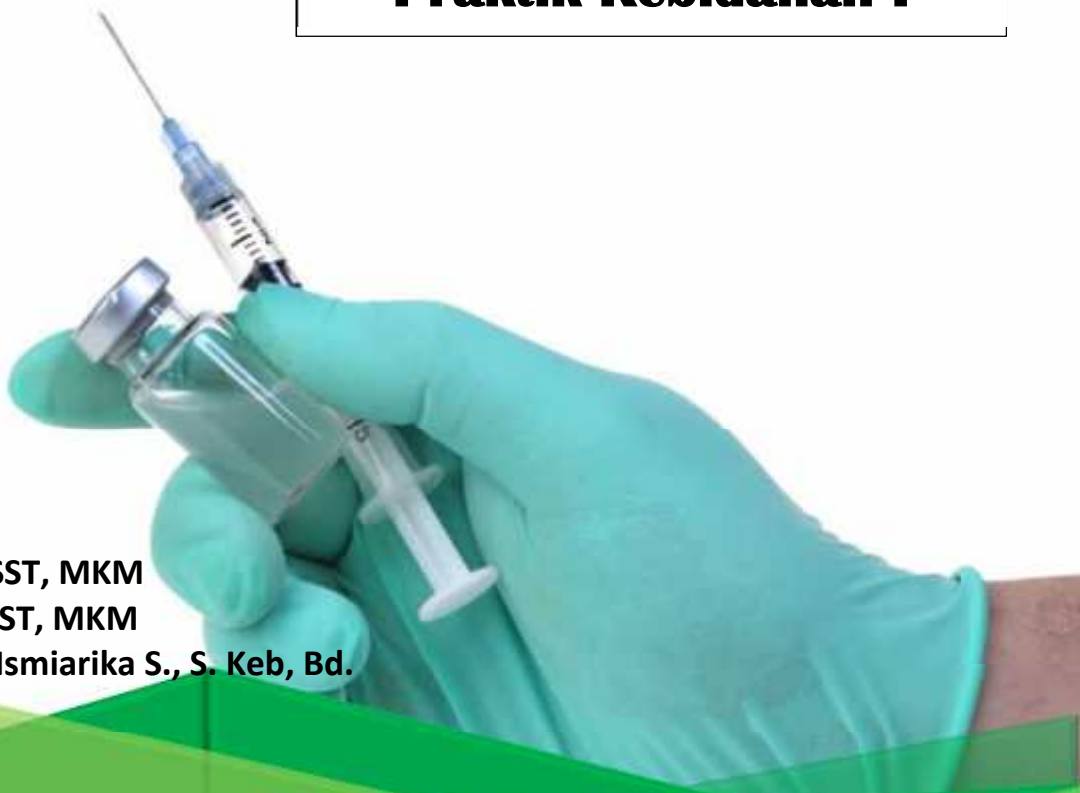


Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan I

Hamidah, SST, MKM
Fakhriah, SST, MKM
Oktaviany Ismiarika S., S. Keb, Bd.



BUKU AJAR KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN I

Hamidah, SST, MKM

Fakhriah, SST, MKM

Oktaviany Ismiarika S., S. Keb, Bd.

Penerbit

Fakultas Kedokteran dan Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Jakarta

KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN I

Penulis : Hamidah, S.ST. M.KM.
Fakhriah SSiT.M.KM
Oktaviany Ismiarika S., S. Keb, Bd.

ISBN : 978-602-6708-00-7

Desain Sampul : Hamidah, S.ST. M.KM

Penerbit : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Jakarta
Jl. KH Ahmad Dahlan Cirendeu Ciputat 15419
www.fkkumj.ac.id

Cetakan I : 2017

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak, dan menerjemah sebagian seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum,Wr.Wb.

Pertama -tama penulis panjatkan puji dan syukur kehadirat Allah S.W.T, karena berkat dan rahmat dan hidayahNya, akhirnya penulis dapat melakukan revisi buku yang berjudul **Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan I edisi I** buku ini telah disesuaikan dengan perkembangan kurikulum terbaru, khusus pada mata kuliah Keterampilan Klinik Praktik kebidanan I .

