengar suara yang keras. Bayi

melakukan gerakan refleks dengan melengkungkan punggungnya dan mendongakkan kepalanya ke arah belakang. Bersamaan dengan gerakan tersebut, kaki dan tangan bayi digerakkan ke depan. Reaksi yang berlangsung sesaat ini pada umumnya diiringi dengan tangisan yang keras.

6. Babinski Reflex .

Refleks ditimbulkan pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Semua jari ke arah ekstensi dengan ibu jari dorsifleksi dicatat sebagai tanda positif. Refleks primitif pada bayi berupa gerakan jari-jari mencengkrum ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Hilang di usia 4 bulan.

7. Swallowing Reflex

Refleks gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan atau cairan secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman. Menimbulkan refleks dengan cara beri bayi minum, menelan biasanya menyertai mengisap dan mendapat cairan. Menelan biasanya diatur oleh mengisap dan biasanya terjadi tanpa tersedak, batuk, atau muntah. Jika lemah atau tidak ada, menunjukkan prematuritas atau defek neurologis. Menghisap dan menelan sering tidak terkoordinasi pada bayi prematur.

8. Breathing Reflex

Refleks gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang-ulang – fungsi : menyediakan O<sub>2</sub> dan membuang CO<sub>2</sub>. Permanen dalam kehidupan.

9. Eyeblink Reflex

Refleks gerakan seperti menutup dan mengejapkan mata – fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda-benda asing – permanen dalam kehidupan. Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.

10. Pupillary Reflex

Refleks gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap. – fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap.

11. Refleks tonic Labyrinthine / labirin Pada posisi telentang,  
Reflek ini dapat diamati dengan mengangkat tungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Hilang pada usia 6 bulan.
12. Refleks merangkak (crawling)  
Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.
13. Refleks berjalan dan melangkah (stepping)  
Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu/orang tersebut akan melihat refleks berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut. Refleks berjalan ini akan hilang dan berbeda dengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.
14. Reflek Plantar  
Reflek ini muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan melekuk secara erat.
15. Reflek Swimming  
Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Reflek ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Reflek ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh dan menendang

seperti berenang, namun meletakkan bayi di air sangat berisiko. Bayi akan menelan banyak air pada saat itu.

#### 16. Refleks kaku leher

Jika kepala bayi baru lahir ditolehkan ke satu sisi sementara bayi beristirahat, maka refleks kaku leher dapat diobservasi. Lengan dan tungkai yang berada disamping tubuh kearah bayi menghadap memanjang sebagian atau seluruhnya, dan tungkai dan lengan yang berlawanan menekuk. Refleks ini seharusnya menghilang sampai 4 bulan pertama, karena refleks ini merupakan manifestasi lain dari sebelum sempurnanya sistem saraf bayi. Jika keadaan ini terus berlangsung setelah 4 bulan, kemudian ada trauma neorologik. Tidak terdapatnya refleks ini secara menetap pada masa bayi baru lahir biasanya mengindikasikan adanya trauma SSP atau gangguan neoromuskular.

#### e) **Evaluasi**

- **Evaluasi Psikomotor**

Lakukanlah pemeriksaan reflek pada bayi usia 3 hari yang dirawat diruang perinatologi!

- **Evaluasi Kognitif**

Seorang perawat akan melakukan pemeriksaan kemampuan bayi untuk dapat menyusu langsung pada ibunya. Pemeriksaan apakah yang dilakukan oleh perawat tersebut dan jelaskan teknik pelaksanaannya!

- **Evaluasi afektif**

Mahasiswa akan dinilai dari kemampuan komunikasi ke orangtua bayi, sikap dalam melakukan tindakan dan sikap dalam memegang bayi.

## **B. PROSEDUR IMUNISASI DASAR**

### **a. Deskripsi singkat**

Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu

Vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukkan kedalam tubuh melalui suntikan seperti vaksin BCG, Pentvalen (DPT, Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipe B (HiB)), Campak dan melalui mulut seperti vaksin polio.

### **b. Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Pada dasarnya tubuh sudah memiliki pertahanan secara sendiri agar berbagai kuman yang masuk dapat dicegah, pertahanan tubuh tersebut meliputi pertahanan non spesifik dan pertahanan spesifik, proses mekanisme pertahanan dalam tubuh pertama kali adalah pertahanan nonspesifik seperti komplemen dan makrofag dimana komplemen dan makrofag ini yang pertama kali akan memberikan peran ketika ada kuman yang masuk kedalam tubuh. Setelah itu maka kuman harus melawan pertahanan tubuh yang kedua yaitu pertahanan tubuh spesifik terdiri dari sistem humoral dan seluler. Sistem pertahanan tersebut hanya bereaksi terhadap kuman yang mirip bentuknya. Sistem pertahanan humoral akan menghasilkan zat yang disebut imunoglobulin ( Ig A, Ig M, Ig G, Ig E, Ig D) dan sistem pertahanan seluler terdiri dari sistem Limfosit B dan Limfosit T, 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.

### **c. Kemampuan akhir yang diharapkan**

Mahasiswa mampu melakukan prosedur imunisasi dasar lengkap pada bayi.

### **d. Prosedur dan Mekanisme praktik**

- Alat :

  1. Vaksin ( BCG, Poliomielititis, DPT, Hepatitis B, HiB, Campak)
  2. Termos vaksin

3. Bengkok
  4. Kapas air hangat
  5. Spuit 1 ml
  6. Dropper (Penetes) untuk vaksin poliomyelitis
  7. Spuit 4 ml
- Prosedur :
    - 1) Imunisasi BCG
      1. Mencuci tangan
      2. Gunakan sarung tangan bersih
      3. Buka ampul vaksin BCG kering
      4. Larutkan vaksin dengan palrut vaksin yang tersedia 4 cc
      5. Isi spuit dengan sebanyak 0.05 ml yang sudah dilarutkan
      6. Atur posisi dan bersihkan lengan (1/3 bagian lengan atas) dengan kapas air hangat
      7. Regangkan daerah yang akan diinjeksi
      8. Lakukan injeksi dengan memasukkan jarum pada sudut 10-15° (intrakutan)
      9. Usap bekas injeksi dengan kapas bersih **jika ada darah keluar**
      10. Membuang spuit ke dalam bengkok lisol 2-3%
      11. Melepas sarung tangan dan buang ke dalam bengkok lisol 2-3%
      12. Mencuci tangan
    - 2) Imunisasi Polio
      1. Mencuci tangan
      2. Gunakan sarung tangan bersih
      3. Ambil vaksin poliomielititis dari dalam termos vaksin
      4. Buka penutup vial vaksin Poliomielititis
      5. Sambungkan vial dengan penutup plastic sebagai penetes (dropper)
      6. Atur posisi bayi dalam posisi telentang diatas pangkuan ibunya dan pegang erat
      7. Teteskan vaksin ke mulut sesuai jumlah dosis yang diprogramkan atau dianjurkan yaitu 2 tetes

8. Lepaskan sarung tangan dan buang ke dalam bengkok lisol 2-3 %
  9. Mencuci tangan
- 3) Imunisasi Pentavalen
1. Mencuci tangan
  2. Gunakan sarung tangan bersih
  3. Ambil vaksin Pentavalen dengan spuit sebanyak 0.5 cc
  4. Atur posisi bayi (bayi dipangku ibunya, tangan kiri ibu merangkul bayi , menyangga kepala, bahu dan memegang sisi luar tangan kiri bayi. Tangan bayi melingkar ke belakang tubuh ibu dan tangan kanan ibu memegang kaki bayi dengan kuat
  5. Lakukan desinfeksi 1/3 area tengah paha bagian luar yang akan diinjeksi dengan kapas air hangat
  6. Regangkan daerah yang akan diinjeksi
  7. Lakukan injeksi dengan memasukkan jarum secara intramuskuler (sudut 45-60°) didaerah femur
  8. Tekan daerah bekas injeksi dengan kapas dan tarik spuit
  9. Buang spuit ke dalam bengkok lisol 3 %
  10. Mencuci tangan
- 4) Imunisasi Campak
1. Mencuci tangan
  2. Gunakan sarung tangan bersih
  3. Ambil vaksin campak dengan spuit sebanyak 0,5 cc
  4. Atur posisi bayi (bayi dipangku ibunya, lengan kanan bayi dijepit diketiak ibunya. Ibunya menopang kepala bayi, tangan kiri ibu memegang tangan kiri ibu memegang tangan kiri bayi)
  5. Lakukan desinfeksi 1/3 area lengan kanan atas dengan kapas air hangat
  6. Regangkan daerah yang akan diinjeksi
  7. Lakukan injeksi dengan memasukkan jarum seara subkutan (sudut 45°)didaerah lengan atas

8. Tekan daerah yang akan diinjeksi dengan kapas air hangat dan tarik spuit
9. Buang spuit dan masukkan sarung tangan kedalam bengkok lisol 3 %
10. Mencuci tangan

**e. Evaluasi**

• Evaluasi Psikomotor

Seorang bayi perempuan umur 1 bulan dibawa oleh ibunya ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi. Perawat akan melakukan imunisasi pada bayi tersebut. Lakukanlah imunisasi yang sesuai pada bayi tersebut?

• Evaluasi Kognitif

- 1) Seorang bayi perempuan ( umur 10 jam ) lahir di ruang perinatal. Berat badan 3,5 kg. Panjang badan 50 cm, lahir secara spontan. Perawat akan memberikan imunisasi pada bayi tersebut.

Apakah penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian imunisasi pada bayi tersebut?

- |                |          |
|----------------|----------|
| a. Hepatitis B | d. Polio |
| b. Pertusis    | e. TBC   |
| c. Difteri     |          |

- 2) Seorang bayi perempuan ( 1 bulan) dibawa oleh ibunya ke poliklinik anak untuk mendapatkan imunisasi BCG. Perawat akan menyiapkan prosedur imunisasi. Setelah mencuci tangan dan memakai handscoon, perawat akan mengambil vaksin tersebut. Berapa dosis pemberian imunisasi dasar untuk bayi tersebut diatas?

- |            |            |
|------------|------------|
| a. 0,1 ml  | d. 0,25 ml |
| b. 0,05 ml | e. 0,15 ml |
| c. 0,5 ml  |            |

• Evaluasi Afektif

Mahasiswa akan dinilai sikap dan penampilan selama pelaksanaan praktikum

### **C. PROSEDUR PERAWATAN BAYI DENGAN FOTOTERAPI**

#### **a) Deskripsi singkat**

Fototerapi adalah Terapi sinar menggunakan energi tinggi yang dapat menembus jaringan dalam rangka membunuh sel neoplasma. Fototerapi digunakan untuk menurunkan kadar bilirubin serum pada neonatus dengan hiperbilirubinemia jinak hingga moderat

#### **b) Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Fototerapi adalah Tindakan dimana bayi disinari dengan sinar biru yang diarahkan ke kulit sehingga terjadi perubahan kimia pada molekul bilirubin di dalam jaringan bawah kulit, oleh karena itu bilirubin dapat segera dibuang tanpa perlu dimetabolisme terlebih dahulu oleh hati. Fototerapi dapat menyebabkan terjadinya isomerisasi bilirubin indirect yang mudah larut di dalam plasma dan lebih mudah di ekskresi oleh hati ke dalam saluran empedu. Meningkatnya kadar bilirubin dalam empedu menyebabkan bertambahnya pengeluaran cairan empedu ke dalam usus sehingga peristaltic usus meningkat dan bilirubin akan lebih cepat meninggalkan usus.

Foto terapi dapat memecah bilirubin menjadi dipirol yang tidak toksis dan di ekskresikan dari tubuh melalui urine dan feses. Cahaya yang dihasilkan oleh terapi sinar menyebabkan reaksi fotokimia dalam kulit (fotoisomerisasi) yang mengubah bilirubin tak terkonjugasi ke dalam fotobilirubin dan kemudian di eksresi di dalam hati kemudian ke empedu, produk akhir reaksi adalah reversible dan di ekresikan ke dalam empedu tanpa perlu konjugasi. Energy sinar dari foto terapi mengubah senyawa 4Z-15Z bilirubin menjadi senyawa bentuk 4Z-15E bilirubin yang merupakan bentuk isomernya yang mudah larut dalam air.

#### **c) Kemampuan akhir yang diharapkan :**

Setelah dilakukan pembelajaran praktikum di laboratorium diharapkan mahasiswa mampu melakukan prosedur perawatan bayi dengan fototerapi dan perawatan dengan inkubator

#### **d) Prosedur dan mekanisme praktik**

##### **1. Mempersiapkan Unit Fototerapi**

- i. Pastikan bahwa tutup plastik atau pelindung berada pada posisinya. Hal ini mencegah cedera pada bayi jika lampu pecah dan membantu menapis sinar ultraviolet yang berbahaya.
- ii. Hangkatkan ruangan tempat unit diletakkan, bila perlu, sehingga suhu dibawah sinar adalah 28oC sampai 30oC.
- iii. Nyalakan unit, dan pastikan bahwa semua tabung fluoresen bekerja
- iv. Ganti tabung fluoresen yang terbakar atau yang berkedip-kedip
- v. Catat tanggal tabung diganti dan ukur durasi total penggunaan tabung tersebut.
- vi. Ganti tabung setiap 2000 jam penggunaan atau setelah tiga bulan, mana saja yang terlebih dahulu, walaupun tabung masih bekerja.
- vii. Gunakan seprai putih pada pelbet, tempat tidur bayi, atau inkubator, dan letakkan tirai putih disekitar tempat area tempat unit diletakkan untuk memantulkan sinar sebanyak munginkembali ke bayi.

##### **2. Memberikan Fototerapi**

###### **1) Letakkan bayi di bawah fototerapi**

a) Jika berat badan bayi 2 kg atau lebih, letakkan bayi telanjang pada pelbet atau tempat tidur. Letakkan atau jaga bayi kecil dalam inkubator. R/ fototerapi dikontraindikasikan pada kondisi ini karena fotoisomer bilirubin yang diproduksi dalam kulit dan jaringan subkutan dengan pemaparan pada terapi sinar tidak dapat diekskresikan.

b) Ukur kuantitas fotoenergi bola lampu fluorensen (sinar putih atau biru) dengan menggunakan fotometer. R/ intensitas sinar menembus permukaan kulit dari spectrum biru menentukan seberapa dekat bayi ditempatkan terhadap sinar. Sinar biru khusus

dipertimbangkan lebih efektif daripada sinar putih dalam meningkatkan pemecahan bilirubin.

- c) Letakkan bayi di bawah sinar sesuai dengan yang di indikasikan.
  - d) Tutupi mata bayi dengan potongan kain, pastikan bahwa potongan kain tersebut tidak menutupi hidung bayi. Inspeksi mata setiap 2 jam untuk pemberian makan. Sering pantau posisi. R/ mencegah kemungkinan kerusakan retina dan konjungtiva dari sinar intensitas tinggi. Pemasangan yang tidak tepat dapat menyebabkan iritasi, abrasi kornea dan konjungtivitis, dan penurunan pernapasan oleh obstruksi pasase nasal.
  - e) Tutup testis dan penis bayi pria. R/ mencegah kemungkinan kerusakan penis dari panas
- 2) Ubah posisi bayi setiap 2 jam.  
R/ memungkinkan pemajanan seimbang dari permukaan kulit terhadap sinar fluoresen, mencegah pemajanan berlebihan dari bagian tubuh individu dan membatasi area tertekan.
- 3) Pastikan bayi diberi makan :
- i. Dorong ibu menyusui sesuai kebutuhan tetapi minimal setiap 2 jam :
  - ii. Selama pemberian makan, pindahkan bayi dari unit fototerapi dan lepaskan kain penutup mata.
  - iii. Memberikan suplemen atau mengganti ASI dengan jenis makanan atau cairan lain tidak diperlukan (mis: pengganti ASI, air, air gula, dsb)
  - iv. Jika bayi mendapatkan cairan IV atau perasaan ASI, tingkatkan volume cairan dan/atau susu sebanyak 10% volume harian total perhari selama bayi dibawah sinar fototerapi
  - v. Jika bayi mendapatkan cairan IV atau diberi makan melalui selang lambung, jangan memindahkan bayi dari sinar fototerapi.
- 4) Perhatikan bahwa feses bayi warna dan frekuensi defekasi dapat menjadi encer dan urin saat bayi mendapatkan fototerapi. Hal ini tidak membutuhkan penanganan khusus.

- 5) Dengan hati-hati cuci area perianal setelah setiap defekasi, inspeksi kulit terhadap kemungkinan iritasi dan kerusakan.
- 6) Lanjutkan terapi dan uji yang diprogramkan lainnya:
  - i. Pindahkan bayi dari unit fototerapi hanya selama prosedur yang tidak dapat dilakukan saat dibawah sinar fototerapi
  - ii. Jika bayi mendapatkan oksigen, matikan sinar sebentar saat mengamati bayi untuk mengetahui adanya sianosis sentral (lidah dan bibir biru).
- 7) Pantau kulit bayi dan suhu inti setiap 2 jam atau lebih sering sampai stabil (mis, suhu aksila 97,8 F, suhu rectal 98,9 F). R/ fluktuasi pada suhu tubuh dapat terjadi sebagai respons terhadap pemajanan sinar, radiasi dan konveksi.
- 8) Pantau masukan dan haluaran cairan, timbang BB bayi dua kali sehari. Perhatikan tanda-tanda dehidrasi (mis, penurunan haluaran urine, fontanel tertekan, kulit hangat atau kering dengan turgor buruk, dan mata cekung). Tingkatkan masukan cairan per oral sedikitnya 25%. R/ peningkatan kehilangan air melalui feses dan evaporasi dapat menyebabkan dehidrasi.
- 9) Ukur kadar bilirubin serum setiap 12 jam  
R/ penurunan kadar bilirubin menandakan keefektifan fototerapi, peningkatan yang kontinu menandakan hemolisis yang kontinu dan dapat menandakan kebutuhan terhadap transfusi tukar.
  - a). Hentikan fototerapi jika kadar bilirubin serum di bawah kadar saat fototerapi di mulai atau 15mg/dl (260umol), mana saja yang lebih rendah.
  - b). Jika bilirubin serum mendekati kadar yang membutuhkan transfusi tukar atau pemindahan dan segera rujuk bayi ke rumah sakit tersier atau pusat spesialisasi untuk transfusi tukar, jika memungkinkan. Kirim sampel darah ibu dan bayi.
  - c). Jika serum bilirubin tidak dapat diukur, hentikan fototerapi setelah tiga hari. Bilirubin pada kulit dengan cepat menghilang dibawah fototerapi. Warna kulit tidak dapat digunakan sebagai

panduan kadar bilirubin serum selama 24 jam setelah penghentian fototerapi

10) Setelah fototerapi dihentikan :

- a). Amati bayi selama 24 jam dan ulangi pengukuran bilirubin serum,
- b). Jika memungkinkan atau perkiraan ikterus dengan menggunakan metode klinis.
- c). Jika ikterus kembali ke atau di atas kadar di mulainya fototerapi, ulangi fototerapi dengan banyak waktu yang sama seperti awal pemberian. Ulangi langkah ini setiap kali fototerapi dihentikan sampai pengukuran atau perkiraan bilirubin tetap di bawah kadar yang membutuhkan fototerapi.