Buku ini terdiri atas 7 BAB, yang di antaranya berisi tentang prinsip kebutuhan dasar manusia, prinsip pencegahan infeksi, teori-teori dasar konsep stress dan adaptasi dalam lingkup asuhan kebidanan, konsep dasar pemeriksaan fisik pada ibu, bayi dan anak balita, dan Asuhan pada pasien dengan masalah kehilangan dan kematian.

Setelah membaca dan mempelajari buku ini, penulis berharap agar pembaca dan penggunaanya mendapatkan pengetahuan yang lebih baik,

Pada kesempatan ini penulis juga tak lupa menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan baik moril maupun material. Dan khususnya kepada dosen mata kuliah Keterampilan Klinik Praktik kebidanan I (KKPK 1), .Penulis menyadari bahwa makalah ini masih banyak kekurangannya oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, agar kelak makalah ini dapat lebih baik lagi.

Waalaikumsalam,Wr.Wb.

Jakarta, April 2017

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
TIM PENYUSUN DAN EDITOR	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v

Bab I Prinsip Kebutuhan Dasar Pada Manusia..... 1

- Homeostasis dan Homeodinamik
- Konsep kebutuhan dasar pada manusia
- Kebutuhan dasar menurut Abraham Maslow
- Ciri kebutuhan dasar pada manusia
- Faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar pada manusia

Bab II Konsep pencegahan infeksi.....6

- Penularan penyakit infeksi dan mekanisme penularan infeksi
- Pengendalian infeksi.

Bab III Prinsip pemenuhan kebutuhan mekanik Tubuh, postur, posisi, ambulasi dan mobilitas.....20

- Kebutuhan mekanik Tubuh
- Prinsip mekaanik tubuh
- Pergerakan dasar dalam mekanik tubuh
- Dampak mekanik tubuh
- Postur (body alignment)
- Factor yang mempengaruhi postur tubuh
- Pengaturan posisi (posisi fowler, ssim, Trendelenburg, dorsal Rekumbent, litotomi, genu pectoral)
- Ambulasi dan Mobilitas

Bab IV Konsep dasar pemeriksaan Fisik pada ibu, bayi dan anak balita.....27

- Prinsip umum pemeriksaan fisik
- Anamnesa, pengkajian keadaan umum klien
- Pemeriksaan fisik persistem
- Anamnesa pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL
- Pemeriksaan fisik anak balita

Bab V Asuhan pada Pasien dengan masalah Kehilangan dan kematian.....82

- a. Kehilangan
 - Jenis-jenis kehilangan
 - Dampak kehilangan.
 - Berduka
 - Jenis-jenis Berduka
 - Respon berduka.
- b. Tindakan pada pasien yang kehilangan dan Berduka
 - Tindakan pada pasien dengan tahap ppengginggkaran.
 - Tindakan pada pasien dengan tahap kemarahan
 - Tindakan pada pasien dengan tahaptahap tawar mmenawar
 - Tindakan pada pasien dengan tahap depresi
 - Tindakan pada pasien dengan tahap penerimaan
- c. Sekarat (dying) dan kematian (death)
 - Perubahan tubuh setelah kematian
 - Peraawatan pada jenazah
 - Perawatan jenazah yang akan di otopsi
 - Perawatan pada keluarga

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

PRINSIP KEBUTUHAN DASAR PADA MANUSIA

Tujuan Belajar

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan dapat :

1. Menjelaskan homeostasis dan homeodinamik
2. Menjelaskan konsep kebutuhan dasar pada manusia

HOMEOSTASIS DAN HOMEODINAMIK

Homeostasis

Homeostasis adalah suatu proses yang terjadi secara terus-menerus untuk memelihara stabilitas dan beradaptasi terhadap kondisi lingkungan sekitarnya. Homeostasis merupakan mekanisme tubuh untuk mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi berbagai kondisi yang dialaminya. Proses homeostasis ini dapat terjadi secara alamiah apabila tubuh mengalami stres.

Homeostasis terdiri atas homeostasis fisiologis dan psikologis. Dalam tubuh manusia, homeostasis fisiologis dapat dikendalikan oleh sistem endokrin dan sistem saraf otonom. Proses homeostasis fisiologis ini terjadi melalui empat cara sebagai berikut.

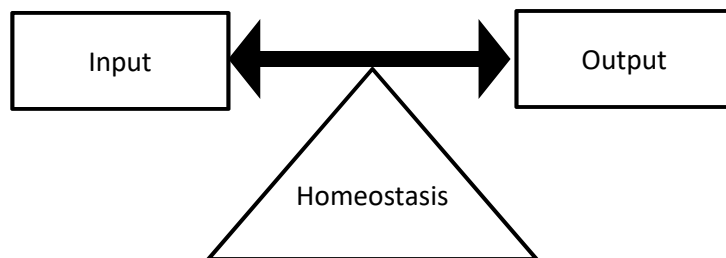
1. Pengaturan diri [*self regulation*). Secara otomatis, cara ini terjadi pada orang yang sehat, seperti pengaturan fungsi organ tubuh.
2. Kompensasi. Tubuh akan cenderung bereaksi terhadap ketidaknormalan dalam tubuh. Sebagai contoh, pelebaran pupil untuk meningkatkan persepsi visual pada saat tubuh mengalami ancaman, peningkatan keringat untuk mengontrol kenaikan suhu tubuh, serta penyempitan pembuluh darah perifer dan terangsangnya pembuluh darah bagian dalam untuk meningkatkan kegiatan yang dapat menghasilkan panas (misalnya menggigil) sehingga suhu tubuh tetap stabil apabila lingkungan menjadi dingin secara tiba-tiba.
3. Umpan balik negatif. Cara ini merupakan penyimpangan dari keadaan normal. Dalam keadaan abnormal, tubuh secara otomatis akan melakukan mekanisme umpan balik negatif untuk menyeimbangkan

penvimpangan yang terjadi. Contoh, apabila tekanan darah meningkat. akan meningkatkan baroreceptor. Kemudian akan menurunkan rangsangan pada simpatik yang meningkatkan parasimpatik; menurunkan denvut jantung dan kekuatan kontraksi, terjadi dilatasi pembuluh darah dan akhirnya menurunkan tekanan darah sampai pada keadaan normal melalui *feedback* mekanisme.

4. Umpan balik positif untuk mengoreksi ketidakseimbangan fisiologis. Sebagai contoh, terjadinya proses peningkatan denyut jantung untuk membawa darah dan oksigen yang cukup ke sel tubuh apabila seseorang mengalami hipoksia. Kondisi mekanisme tubuh tersebut terkait dengan kondisi dalam keadaan sakit.

Homeostasis psikologis berfokus pada keseimbangan emosional dan kesejahteraan mental. Proses ini didapat dari pengalaman hidup dan interaksi dengan orang lain serta dipengaruhi oleh norma dan kultur masyarakat. Contohnya adalah mekanisme pertahanan diri seperti menangis, tertawa, berteriak, memukul, meremas, mencerca, dan lain-lain.

Dengan demikian, pada intinya proses homeostasis adalah keseimbangan dalam tubuh. Hal itu dapat digambarkan sebagai berikut (Gambar 1.1).



Gambar 1.1 Proses homeostasis

Homeodinamik

Homeodinamik merupakan pertukaran energi antara manusia dan lingkungan sekitarnya secara terus-menerus. Pada proses ini manusia tidak hanya melakukan penyesuaian diri, tetapi terus berinteraksi dengan lingkungan agar mampu mempertahankan hidupnya.