11) Jika fototerapi tidak lagi dibutuhkan, bayi makan dengan baik dan tidak terjadi masalah lain yang membutuhkan hospitalisasi, pulangkan bayi.

12) Ajari ibu cara mengkaji ikterus, dan anjurkan ibu kembali jika bayi menjadi lebih icterus.

#### e) **Evaluasi**

- **Evaluasi Psikomotor**  
Seorang bayi baru masuk ke ruang perinatologi karena mengalami kuning dari wajah sampai dengan bagian perut, sklera tampak ikterik dan reflek menghisap lemah. Dari hasil pemeriksaan laboratorium kadar bilirubin meningkat. Dokter menyarankan untuk dilakukan fototerapi. Lakukanlah fototerapi pada pasien tersebut!
- **Evaluasi Kognitif**  
Seorang bayi dirawat di ruang perinatologi karena mengalami hiperbilirubin. Bayi mendapatkan program fototerapi selama 2x24 jam. Sebagai seorang perawat di ruang perinatologi, tindakan apakah yang dapat dilakukan untuk mencegah cedera pada bayi yang dilakukan fototerapi?
- **Evaluasi Afektif**

Mahasiswa akan dinilai bagaimana cara berkomunikasi dan sikap selama melakukan tindakan.

#### **D. PROSEDUR FISIOTERAPI DADA**

##### **a) Deskripsi singkat**

Fisioterapi dada merupakan tindakan keperawatan dengan melakukan drainase postural, *clapping* dan *vibrating* pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan, misalnya penyakit paru paru obstruksi kronis (Bronkhitis kronis), Asma dan Emfisema). Tindakan drainase postural merupakan tindakan dengan menempatkan pasien dalam berbagai posisi untuk mengalirkan sekret di saluran pernafasan. Tindakan postural drainase diikuti dengan tindakan *clapping* (penepukan) dan *vibrating* (vibrasi/getaran). *Clapping* dilakukan dengan menepuk dada posterior dan memberikan getaran (vibrasi) tangan pada daerah tersebut yang dilakukan pada saat pasien ekspirasi

##### **b) Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Fisioterapi adalah suatu cara atau bentuk pengobatan untuk mengembalikan fungsi suatu organ tubuh dengan memakai tenaga alam. Fisioterapi dada adalah salah satu dari pada fisioterapi yang sangat berguna bagi penderita penyakit respirasi baik yang bersifat akut maupun kronis. Fisioterapi dada ini walaupun caranya kelihatan tidak istimewa tetapi ini sangat efektif dalam upaya mengeluarkan sekret dan memperbaiki ventilasi pada pasien dengan fungsi paru yang terganggu. Jadi tujuan pokok fisioterapi pada penyakit paru adalah mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan dan membantu membersihkan sekret dari bronkus dan untuk mencegah penumpukan sekret, memperbaiki pergerakan dan aliran sekret. Fisioterapi dada ini dapat digunakan untuk pengobatan dan pencegahan pada penyakit paru obstruktif menahun, penyakit pernafasan restriktif termasuk kelainan neuromuskuler dan penyakit paru restriktif karena kelainan parenkim paru seperti fibrosis dan pasien yang mendapat ventilasi mekanik. Fisioterapi dada ini meliputi rangkaian : postural drainage,

perkusi, dan vibrasi Kontra indikasi fisioterapi dada ada yang bersifat mutlak seperti kegagalan jantung, status asmatikus, renjatan dan perdarahan masif, sedangkan kontra indikasi relatif seperti infeksi paru berat, patah tulang iga atau luka baru bekas operasi, tumor paru dengan kemungkinan adanya keganasan serta adanya kejang rangsang.

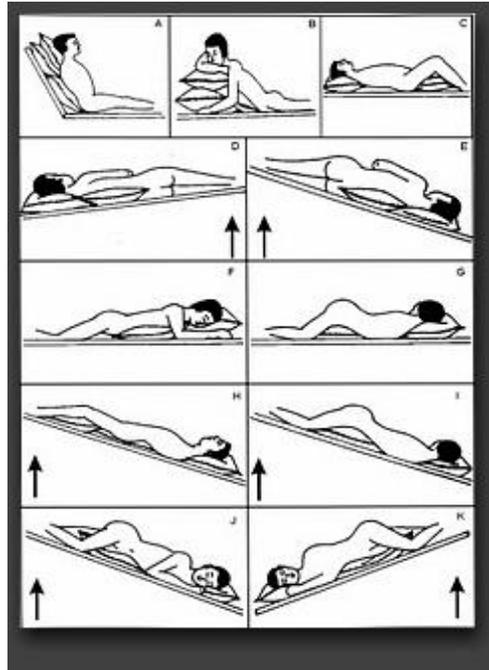
**c) Kemampuan akhir yang diharapkan**

Setelah dilakukan pembelajaran praktikum di laboratorium diharapkan mahasiswa mampu melakukan prosedur Fisioterapi dada.

**d) Prosedur dan mekanisme praktik**

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Atur posisi
  - a. Semi fowler bersandar kekanan, kekiri, lalu kedepan apabila daerah yang akan didrainase pada lobus atas bronkus apikal
  - b. Tegak dengan sudut  $45^{\circ}$  membungkuk ke depan pada bantal dengan sudut  $45^{\circ}$  ke kiri dan ke kanan apabila daerah yang akan di drainase bronkus posterior
  - c. Berbaring dengan bantal di bawah lutut apabila yang akan di drainase bronkus anterior
  - d. Posisi trandelenburg dengan sudut  $30^{\circ}$  atau dengan menaikkan kaki tempat tidur 35 - 40 cm, sedikit miring kekiri apabila yang akan di drainase pada lobus tengah (Bronkhus lateral dan medial)
  - e. Posisi trandelenburg dengan sudut  $30^{\circ}$  atau dengan menaikkan kaki tempat tidur 35 - 40 cm, sedikit miring ke kanan apabila daerah yang akan di drainase bronkhus superior dan inferior
  - f. Condong dengan bantal di bawah panggul apabila yang di drainase bronkus apikal
  - g. Posisi trandelenburg dengan sudut  $45^{\circ}$  atau dengan menaikkan kaki tempat tidur 45 - 50 cm ke samping kanan, apabila yang akan di drainase bronkhus medial

- h. Posisi trandelenburg dengan sudut  $45^0$  atau dengan menaikkan kaki tempat tidur 45 - 50 cm ke samping kiri, apabila yang akan di drainase bronkhus lateral
- i. Posisi trandelenburg condong dengan sudut  $45^0$  dengan bantal di bawah panggul, apabila yang akan di drainase bronkhus posterior



4. Lama pengaturan posisi pertama kali adalah 10 menit, kemudian periode selanjutnya kurang lebih 15 - 30 menit
5. Lakukan observasi tanda vital selama prosedur
6. Setelah pelaksanaan drainase postural lakukan *clapping*, vibrasi dan pengisapan (*suction*)
7. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

### **Clapping/Perkusi**

Perkusi adalah tepukan dilakukan pada dinding dada atau punggung dengan tangan dibentuk seperti mangkok. Tujuan melepaskan sekret yang tertahan atau melekat pada bronkhus. Perkusi dada merupakan energi mekanik pada dada yang diteruskan pada saluran nafas paru. Perkusi dapat dilakukan dengan membentuk kedua tangan seperti mangkok. Indikasi untuk perkusi :

Perkusi secara rutin dilakukan pada pasien yang mendapat postural

drainase, jadi semua indikasi postural drainase secara umum adalah indikasi perkusi.

### **Fibrasi/Getaran**

Vibrasi secara umum dilakukan bersamaan dengan clapping. Sesama postural drainase terapis biasanya secara umum memilih cara perkusi atau vibrasi untuk mengeluarkan sekret. Vibrasi dengan kompresi dada menggerakkan sekret ke jalan nafas yang besar sedangkan perkusi melepaskan/melonggarkan sekret. Vibrasi dilakukan hanya pada waktu pasien mengeluarkan nafas. Pasien disuruh bernafas dalam dan kompresi dada dan vibrasi dilaksanakan pada puncak inspirasi dan dilanjutkan sampai akhir ekspirasi. Vibrasi dilakukan dengan cara meletakkan tangan bertumpang tindih pada dada kemudian dengan dorongan bergetar. Kontra indikasinya adalah patah tulang dan hemoptisis.

### **e) Evaluasi**

- Evaluasi psikomotor

Seorang bayi usia 5 bulan saat pemeriksaan fisik ditemukan adanya sekret pada paru-paru sebelah kanan. Sekret lengket dan susah keluar. Lakukanlah fisioterapi dada pada bayi tersebut!

- Evaluasi Kognitif

Seorang bayi laik-laki usia 60 hari dibawa ke rumah sakit Ngudi Waluyo oleh Ibu Dita (30 tahun) dengan keluhan sudah empat hari ini anaknya batuk, pada saat dilakukan pengkajian anak tampak kesulitan bernafas, rewel, dan tampak nangis terus. Ibu Dita mengatakan anaknya tidak bisa tidur karna batuk, anaknya juga tidak mau makan. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik terdengar bunyi ronchy pada dada anterior dekstra superior, hasil dari pemeriksaan radiologi tampak bercak infiltrat akibat konsolidasi paru pada dinding paru dekstra superior dan hasil pemeriksaan darah rutin nilai LED 25, leukosit 15 ribu gr/dl.

1. Untuk menegakkan diagnosa medis pada An. I diperlukan data....

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| a. Batuk        | c. Leukosit 15 ribu |
| b. Bunyi ronchy | d. LED 25           |

- e. Anak rewel
2. Prioritas masalah yang dapat timbul pada An. I adalah ....
    - a. Gangguan pertukaran gas
    - b. Bersihan jalan nafas tidak efektif
    - c. Gangguan pola nafas tidak efektif
    - d. Resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
    - e. Gangguan istirahat tidur
  3. Tindakan tenggetarkan punggung atau dada dengan menggunakan 3 jari pada bayi, ketika kita melakukan fisioterapi dada disebut...
    - a. Massage
    - b. Clapping
    - c. Vibrating
    - d. Postural drainase
    - e. Fisioterapi
  4. Setelah perawat mencuci tangan, perawat mengauskultasi paru untuk mengetahui letak secret anak..... tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat dalam prosedur fisioterapi dada adalah...
    - a. Mengatur posisi letak secret
    - b. Memasang perlak dan bengkok
    - c. Mengoles daerah yang akan dilakukan prosedur dengan minyak telon
    - d. Melakukan klapping
    - e. Melakukan pijatan
  5. Pada prosedur fisioterapi dada pemberian minun diberikan kepada anak pada saat...
    - a. Awal tindakan fisioterapi
    - b. Setelah mengauskultasi paru
    - c. Setelah mengoles minyak kayu putih
    - d. Setelah melakukan clapping
    - e. Pada akhir tindakan fisioterapi

- Evaluasi Afektif

Mahasiswa akan di nilai dalam melakukan prosedur fisiotherapi dada pada Bayi N yang sudah empat hari ini anaknya batuk, pada saat dilakukan pengkajian anak tampak kesulitan bernafas, rewel, dan tampak nangis terus. Ibu Dita mengatakan anaknya tidak bisa tidur karna batuk, anaknya juga tidak mau makan. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik terdengar

bunyi ronchy pada dada anterior dekstra superior, hasil dari pemeriksaan radiologi tampak bercak infiltrat akibat konsolidasi paru pada dinding paru dekstra superior dan hasil pemeriksaan darah rutin nilai LED 25, leukosit 15 ribu gr/dl.

## **E. PERAWATAN KOLOSTOMI**

### **1. Deskripsi singkat**

Colostomi adalah suatu operasi untuk membentuk suatu hubungan buatan antara colon dengan permukaan kulit pada dinding perut. Hubungan ini dapat bersifat sementara atau menetap selamanya. (Ilmu Bedah, Thiodorer Schrock, MD, 1983). Colostomi dapat berupa secostomy, colostomy transversum, colostomy sigmoid, sedangkan colon accendens dan descendens sangat jarang dipergunakan untuk membuat colostomy karena kedua bagian tersebut terfixir retroperitoneal.

Colostomy pada bayi dan anak hampir selalu merupakan tindakan gawat darurat, sedang pada orang dewasa merupakan keadaan yang pathologis. Colostomy pada bayi dan anak biasanya bersifat sementara

### **2. Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Kolostomi adalah sebuah lubang buatan yang dibuat oleh dokter ahli bedah pada dinding perut dan pada usus untuk mengeluarkan feses/tinja/kotoran. Kolostomi dilakukan jika pasien sudah tidak memungkinkan untuk buang air besar secara normal karena adanya keganasan, perlengketan, atau pengangkatan pada usus (kolon sigmoid atau rektum) sehingga tidak memungkinkan feses melalui anus. Diversi usus atau fekal secara umum disebut pembedahan ostomi, dapat permanen atau sementara. Ini dilakukan terutama pada obstruksi usus mekanis, paling umum adalah kanker kolon, kolitis ulseratif, penyakit divertikular, dan trauma pada usus. Ostomi dibuat melalui pembedahan dengan membuat lubang (stoma) melalui dinding abdomen dengan menggunakan segmen proksimal dari usus. Feses kemudian dikeluarkan melalui stoma.

Perawatan Kolostomi merupakan Suatu tindakan mengganti kantong kolostomi yang penuh dengan kantong kolostomi yang baru.

### 3. Kemampuan akhir yang diharapkan

Setelah dilakukan pembelajaran praktikum di laboratorium diharapkan mahasiswa mampu melakukan prosedur Perawatan kolostomi

### 4. Evaluasi

- Evaluasi psikomotor

Lakukanlah perawatan kolostomi pada anak dengan post kolostomi hari ketiga!

- Evaluasi Kognitif

Seorang Anak Laki- Laki (H) 3,5 tahun, dirawat di rumah sakit karena adanya malformasi anorektal : anus Imperforata. Keluhan yang dirasakan adalah kesulitan buang air besar, selama 24 jam setelah lahir mekonium tidak keluar, feses berbetuk seperti pita, terdapat distensi abdomen, kembung, sering muntah. Tindakan yang sudah dilakukan adalah pembuatan stoma, saat ini kondisi Anak H terpasang kantong kolostomi.

1. Masalah keperawatan utama yang muncul pada Anak adalah ...

- A. perubahan proses keluarga
- B. gangguan rasa nyaman nyeri
- C. perubahan pola defekasi
- D. resiko tinggi cedera
- E. gangguan mobilitas fisik

2. Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa adanya anomali traktus urinarius pada anak Habib adalah ....

- A. Darah rutin
- B. Rongent
- C. USG
- D. IVP
- E. EEG

3. Data objektif yang dapat ditemukan pada Anak Habib adalah ...

- A. tidak dapat buang air besar
- B. feses berbentuk seperti pita
- C. kembung
- D. muntah
- E. feses keluar melalui uretra

4. Komplikasi potensial yang tidak mungkin terjadi sesudah tindakan pembedahan pada Anak habib adalah....
  - A. Pembentukan striktur
  - B. Fistula rektourinarius yang rekuren
  - C. Prolapsus mukosa
  - D. Konstipasi
  - E. Kontinensia
  
5. Rencana keperawatan untuk mengatasi gangguan cairan pada anak Habib adalah ...
  - A. observasi tanda adanya perforasi usus seperti muntah dan distensi abdomen
  - B. lakukan teknik back rub ( pijat punggung)
  - C. monitor status hidrasi
  - D. Anjurkan untuk banyak minum
  - E. berikan spoling dengan air garam fisiologis
  
6. Pada saat melakukan prosedur perawatan kolostomi, alat yang digunakan untuk membersihkan stoma adalah..
  - a. Kasa
  - b. Depress
  - c. Stupes
  - d. Waslap
  - e. Kapas
  
7. Membuka kantung kolostomi secara hati – hati dengan pinset dan tangan lain menekan kulit pasien, setelah itu membersihkan kulit stoma dengan kapas NaCl 0,99%, dilanjutkan dengan mengeringkan kulit disekitar stoma dengan kasa steril.

Apakah langkah selanjutnya yang harus dilakukan oleh perawat dalam prosedur perawatan kolostomi....

- a. Menempelkan kantong kolostomi dengan posisi yang benar
  - b. Merapikan kembali alat –alat dan membuang sampah
  - c. Membuka perekat kantong kolostomi
  - d. Prosedur dilakukan berurutan
  - e. Melepas sarung tangan
- Evaluasi Afektif
- Anda akan dinilai dalam melakukan prosedur perawatan kolostomi pada anak H yang di rawat RS Bina Sehat dengan diagnosa Post operasi kolostomi hari ke 5. Menurut keterangan ibunya An. H, dari kemarin

sore kantung kolostomi belum diganti terlihat kantung kolostomi yang penuh dengan feses dan tercium bau khas aromatik disekitar ruangan.

## **F. PROSEDUR WATER TEPID SPONGE**

### **1. Deskripsi singkat**

*Water tepid sponge* adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka.

### **2. Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Demam adalah suhu tubuh diatas batas normal biasa. Secara teknis, setiap suhu tubuh diatas pengukuran normal yaitu 98,6 Fahrenheit (37 derajat Celcius) dianggap tinggi dan berada dalam keadaan demam. (Guyton, 2009.). Demam merupakan hasil dari respon imun oleh tubuh terhadap benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Benda asing tersebut adalah virus, bakteri, jamur, obat-obatan atau racun lainnya. Demam dapat menyebabkan seseorang merasa sangat tidak nyaman. Tanda dan gejala demam meliputi berikut ini: Suhu tubuh lebih dari 100,4 F (38<sup>0</sup> C) pada orang dewasa dan anak-anak, menggigil dan gemetar, nyeri otot dan sendi atau nyeri tubuh lainnya, akit kepala, berkeringat atau berkeringat berlebihan, denyut jantung cepat dan / atau palpitasi, kulit memerah atau kulit menjadi panas, pingsan atau pusing, sakit mata, kelemahan, dengan suhu yang sangat tinggi (> 104 F / 40 C), kejang, halusinasi, atau kebingungan.