Proses homeodinamik bermula dari teori tentang manusia sebagai unit yang merupakan satu kesatuan utuh, memiliki karakter yang berbeda-beda,

proses hidup yang dinamis, selalu berinteraksi dengan lingkungan yang dapat dipengaruhi dan memengaruhinya, serta memiliki keunikan tersendiri. Dalam proses homeodinamik, terdapat beberapa prinsip menurut teori Rogers sebagai berikut:-

1. Prinsip integral, yaitu prinsip utama dalam hubungan yang tidak dapat dipisahkan antara manusia dan lingkungan. Perubahan proses kehidupan ini terjadi secara terus-menerus karena adanya interaksi yang saling memengaruhi antara manusia dan lingkungan.
2. Prinsip resonansi, yaitu prinsip bahwa proses kehidupan manusia selalu berirama dan frekuensinya bervariasi karena manusia memiliki pengalaman dalam beradaptasi dengan lingkungan.
3. Prinsip *helicy*, yaitu prinsip bahwa setiap perubahan dalam proses kehidupan manusia berlangsung perlahan-lahan dan terdapat hubungan antara manusia dan lingkungan. (Falco dan Lobo, 1997).

KONSEP KEBUTUHAN DASAR PADA MANUSIA

Kebutuhan dasar pada manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis. Hal ini tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Kebutuhan Dasar pada Manusia Menurut Abraham Maslow

Abraham Maslow mengemukakan Teori Hierarki Kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis; kebutuhan rasa aman dan perlindungan; kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki; kebutuhan harga diri; serta kebutuhan aktualisasi diri (Potter dan Perry 1997).

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia, antara lain pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan-suhu tubuh, serta seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
 - a. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan lain-lain.

- b. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan lain-lain.
- 3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi serta menerima kasih sayang, kehangatan, dan persahabatan; mendapat tempat dalam keluarga serta kelompok sosial; dan lain-lain.
- 4. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain, terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- 5. Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta menc'apai potensi diri sepenuhnya.

Kebutuhan-kebutuhan tersebut dapat digambarkan sebagai suatu piramida sebagai berikut (Gambar 1.2).



Gambar 1.2 Kebutuhan dasar pada manusia menurut Maslow

Ciri Kebutuhan Dasar pada Manusia

Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen. Pada dasarnya, setiap orang memiliki kebutuhan yang sama. Akan tetapi karena terdapat perbedaan budaya, maka kebutuhan tersebut pun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada. Lalu jika gagal memenuhi kebutuhannya, manusia akan berpikir lebih keras dan bergerak untuk berusaha mendapatkannya.

Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Dasar pada Manusia

Pemenuhan kebutuhan dasar pada manusia dipengaruhi oleh berbagai faktor sebagai berikut:

1. Penyakit. Adanya penyakit dalam tubuh dapat menyebabkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik secara fisiologis maupun psikologis, karena beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan yang lebih besar dari biasanya.
2. Hubungan keluarga. Hubungan keluarga yang baik dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya saling percaya, merasakan kesenangan hidup, tidak ada rasa curiga, dan lain-lain.
3. Konsep diri. Konsep diri manusia memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan (*wholeness*) bagi seseorang. Konsep diri yang sehat menghasilkan perasaan positif terhadap diri. Orang yang merasa positif tentang dirinya akan mudah berubah, mudah mengenali kebutuhan, dan mengembangkan cara hidup yang sehat sehingga mudah memenuhi kebutuhan dasarnya.
4. Tahap perkembangan.
 - a. Sejalan dengan meningkatnya usia, manusia mengalami perkembangan.
 - b. Berbagai fungsi organ tubuh mengalami proses kematangan dengan aktivitas yang berbeda pada setiap tahap perkembangan.
 - c. Setiap tahap tersebut memiliki pemenuhan kebutuhan yang berbeda, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual.