Demam dapat bersifat menggigil dan krisis. Menggigil apabila pengaturan thermostat dengan mendadak diubah dari tingkat normal ke nilai yang lebih tinggi dari normal sebagai akibat kerusakan jaringan, zat pirogen atau dehidrasi, suhu tubuh biasanya memerlukan beberapa jam untuk mencapai suhu yang baru. Karena suhu darah lebih rendah daripada setelan suhu

thermostat hipotalamus, terjadi respon otonom yang biasanya menyebabkan peningkatan suhu tubuh. Selama pada periode ini orang akan menggigil, selama mana ia merasakan sangat dingin, walaupun suhu tubuhnya sudah melebihi suhu normal. Sedangkan krisis apabila suhu tubuh tinggi dengan mendadak disingkirkan, thermostat hipotalamus dengan mendadak berada pada nilai rendah, mungkin malahan kembali ke tingkat normal. Pada keadaan ini suhu darah tetap 103°F, tetapi hipotalamus mencoba mengatur suhu tubuh pada 98,6°F (37°C). Keadaan ini analog dengan pemanasan berlebihan area preoptika, yang menyebabkan berkeringat yang berlebihan dan pembentukan kulit yang panas dengan mendadak karena terjadinya vasodilatasi diseluruh tubuh. Perubahan peristiwa yang mendadak ini pada penyakit demam disebut “krisis” atau “flush”. (Guyton, 2009).

*Tepid Sponge* adalah bentuk umum mandi terapeutik. *Tepid Spong* dilakukan bila klien mengalami demam tinggi. Prosedur meningkatkan control kehilangan panas melalui evaporasi dan konduksi. (Potter dan Perry, 2012)

### **3. Kemampuan akhir yang diharapkan :**

Setelah dilakukan pembelajaran praktikum di laboratorium diharapkan mahasiswa mampu melakukan prosedur Water Tepid Sponge untuk menurunkan panas melalui evaporasi dan konduksi, mampu mengontrol kehilangan panas melalui penguapan

### **4. Prosedur dan mekanisme praktik**

Teknik dan Pelaksanaan Water Tepid Sponge

a.

#### **Tahap Persiapan**

1. Persiapan alat meliputi ember atau baskom untuk tempat air hangat (37°C), lap mandi/wash lap, handuk mandi, selimut mandi, perlak, termometer digital.
2. Cuci tangan 6 langkah sebelum kontak dengan pasien dan dengan lingkungan pasien.



b. **Tahap Pelaksanaan**

- 1) Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara tepid water sponge.
- 2) Beri kesempatan klien untuk buang air sebelum dilakukan tepid water sponge.
- 3) Ukur suhu tubuh klien dan catat. Catat jenis dan waktu pemberian antipiretik pada klien.
- 4) Buka seluruh pakaian klien dan alas klien dengan perlak.
- 5) Tutup tubuh klien dengan handuk mandi. Kemudian basahkan wash lap atau lap mandi, usapkan mulai dari kepala, dan dengan tekanan lembut yang lama, lap seluruh tubuh, meliputi leher, kedua ketiak, perut, ekstremitas atas dan lakukan sampai ke arah ekstremitas bawah secara bertahap. Lap tubuh klien selama 15 menit. Pertahankan suhu air (37°C).

- 6) Apabila wash lap mulai mengering maka rendam kembali dengan air hangat lalu ulangi tindakan seperti diatas.
- 7) Hentikan prosedur jika klien kedinginan atau menggigil atau segera setelah suhu tubuh klien mendekati normal. Selimuti klien dengan selimut mandi dan keringkan. Pakaikan klien baju yang tipis dan mudah menyerap keringat.



Area yang lebih lama untuk di kompres adalah area tubuh yang terdapat pembuluh darah besar dibawahnya, antara lain:

- a. Fontanel/ Jidat: terdapat pembuluh darah superfisialis
- b. Neck/leher: terdapat vena dan arteri jugularis
- c. Brakial/ketek: terdapat arteri atau vena brakialis
- d. Di selangkangan: terdapat vena dan arteri femoralis

## 5. Evaluasi

- Evaluasi psikomotor

Lakukanlah water tepid sponge pada anak yang mengalami demam dan dirawat di ruang anak!

- Evaluasi kognitif

Seorang anak perempuan usia 1 tahun di bawa oleh ibunya ke Rs. Ngudi Waluyo dengan keluhan, suhu tubuh anaknya tinggi sudah tiga hari ini, lima menit sebelum di bawa kerumah sakit ibu An. A mengatakan bahwa anaknya sempat kejang kurang lebih 3 detik, tidak disertai dengan gangguan kesadaran, tangan dan kaki kaku, ibu An. A juga mengatakan bahwa anaknya pernah dirawat karena infeksi selaput otak. Pada saat dilakukan pengkajian An. A sudah tidak kejang, akral hangat, mukosa bibir kering, pada saat dilakukan pemeriksaan tanda vital S : 39, 6°C.

1. Prioritas masalah yang muncul pada kasus An. A adalah....
  - a. Hipertermi
  - b. Resti cedera
  - c. Cemas
  - d. Bersihan jalan nafas
  - e. Kurang pengetahuan
2. Prosedur yang tepat yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah anak A adalah...
  - a. Kompres dingin
  - b. Kompres hangat
  - c. Kompres alkohol
  - d. Kompres Kering
  - e. Water tepid sponge

- Evaluasi Afektif

Mahasiswa akan dinilai dalam melakukan prosedur water tepid sponge pada An A. (2 tahun) yang mengalami demam, pada saat dilakukan pengkajian terlihat wajah kemerahan, akral panas, suhu : 39,8°C.

## **G. PROSEDUR PENKES DHF**

### **1. Deskripsi singkat**

Pendidikan kesehatan adalah penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesepakatan belajar atau aplikasi pendidikan didalam bidang kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat dalam bidang kesehatan

### **2. Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

DHF(Dengue Haemorrhagic Fever) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti dengan ciri-ciri demam manifestasi perdarahan, dan bertendensi mengakibatkan renjatan yang dapat menyebabkan kematian. (Susilanigrum, 2013)

### **3. Kemampuan akhir yang diharapkan**

Mahasiswa mampu melakukan pendidikan kesehatan pada anak dengan DHF

### **4. Prosedur dan Mekanisme praktik**

- Alat : Poster DHF/Leaflet
- Prosedur :
  1. Mengatur kenyamanan pasien
  2. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang DHF
  3. Menjelaskan tujuan khusus
  4. Menjelaskan tentang DHF :
    - a. Pengertian DHF
    - b. Penyebab

- c. Bahaya
  - d. Cara penularan
  - e. Penatalaksanaan
  - f. Pencegahan
5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
  6. Menjawab dengan benar

## 5. Evaluasi

- Evaluasi Psikomotor

Seorang anak laki-laki umur 11 tahun dirawat di ruang anak dengan keluhan demam sudah 2 hari disertai mual . Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data Tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 84 x/menit. Pemeriksaan laboratorium trombosit  $140.000/\text{mm}^3$ . Hari ini pasien sudah diperbolehkan pulang. Berikanlah pendidikan kesehatan pada pasien tersebut!

- Evaluasi Kognitif

Kasus : Seorang anak perempuan ( 12 tahun ) datang dari poliklinik ke ruangan dengan keluhan panas sudah 2 hari, mengeluh pusing, merasa nyeri di perut bagian atas dan mual-mual, Suhu  $38,9\text{ }^{\circ}\text{C}$ , nadi 88 x/menit, TD : 120/70 mmHg, RR 15 x/mnt, tes rumpeleed +, terdapat petekie di brakial kanan. Hemoglobin 12mg%, Trombosit 100.000,-, hematokrit 40 gr% , Leokosit 7.000.

Soal :

1. Pada pemeriksaan fisik anak , ditemukan . . . .
  - a. pada palpasi abdomen ditemukan nyeri tekan epigastrik
  - b. konjungtiva anemis
  - c. akral dingin, hepar 2 jari dibawah iga
  - d. muka pucat, bibir pecah
  - e. nyeri pada palpasi di abdomen kanan bawah
  
2. Tindakan mandiri keperawatan kasus diatas, antara lain . . . .
  - a. pemberian antipiretik
  - b. kompres hangat di dahi
  - c. kompres air es
  - d. kompres air hangat di aksila dan inguinal
  - e. pemberian cairan IV NaCL

- Evaluasi Afektif  
Mahasiswa akan dinilai sikap dan kemampuan komunikasi selama pelaksanaan praktikum

## **H. PROSEDUR PENDIDIKAN KESEHATAN KEBUTUHAN CAIRAN**

### **a) Deskripsi singkat**

Pendidikan kesehatan adalah penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesepakatan belajar atau aplikasi pendidikan didalam bidang kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat dalam bidang kesehatan

### **b) Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

Cairan dan elektrolit sangat diperlukan dalam rangka menjaga kondisi tubuh tetap sehat. Keseimbangan cairan dan elektrolit di dalam tubuh adalah merupakan salah satu bagian dari fisiologi homeostatis. Keseimbangan cairan dan elektrolit melibatkan komposisi dan perpindahan berbagai cairan tubuh. Cairan tubuh adalah larutan yang terdiri dari air ( pelarut) dan zat tertentu (zat terlarut). Elektrolit adalah zat kimia yang menghasilkan partikel-partikel bermuatan listrik yang disebut ion jika berada dalam larutan. Cairan dan elektrolit masuk ke dalam tubuh melalui makanan, minuman, dan cairan intravena (IV) dan didistribusi ke seluruh bagian tubuh. Keseimbangan cairan dan elektrolit berarti adanya distribusi yang normal dari air tubuh total dan elektrolit ke dalam seluruh bagian tubuh. Keseimbangan cairan dan elektrolit saling bergantung satu dengan yang lainnya; jika salah satu terganggu maka akan berpengaruh pada yanglainnya. Cairan tubuh dibagi dalam dua kelompok besar yaitu : cairan intraseluler dan cairan ekstraseluler. Cairan intraseluler adalah cairan yang berda di dalam sel di seluruh tubuh, sedangkan cairan akstraseluler adalah cairan yang berada di luar sel dan terdiri dari tiga

kelompok yaitu : cairan intravaskuler (plasma), cairan interstitial dan cairan transeluler. Cairan intravaskuler (plasma) adalah cairan di dalam sistem vaskuler, cairan intersitial adalah cairan yang terletak diantara sel, sedangkan cairan traseluler adalah cairan sekresi khusus seperti cairan serebrospinal, cairan intraokuler, dan sekresi saluran cerna.

**c) Kemampuan akhir yang diharapkan**

Mahasiswa mampu melakukan pendidikan kesehatan kebutuhan cairan pada anak

**d) Prosedur dan Mekanisme praktik**

- Alat :  
Gelas belimbing, gelas berkaraker, gelas ukur, varian cairan ( kacang hijau, teh, susu, jus buah, air putih)
- Prosedur :
  1. Memberikan posisi yang nyaman pada ibu
  2. Menanyakan pengetahuan ibu tentang kebutuhan ciran pada bayi/anak daam 24 jam
  3. Menanyakan tentang jenis cairan yang tepat untuk bayi/anak
  4. Menjelaskan kepada ibu tentang kebutuhan cairan yang dibutuhkan bayi/anak
  5. Mendemonstrasikan ukuran cairan tepat sesuai dengan kebutuhan cairan yang dibutuhkan anak
  6. Menjelaskan tentang kebutuhan ciaran sesuai dengan aktifitas anak
  7. Menjelaskan variasi penyajian minuman untuk anak
  8. Menjelaskan variasi jenis cairan/minuman untuk anak
  9. Memberikan kesempatan bertanya kepada ibu
  10. Menjawab pertanyaan dengan benar

**e) Evaluasi**

• **Evaluasi Psikomotor**

Lakukanlah penkes kebutuhan cairan pada orang tua dengan anak usia 3 tahun yang mengalami diare akut dehidrasi ringan!

- **Evaluasi kognitif**

1. Seorang anak perempuan (2 tahun ) dengan berat badan 12 kg. Perawat akan menjelaskan kepada orang tuanya tentang kebutuhan cairan pada anak tersebut . Dengan menggunakan rumus 10 kg I, II dan III.

Berapakah jumlah cairan yang harus diberikan kepada anak tersebut?

- a. 1000 ml
  - b. 1100 ml
  - c. 1200 ml
  - d. 1300 ml
  - e. 1400 ml
2. Seorang anak laki-laki (3 tahun ) dengan berat badan 14 kg. Perawat akan menjelaskan kepada orang tuanya tentang kebutuhan cairan pada anak tersebut . Dengan menggunakan rumus 10 kg I, II dan III.

Berapakah jumlah cairan yang harus diberikan kepada anak tersebut jika menggunakan gelas ukuran rumah tangga?

- a. 4 gelas
- b. 5 gelas
- c. 6 gelas
- d. 7 gelas
- e. 8 gelas

- **Evaluasi Afektif**

Mahasiswa akan dinilai sikap dan komunikasi selama pelaksanaan praktikum

## **I. PROSEDUR PENDIDIKAN KESEHATAN BERMAIN DENGAN ANAK CHD**

### **1. Deskripsi singkat**

Pendidikan kesehatan adalah penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesepakatan belajar atau aplikasi pendidikan didalam bidang kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat dalam bidang kesehatan

### **2. Teori atau prinsip dasar yang menjadi landasan praktikum**

*Congenital heart disease (CHD)* atau penyakit jantung bawaan adalah kelainan jantung yang sudah ada sejak bayi lahir, jadi kelainan tersebut terjadi sebelum bayi lahir. Tetapi kelainan jantung bawaan ini tidak selalu memberi gejala segera setelah bayi lahir tidak jarang kelainan tersebut baru ditemukan setelah pasien berumur beberapa bulan atau bahkan beberapa tahun

### **3. Kemampuan akhir yang diharapkan**

Mahasiswa mampu melakukan pendidikan kesehatan bermain pada anak dengan CHD

### **4. Prosedur dan Mekanisme praktik**

- Alat :  
Malam/Plastisin, Kertas lipat/origami, buku mewarnai gambar, pensil warna/crayon
- Prosedur :
  1. Mengatur kenyamanan pasien
  2. Menanyakan pada ibu “ apakah sudah mengetahui jenis permainan yang boleh dilakukan oleh anaknya?

3. Menjelaskan tujuan khusus
4. Memberitahu ibu bahwa anaknya menderita CHD
5. Menjelaskan pengertian CHD
6. Menjelaskan pada ibu jenis permainan yang boleh dilakukan oleh anaknya antara lain :
  - a. Mewarnai gambar
  - b. Melipat kertas
  - c. Membuat bentuk dari plastisin/lilin/malam
7. Menjelaskan pada ibu prinsip-prinsip bermain untuk anaknya( bersama dengan teman, tidak boleh kelelahan
8. Memberikan kesempatan untuk bertanya
9. Menjawab dengan benar

## 5. Evaluasi

- Evaluasi Psikomotor

Lakukanlah terapi bermain yang sesuai dengan anak CHD usia 3 tahun!

- Evaluasi Kognitif

1. Seorang perawat akan melakukan pendidikan kesehatan tentang terapi bermain pada anak perempuan dengan CHD ( 3,5 tahun). Kemudian perawat tersebut mulai melakukan pendidikan kesehatan sampai dengan menjelaskan tentang permainan yang boleh dilakukan pada anak dengan CHD.

Langkah berikutnya adalah ....

- a. Memberikan posisi yang nyaman
- b. Menjelaskan pengertian CHD
- c. Memberikan kesempatan untuk bertanya
- d. Menjelaskan prinsip bermain pada anak CHD
- e. Memberitahu bahwa anaknya menderita CHD

2. Seorang perawat akan melakukan pendidikan kesehatan tentang terapi bermain pada anak laki-laki dengan CHD ( 4 tahun). Kemudian perawat tersebut mulai melakukan pendidikan kesehatan sampai dengan memberitahu bahwa anaknya menderita CHD.

Langkah berikutnya adalah ....

- a. Memberikan posisi yang nyaman

- b. Menjelaskan pengertian CHD
  - c. Memberikan kesempatan untuk bertanya
  - d. Menjelaskan prinsip bermain pada anak CHD
  - e. Memberitahu bahwa anaknya menderita CHD
- Evaluasi Afektif
    - Mahasiswa akan dinilai sikap dan penampilan selama pelaksanaan praktikum

### DAFTAR PUSTAKA

- Abdalla, A.A., & Ali, E.A.H.M. (2014). Barrier to implementation of facility – based kangaroo mother care for preterm and low birth weight infants in River Nile State, Sudan. *British Jurnal of Medicine & Medical Research* 9(4), 1 – 7.
- Ball, J. W., Bndler, R. C., and Cowen, K. J. (2010). *Child Health Nursing, Partnering with Children and Families*. 2<sup>nd</sup> Edition. New jersey, Pearson Education Ltd.
- Bowden, V.R. & Greenberg, CS. (2010). *Children and their families. The continuum of care* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Children : A Clinical Guide. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell, 2009.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2007). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 8th Edition. ST. Lous: Mosby Elsevier.
- Hockenberry, M.J., & Wilsoin, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (8<sup>th</sup> ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Korraa, A.A., Nagger, A.A.E., Mohamed, R.A.E.S., & Helmy, N.M., (2014). Impact of kangaroo mother care on cerebral blood flow of preterm infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 40 (83), 1 – 6.
- Lynch, Mary E., Craig, Kenneth D., and Peng, Philip W.H., eds. (2010). *Clinical pain management : A practical guide*. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell,.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D.L & Wilson, D. (2010). *Maternal Child Nursing Care* 5th ed., St. Louis, Missouri: Elsevier
- Potter, P.A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamental keperawatan konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Potts, N.L., & Mandleco, B.L. (2012). *Pediatric nursing caring for children and their families*. (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Delmar Cengage Learning
- Whaley L. F. and Donna L Wong. (2007). *Nursing Care of Infants and Children* St. Louis: MosbyYear Book
- World Health Organization. (2012). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. WHO library cataloguing. Diunduh dari [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)

Wong, D. L., Hockenberry, M., Eaton, Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar: Keperawatan pediatrik. Edisi 6.* (Alih bahasa: Hartono. A., Kurnianingsih. S., & Setiawan). Jakarta: EGC.