Bab II

PRINSIP PENCEGAHAN INFEKSI

Tujuan Belajar

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan proses transmisi kuman.
2. Menjelaskan transmisi kuman dan cara penularan mikroorganisme.
3. Menjelaskan faktor yang memengaruhi proses infeksi.
4. Menjelaskan infeksi nosokomial.
5. Menjelaskan pencegahan infeksi.
6. Menjelaskan dan melakukan cara cuci tangan.
7. Menjelaskan dan menggunakan alat pelindung diri.
8. Menjelaskan dan melakukan prinsip sterilisasi dan desinfeksi.
9. Menjelaskan dan melakukan penanganan sampah.

TRANSMISI KUMAN

Transmisi kuman merupakan proses masuknya kuman ke dalam tubuh manusia yang dapat menimbulkan racun atau penyakit. Proses tersebut melibatkan beberapa unsur, di antaranya :

1. *Reservoir* merupakan habitat bagi pertumbuhan dan perkembangan mikroorganisme, dapat berupa manusia, hewan, tumbuhan, maupun tanah.
2. Jalan masuk merupakan jalan masuknya mikroorganisme ke tempat penampungan dari berbagai kuman, seperti saluran pernapasan, pencernaan, kulit, dan lain-lain.
3. Inang (*host*) merupakan tempat berkembangnya suatu mikroorganisme,

- yang dapat didukung oleh ketahanan kuman.
4. Jalan keluar merupakan tempat keluar mikroorganisme dari reservoir, seperti sistem pernapasan, sistem pencernaan, alat kelamin, dan lain-lain.
 5. Jalur penyebaran merupakan jalur yang dapat menyebarkan berbagai kuman mikroorganisme ke berbagai tempat, seperti air, makanan, udara, lain-lain.

CARA PENULARAM MIKROORGANISME

Proses penyebaran mikroorganisme ke dalam tubuh, baik pada manusia maupun hewan, dapat melalui berbagai cara, di antaranya:

1. **Kontak tubuh.** Kuman masuk ke dalam tubuh melalui proses penyebaran secara langsung, maupun tidak langsung. Penyebaran secara langsung melalui sentuhan dengan kulit, sedangkan secara tidak langsung dapat melalui benda yang terkontaminasi.
2. **Makanan dan minuman.** Terjadinya penyebaran dapat melalui makanan dan minuman yang telah terkontaminasi, seperti pada penyakit tifus abdominis, penyakit infeksi cacing, dan lain-lain.
3. **Serangga.** Contoh proses penyebaran kuman melalui serangga adalah penyebaran penyakit malaria oleh plasmodium pada nyamuk Anopheles dan beberapa penyakit saluran pencernaan yang dapat ditularkan melalui lalat.
4. **Udara.** Proses penyebaran kuman melalui udara dapat dijumpai pada penyebaran penyakit sistem pernapasan.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PROSES INFEKSI

1. **Sumber penyakit.** Sumber penyakit dapat memengaruhi apakah infeksi berjalan cepat atau lambat.
2. **Kuman penyebab.** Kuman penyebab dapat menentukan jumlah mikroorganisme, kemampuan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh, dan virulensinya.
3. **Cara membebaskan sumber dari kuman.** Cara membebaskan

kuman dapat menentukan apakah proses infeksi cepat teratasi atau diperlambat, seperti tingkat keasaman (pH), suhu, penyinaran (cahaya), dan lain-lain.

4. **Cara Penularan.** Cara penularan seperti kontak langsung, melalui makanan atau udara, dapat menyebabkan penyebaran kuman ke dalam tubuh.
5. **Cara masuknya kuman. Proses penyebaran kuman berbeda, bergantung dari sifatnya. Kuman dapat masuk melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan, kulit, dan lain-lain.**
6. **Daya tahan tubuh.** Daya tahan tubuh yang baik dapat memperlambat proses infeksi atau mempercepat proses penyembuhan. Demikian pula sebaliknya, daya tahan yang buruk dapat memperburuk proses infeksi.

Selain faktor tersebut di atas, terdapat faktor lain, seperti status gizi atau nutrisi, tingkat stres tubuh, faktor usia, atau kebiasaan yang tidak sehat.

INFEKSI NOSOKOMIAL

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi di rumah sakit atau dalam sistem pelayanan kesehatan yang berasal dari proses penyebaran di sumber pelayanan kesehatan, baik melalui pasien, petugas kesehatan, pengunjung, maupun sumber lain.

Sumber-sumber Infeksi Nosokomial

Beberapa sumber penyebab terjadinya infeksi nosokomial adalah:

1. **Pasien.** Pasien merupakan unsur pertama yang dapat menyebarkan infeksi ke pasien lainnya, petugas kesehatan, pengunjung, atau benda dan alat kesehatan lainnya.
2. **Petugas kesehatan.** Petugas kesehatan dapat menyebarkan infeksi melalui kontak langsung yang dapat menularkan berbagai kuman ke tempat lain.
3. **Pengunjung.** Pengunjung dapat menyebarkan infeksi yang didapat dari luar ke dalam lingkungan rumah sakit atau sebaliknya,

yang didapat dari dalam rumah sakit keluar rumah sakit.

4. **Sumber lain.** Sumber lain yang dimaksud di sini adalah lingkungan rumah sakit yang meliputi lingkungan umum atau kondisi kebersihan rumah sakit atau alat yang ada di rumah sakit yang dibawa oleh pengunjung atau petugas kesehatan kepada pasien, dan sebaliknya.

PENCEGAHAN INFEKSI

Di masa lalu, fokus utama penanganan masalah infeksi dalam pelayanan kesehatan adalah mencegah infeksi. Infeksi serius pascabedah masih merupakan masalah di beberapa negara, ditambah lagi dengan munculnya penyakit *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) dan Hepatitis B yang belum ditemukan obatnya. Saat ini, perhatian utama ditujukan untuk mengurangi risiko perpindahan penyakit, tidak hanya terhadap pasien, tetapi juga kepada pemberi pelayanan kesehatan dan karyawan, termasuk pekary, yaitu orang yang bertugas membersihkan dan merawat ruang bedah.

TINDAKAN PENCEGAHAN INFEKSI

Beberapa tindakan pencegahan infeksi yang dapat dilakukan adalah:

1. Aseptik, yaitu tindakan yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang kemungkinan besar akan mengakibatkan infeksi. Tujuan akhirnya adalah mengurangi atau menghilangkan jumlah mikroorganisme, baik pada permukaan benda hidup maupun benda mati agar alat-alat kesehatan dapat dengan aman digunakan.
2. Antiseptik, yaitu upaya pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.
3. Dekontaminasi, tindakan yang dilakukan agar benda mati dapat ditangani oleh petugas kesehatan secara aman, terutama petugas pembersihan medis sebelum pencucian dilakukan. Contohnya adalah meja pemeriksaan, alat-alat kesehatan, dan sarung tangan yang terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh di saat

prosedur bedah/tindakan dilakukan.

4. Pencucian, yaitu tindakan menghilangkan semua darah, cairan tubuh, atau setiap benda asing seperti debu dan kotoran.
5. Desinfeksi, yaitu tindakan pada benda mati dengan menghilangkan tindakan pada benda mati dengan menghilangkan sebagian besar (tidak semua) mikroorganisme penyebab penyakit. Desinfeksi tingkat tinggi dilakukan dengan merebus atau dengan menggunakan larutan kimia. Tindakan ini dapat menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa bakteri endospora.
6. Sterilisasi, yaitu tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit, dan virus) termasuk bakteri endospora.

PEDOMAN PENCEGAHAN INFEKSI

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang atau dari peralatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikroorganisme dan individu (pasien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa upaya fisik, mekanik, ataupun kimia yang meliputi:

1. Pencucian tangan.
2. Penggunaan sarung tangan (kedua tangan), baik pada saat melakukan tindakan, maupun saat memegang benda yang terkontaminasi (alat kesehatan/kain tenunan bekas pakai).
3. Penggunaan cairan antiseptik untuk membersihkan luka pada kulit.
4. Pemrosesan alat bekas pakai (dekontaminasi, cuci dan bilas, serta desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi).
5. Pembuangan sampah.