**Lampiran 1.Format Penilaian Prosedur Pemeriksaan Reflek pada bayi**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PEMERIKSAAN REFLEKS PADA BAYI  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mencuci tangan	5		
2	<i>Eyeblink Reflex Refleks</i> gerakan seperti menutup dan mengejapkan mata – fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda-benda asing – permanen dalam kehidupan Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.	5		
3	<i>Rooting reflex:</i> refleks ini ditimbulkan oleh rangsangan pada daerah mulut atau pipi bayi dengan puting / tangan.	5		
4	<i>Sucking reflex:</i> Bibir bayi akan maju ke depan dan lidah melingkar ke dalam untuk menyedot. Menghilang pada bayi berusia 2-3 bulan	5		
5	<i>Swallowing Reflex</i> adalah refleks gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman sampai kebokong	5		

6	<i>Neck Righting</i> : refleks yang ditimbulkan jika bayi dalamposisi terlentang kemudian kita coba menolehkan bayi ke satu. sisi (kanan atau kiri). Bila bayi terlentang, bahu dan badankemudian pelvis berotasi ke arah stimulasi. Dijumpai selama 10 bulan. Jika refleks ini tidak ada atau menetap > 10 bulan,menunjukkan adanya gangguan sistem syaraf pusat	5		
7	<i>Gallant refleks</i> : refleks yang ditimbulkan apabila kulit di sepanjang sisi punggung bayi digores maka punggung bayiakan bergerak menuju sisi yang digores. Muncul pada usia 4-8 minggu pertama. Tidak adanya refleks ini menunjukkan lesi medulla spinalis transversal	5		
8	Menggenggam ( <i>Palmar grasp</i> ) : refleks yang ditimbulkan bila permukaan palmar bayi disentuh maka akan timbul gerakanmenggenggam. Menghilang pada usia 3-4 bulan.	5		
9	Moro : refleks yang ditimbulkan bila bayi diangkat dalamposisi terlentang, kemudian kepala dijatuhkan tiba-tiba, bayi akan mengembangkan lengan dan tungkai, kemudian terjadi gerakan seperti memeluk Muncul pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 3-4 bulan. Refleks yang menetap pada usia > 4 bulan menunjukkan kerusakan otak, respon yg tidak simetris menunjukkan hemiparesis, fraktur klavikula atau cedera nekusus brachialis	5		
10	Landau reflex : refleks yang timbul jika bayi dipegang secara horizontal dengan wajah menghadap ke bawah. Maka bayiakan meluruskan kedua kaki dan punggungnya dan mencoba untuk mengangkat kepalanya. Refleks ini normal pada bayi usia 3 bulan hingga 1 tahun. Refleks ini tidak ditemui pada bayi-bayi	5		
11	Babinsky : refleks yang timbul jika telapak kaki bayi sepanjang tepi luar digores dimulai dari tumit, maka jari-jari kaki akan mengembang. Refleks ini dijumpai hingga usia 2tahun.	5		

12	Melangkah ( <i>Stepping reflex</i> ) : refleks yang timbul bila satu telapak kaki bayi menekan ke alas pada suspensi vertikal akan terlihat gerak melangkah dan dengan menggerakkan bayi ke depan terlihat seolah bayi dapat berjalan. Refleks ini dijumpai sejak lahir dan menghilang usia 4-5 bulan	5		
13	Rapikan bayi, letakkan pada posisi yang nyaman	5		
14	Mencuci tangan	5		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada keluarga	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan & berterimakasih atas kerjasamanya	2		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1	Ketenangan	2		
2	Menjaga keamanan pasien dan perawat	3		
3	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	Merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

## Lampiran 2. Format Penilaian Pemberian Imunisasi Dasar

### 1. Imunisasi BCG

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
1	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri	3		
	b. Menjelaskan tujuan tindakan	3		
	c. Menjelaskan prosedur	3		
	d. Menempatkan alat untuk memudahkan tindakan	2		
2	<b>FASE KERJA</b>			
	a. Mencuci tangan	3		
	b. Gunakan sarung tangan bersih	3		
	c. Buka ampul vaksin BCG kering	5		
	d. Larutkan vaksin dengan pelarut vaksin yang tersedia 4 cc	5		
	e. Isi spuit dengan vaksin sebanyak 0.05 ml yang sudah dilarutkan	10		
	f. Atur posisi dan bersihkan lengan ( 1/3 bagian lengan atas)	10		
	dengan kapas air hangat			
	g. Regangkan daerah yang akan diinjeksi	5		
	h. Lakukan injeksi dengan memasukkan jarum pada sudut 10-15°	10		
	( secara intrakutan)			
	j. Usap bekas injeksi dengan kapas bersih jika ada darah keluar	3		
	k. Buang kapas spuit ke dalam bengkok lisol 2-3 %	3		
	l. Lepaskan sarung tangan dan buang kedalam bengkok lisol 2-3%	3		
	m. Mencuci tangan	3		
	<b>FASE TERMINASI</b>			
	a. Membereskan alat	2		
	b. Merapikan pasien	2		
	c. Melakukan evaluasi tindakan (catat respon yang terjadi, vaksin dikatakan berhasil jika timbul benjolan dikulit, kulit tampak pucat dan pori-pori jelas	5		
	d. Mendokumentasikan tindakan dalam lembar catatan keperawatan	2		
	d. Berpamitan	2		
	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			

	a. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	b. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	5		
	c. Ketelitian selama tindakan	5		
		100		

## 2. Imunisasi Pentavalen

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan	2		
4	Menjelaskan prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien & keluarga	2		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mencuci tangan	3		
2	Membuka penutup vial, lakukan desinfeksi	3		
3	Mengambil vaksin Pentavalen, tepat 0,5 ml	7		
4	Mengatur posisi bayi di pangkuan ibu dengan tepat	3		
5	Memasang perlak dan alasnya	3		
6	Membebaskan daerah yang akan diinjeksi	4		
7	Memakai sarung tangan	3		
8	Mengganti jarum yang sudah dipakai untuk mengambil vaksin dengan jarum steril baru	3		
9	Membersihkan kulit dengan kapas air hangat (melingkar dari dalam-keluar)	6		
10	Menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk	3		
11	Menusukkan spuit dengan sudut 45-60 derajat menggunakan spuit ukuran 1 cc	8		
12	Melakukan aspirasi dan pastikan darah tidak masuk	6		
13	Memasukkan vaksin secara perlahan	4		
14	Mencabut jarum sambil menekan dengan kapas basah	3		
15	Membuang spuit ke dalam bengkok	2		
16	Merapikan pasien	3		
	Melepas sarung tangan	3		
17	Mencuci tangan	3		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan & berterimakasih atas kerjasamanya	2		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1	Ketenangan	2		
2	Menjaga keamanan pasien dan perawat	3		

3	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	Merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
	<b>TOTAL</b>	100		

### 3. Imunisasi Polio

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
1	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri	3		
	b. Menjelaskan tujuan tindakan	3		
	c. Menjelaskan prosedur	3		
	d. Menempatkan alat untuk memudahkan tindakan	2		
2	<b>FASE KERJA</b>			
	a. Mencuci tangan	5		
	b. Gunakan sarung tangan bersih	4		
	c. Ambil vaksin polio dari dalam termos es	5		
	d. Buka penutup vial vaksin Polio	5		
	e. Sambungkan vial dengan penutup plastik	5		
	f. Atur posisi bayi dalam posisi telentang diatas pangkuan ibunya dan pegang erat	10		
	g. Teteskan vaksin ke mulut sesuai jumlah dosis yang diprogramkan atau dianjurkan yaitu 2 tetes	20		
	h. Lepaskan sarung tangan dan buang kedalam bungkuk lisol 2-3%	5		
	i. Mencuci tangan	5		
3	<b>FASE TERMINASI</b>			
	a. Membereskan alat	3		
	b. Merapikan pasien	2		
	c. Melakukan evaluasi tindakan	5		
	d. Berpamitan	2		
4	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	a. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	b. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	5		
	c. Ketelitian selama tindakan	5		
		100		

4. Imunisasi Campak

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	0	1
1	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri	3		
	b. Menjelaskan tujuan tindakan	3		
	c. Menjelaskan prosedur	3		
	d. Menempatkan alat untuk memudahkan tindakan	3		
2	<b>FASE KERJA</b>			
	a. Mencuci tangan	5		
	b. Gunakan sarung tangan bersih	3		
	c. Ambil vaksin Campak dengan spuit sebanyak 0,5 cc	10		
	d. Atur posisi bayi (bayi dipangku ibunya, lengan kanan bayi dijepit	5		
	di ketiak ibunya. Ibu menopang kepala bayi, tangan kiri ibu			
	memegang tangan kiri bayi)			
	e. Lakukan desinfeksi 1/3 area lengan kanan atas dengan kapas	5		
	air hangat			
	f. Regangkan daerah yang akan diinjeksi	5		
	g. Lakukan injeksi dengan memasukkan jarum secara subkutan	10		
	(sudut 45°) didaerah lengan kanan atas			
	h. Tekan daerah bekas injeksi dengan kapas dan tarik spuit	5		
	i. Buang spuit dan masukkan sarung tangan kedalam bengkok	3		
	lisol 3%			
	j. Mencuci tangan	5		
	<b>FASE TERMINASI</b>			
	a. Membereskan alat	3		
	b. Merapikan pasien	3		
	c. Melakukan evaluasi tindakan (catat respon yang terjadi)	5		
	d. Mendokumentasikan tindakan dalam lembar catatan keperawatan	5		
	d. Berpamitan	3		
	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	a. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	b. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	5		
	c. Ketelitian selama tindakan	5		

**Lampiran 3. Format Penilaian Perawatan Bayi dengan Fototerapi**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PERAWATAN BAYI DENGAN FOTOTERAPI  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/menyapa pasien dan memperkenalkan diri	2		
2	Menjelaskan tujuan tindakan	5		
3	Menjelaskan langkah prosedur	4		
4	Menanyakan kesiapan pasien	2		
5	Mencuci tangan	5		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Memakai sarung tangan	4		
2	Mengatur posisi bayi dalam keadaan tidak berpakaian	5		
3	Menutup mata dan kelamin bayi dengan kain/kasa dan memfiksasi	5		
4	Mengatur lampu sinar dengan jarak kurang lebih 40 cm	5		
5	Melakukan terus menerus selama 24 jam dan istirahat 12 jam, kemudian lanjutkan kembali	5		
6	Mengatur posisi bayi setiap 6 jam	5		
7	Mengukur suhu tubuhsetiap 4 jam atau sesuai kebutuhan	5		
8	Memperhatikan kebutuhan cairan, jika memberi makan, angkat bayi dan buka penutup mata	5		
9	Melepas sarung tangan	4		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	5		
2	Merapikan alat	2		
3	Mencuci tangan	5		
4	Berpamitan	2		
5	Mendokumentasikan tindakan dan perkembangan bayi	5		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	5		
2	Melakukan komunikasi terapeutik	5		
3	Ketelitian selama tindakan	5		
4	Keamanan selama tindakan	5		
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>		