MENCUCI TANGAN

Mencuci kedua tangan merupakan prosedur awal yang dilakukan petugas kesehatan dalam memberikan tindakan. Pencucian ini bertujuan untuk membersihkan tangan dari segala kotoran, mencegah terjadi infeksi silang melalui tangan, dan persiapan bedah atau tindakan pembedahan.

Teknik Mencuci Biasa

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Air bersih.
2. Handuk.
3. Sabun.
4. Sikat lunak.

Prosedur Kerja:

1. Lepaskan segala yang melekat pada daerah tangan, seperti cincin atau jam tangan.
2. Basahi jari tangan, lengan hingga siku dengan air. Kemudian sabuni dan sikat bila perlu.
3. Bilas dengan air bersih yang mengalir dan keringkan dengan handuk atau lap kering.

Teknik Mencuci dengan Desinfeksi

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Air bersih.
2. Larutan desinfektan lisol/savlon.
3. Handuk/lap kering.

Prosedur Kerja:

1. Lepaskan segala yang melekat pada daerah tangan, seperti cincin atau jam tangan.
2. Basahi jari tangan, lengan hingga siku dengan air. Kemudian basahi dengan larutan desinfektan (lisol atau savlon) dan sikat bila perlu.
3. Bilas dengan air bersih yang mengalir dan keringkan dengan handuk atau lap kering.

Teknik Mencuci Steril

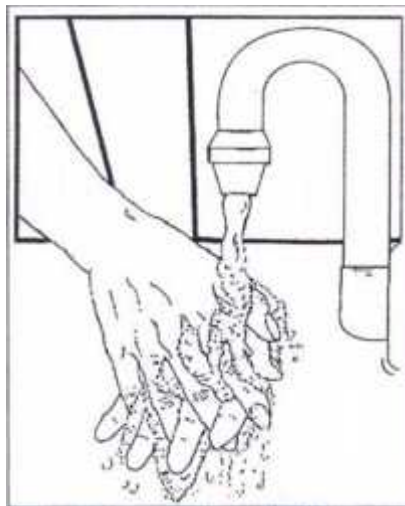
Persiapan Alat dan Bahan:

1. Air mengalir.
2. Sikat steril dalam tempat.
3. Alkohol 70 %.

4. Sabun.

Prosedur Kerja (lihat Gambar 2.1):

1. Lepaskan segala yang melekat pada daerah tangan, seperti cincin atau jam tangan.
2. Basahi jari tangan, lengan hingga siku dengan air. Kemudian alirkan sabun (2-5 ml) ke tangan dan gosokkan tangan serta lengan sampai 5 cm di atas siku. Selanjutnya sikat ujung jari, tangan, lengan, dan kuku sebanyak ± 15 kali gosokan, sedangkan telapak tangan hingga siku sebanyak 10 kali gosokan.
3. Bilas dengan air bersih yang mengalir.
4. Setelah selesai, tangan di bilas dan tetap diarahkan ke atas.
5. Gunakan sarung tangan steril.