**Lampiran 4. Format Penilaian Fisioterapi Dada**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
FISIOTERAPI DADA  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	mengucapkan salam	2		
2	memperkenalkan diri	2		
3	menjelaskan tujuan	2		
4	menjelaskan prosedur	2		
5	meminta ijin pada anak dan orang tua	2		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	mencuci tangan	3		
2	melakukan aukultasi paru untuk mengetahui letak secret	10		
3	memasang alas/perlak dan bengkok	4		
4	mengatur posisi letak secret	5		
5	mengoles dan memijat daerah yang akan dilakukan prosedur dengan menggunakan minyak telon	10		
6	clapping dengan cara tangan perawat menepuk punggung pasien secara benar	10		
7	vibrating daerah yang terdapat secret	10		
8	menampung lendir dalam bengkok berisi desinfektan	7		
9	membersihkan mulut dengan tissue	3		
10	memberi minum hangat sesudah dilakukan prosedur	5		
11	mencuci tangan	3		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	melakukan evaluasi tindakan	4		
2	menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	berpamitan dan berterimakasih atas kerjasamanya	2		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN KERJA</b>			
1	ketenangan	2		
2	menjaga keamanan pasien dan perawat	3		
3	menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
	TOTAL	100		

**Lampiran 5. Format Penilaian Perawatan Kolostomi**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PERAWATAN KOLOSTOMI  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	Nilai
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>		
1	Mengucapkan salam	2	
2	Memperkenalkan diri	2	
3	Menjelaskan tujuan	2	
4	Menjelaskan prosedur	2	
5	Menanyakan kesiapan klien dan keluarga	2	
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>		
1	Mencuci tangan	5	
2	Memakai sarung tangan	3	
3	Memasang perlek pengalas dibagian kanan/kiri sesuai letak stoma	5	
4	Meletakkan bengkok di atas perlek dan didekatkan ke tubuh	5	
5	Membuka kantong kolostomi secara hati - hati dengan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien	7	
6	Membersihkan kulit stoma dengan kapas NaCl 0,9 %/kapas basah (air hangat)	8	
7	Mengeringkan kulit di sekitar stoma dengan kasa	8	
8	Membuka kantong perekat kolostomi	7	
9	Menempelkan kantong kolostomi dengan posisi yang benar	7	
10	Merapikan kembali alat alat dan membuang sampah	3	
11	Melepas sarung tangan	3	
12	Merapikan klien	3	
13	Menanyakan kenyamanan klien	3	
14	Mencuci tangan	3	
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>		
1	melakukan evaluasi tindakan	4	
2	menyampaikan rencana tindak lanjut	4	
3	berpamitan dan berterimakasih atas kerjasamanya	2	
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>		
1	ketenangan	2	
2	menjaga keamanan pasien dan perawat	3	
3	menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3	
4	merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2	
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	

**Lampiran 6. Format Penilaian Prosedur Water Tepid Sponge**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
WATER TEPID SPONGE  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SCORE	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	mengucapkan salam	2		
2	memperkenalkan diri	2		
3	menjelaskan tujuan	2		
4	menjelaskan prosedur	2		
5	meminta ijin pada anak dan orang tua	2		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	mencuci tangan	3		
2	menutup sampiran/jendela	3		
3	memakai sarung tangan	3		
4	memasang pengalas di bawah tubuh bayi	3		
5	melepaskan pakaian bayi/anak	3		
6	memasang selimut mandi	5		
7	mencelupkan waslap/ handuk kecil ke waskom dan mengusapnya keseluruhan tubuh	9		
8	melakukan tindakan diatas beberapa kali setelah kulit kering	6		
9	mengkaji perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit(komunikasi secara verbal)	9		
10	menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (komunikasi verbal)	6		
11	mengeringkan tubuh dengan handuk	6		
12	merapikan kembali alat-alat dan membuang sampah	2		
13	melepas sarung tangan	3		
14	merapikan klien	3		
15	menanyakan kenyamanan pasien	3		
16	mencuci tangan	3		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	melakukan evaluasi tindakan	4		
2	menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	berpamitan dan berterimakasih atas kerja samanya	2		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1	ketenangan	2		
2	menjaga keamanan pasien dan perawat	3		
3	menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
TOTAL		100		

**Lampiran 7. Format Penilaian Pendidikan kesehatan pada anak dengan DHF**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PENDIDIKAN KESEHATAN PADA ANAK DENGAN DHF  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Kontrak waktu	2		
4	Menjelaskan tujuan umum	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien & keluarga	2		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mengatur kenyamanan pasien	3		
2	Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang DHF	4		
3	Menjelaskan tujuan khusus	4		
4	Menjelaskan tentang DHF			
	a. Pengertian	8		
	b. Penyebab	8		
	c. Bahaya	8		
	d. Cara penularan	8		
	e. Penatalaksanaan	8		
	f. Cara pencegahan	8		
5	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya	4		
6	Menjawab dengan benar	7		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan & berterimakasih atas kerjasamanya	2		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1	Ketenangan	2		
2	Menjaga keamanan pasien dan perawat	3		
3	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	Merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
	<b>TOTAL</b>	100		

**Lampiran 8. Format Penilaian Pendidikan Kesehatan Kebutuhan Cairan**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PENDIDIKAN KESEHATAN KEBUTUHAN CAIRAN  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO.	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan	2		
4	Menanyakan kesiapan ibu untuk mengikuti penkes	2		
5	Menjelaskan kontrak waktu pelaksanaan prosedur	2		
<b>B.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Memberikan posisi nyaman pada ibu	4		
2	Menanyakan pengetahuan ibu tentang kebutuhan cairan pada bayi/anak dalam 24 jam	6		
3	Menanyakan tentang jenis cairan yang tepat untuk bayi/anak	6		
4	Menjelaskan kepada ibu tentang kebutuhan cairan yang dibutuhkan anak sesuai usia	10		
5	Mendemonstrasikan ukuran yang tepat sesuai dengan kebutuhan cairan yang dibutuhkan anak	10		
6	Menjelaskan tentang kebutuhan cairan sesuai dengan aktifitas anak	7		
7	Menjelaskan variasi penyajian minuman untuk anak	7		
8	Menjelaskan variasi jenis cairan/minuman untuk anak	7		
9	Memberikan kesempatan bertanya pada ibu	6		
10	Menjawab pertanyaan dengan benar	7		
<b>C.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan dan berterimakasih atas kerjasamanya	2		
<b>D.</b>	<b>PENAMPILAN KERJA</b>			
1	Ketenangan	2		
2	Menjaga keamanan pasien dan perawat	3		
3	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	Merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
	<b>TOTAL</b>	100		

**Lampiran 9. Format Penilaian Pendidikan Kesehatan Bermain dengan Anak CHD**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PENDIDIKAN KESEHATAN KEBUTUHAN CAIRAN  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Nama :

NIM:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			0	1
<b>A</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Kontrak waktu	2		
4	Menjelaskan tujuan umum	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien & keluarga	2		
<b>B</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mengatur kenyamanan pasien	5		
2	Menanyakan pada ibu “apakah sudah mengetahui jenis-jenis permainan yang boleh dilakukan oleh anaknya?”	6		
3	Menjelaskan tujuan khusus	5		
4	Memberi tahu ibu bahwa anak menderita CHD	6		
5	Menjelaskan pengertian CHD	6		
6	Menjelaskan pada ibu jenis permainan yang boleh dilakukan oleh anaknya antara lain:			
	a. mewarnai gambar	7		
	b. melipat kertas	7		
	c. membuat bentuk dari lilin/malam	7		
7	Menjelaskan pada ibu prinsip-prinsip bermain pada anaknya	10		
8	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya	5		
9	Menjawab dengan benar	6		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan & berterima kasih atas kerjasamanya	2		
<b>D</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1	Ketenangan	2		
2	Menjaga keamanan pasien dan perawat	3		
3	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami	3		
4	Merespon pernyataan & sikap ibu dengan baik	2		
	<b>TOTAL</b>	100		



## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes  
NIDN : 0619107501 Email : [haryanish01@gmail.com](mailto:haryanish01@gmail.com)  
Fakultas : Kesehatan Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Judul : Modul Praktikum Keperawatan Anak  
Penulis : 1. Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes  
2. Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep  
3. Ns. Natalia Devi Oktarina, M.Kep., Sp. Kep. An

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Hasil karya yang saya serahkan ini adalah asli dan belum pernah diajukan di Universitas Ngudi Waluyo maupun di institusi pendidikan lainnya.
2. Hasil karya saya ini bukan saduran/terjemahan melainkan merupakan gagasan, rumusan, dan hasil pelaksanaan penelitian/implementasi karya saya sendiri.
3. Dalam karya saya ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali yang digunakan sebagai acuan dalam naskah dengan menyebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Saya menyerahkan hak non-eksklusif kepada Repository Universitas – Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengatur akses serta melakukan pengelolaan terhadap karya saya ini.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya. Apabila di kemudian hari terbukti ada penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini adalah tanggung jawab saya pribadi, dan saya bersedia menerima sanksi akademik, serta sanksi lain yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.

Ungaran, 3 Maret 2021



*Siti Haryani*  
Siti Haryani, S.Kp., Ns., M.Kes