Gambar 2.1 Cara mencuci tangan

Sumber: Belland dan Wells 1986

PELINDUNG DIRI

Menggunakan Sarung Tangan

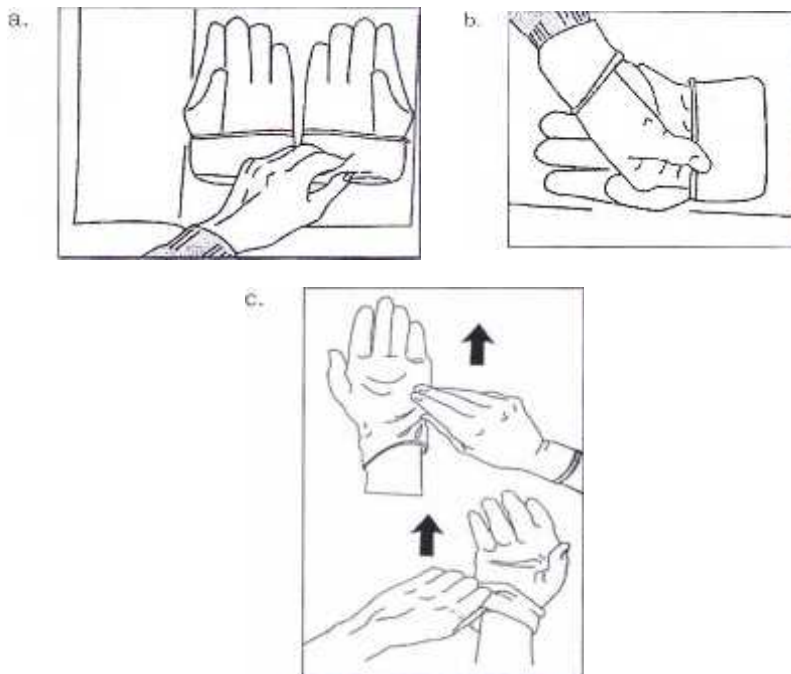
Sarung tangan digunakan dalam melakukan prosedur tindakan, dengan tujuan mencegah terjadinya penularan kuman dan mengurangi risiko tertulanya penyakit.

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Sarung tangan.
2. Bedak/talk.

Prosedur Kerja (lihat Gambar 2.2):

1. Cuci tangan secara menyeluruh.
2. Bila sarung tangan belum dibedaki, ambil sebungkus bedak dan tuangkan sedikit.
3. Pegang tepi sarung tangan dan masukkan jari-jari tangan. Pastikan ibu jari dan jari-jari lain tepat pada posisinya.
4. Ulangi pada tangan kiri.
5. Setelah terpasang di kedua tangan, cakupkan kedua tangan.



Gambar 2.2

Cara menggunakan sarung tangan

Sumber. Belland dan Wells 1986

Menggunakan Masker

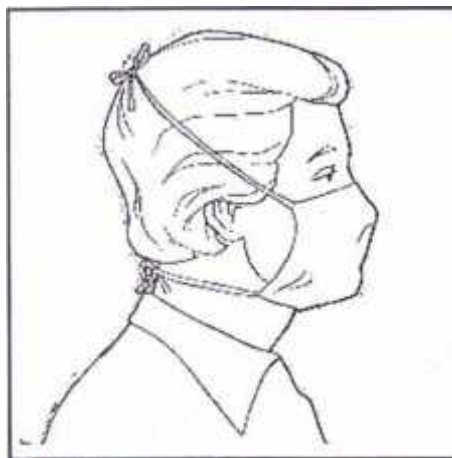
Tindakan pengamanan yang menutup hidung dan mulut dengan menggunakan masker, bertujuan untuk mencegah atau mengurangi transmisi droplet mikroorganisme saat merawat pasien.

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Masker.

Prosedur Kerja (lihat Gambar 2.3):

1. Tentukan tepi atas dan bawah bagian masker.
2. Pegang kedua tali masker.
3. Ikatkan pertama ada di bagian atas pada kepala, sedangkan ikatan kedua berada pada bagian belakang leher.



Gambar 2.3 Cara menggunakan masker

Sumber. Belland dan Wells 1986

STERILISASI DAN DESINFEKSI

Sterilisasi

Sterilisasi merupakan upaya pembunuhan atau penghancuran semua bentuk kehidupan mikroba yang dilakukan di rumah sakit melalui proses fisik maupun kimiawi. Sterilisasi juga dikatakan sebagai tindakan untuk membunuh kuman patogen atau apatogen beserta spora yang terdapat pada alat perawatan atau kedokteran dengan cara merebus, *stoom*, panas tinggi, atau bahan kimia. Jenis sterilisasi antara lain sterilisasi cepat, sterilisasi panas kering, sterilisasi gas (Formalin, H_2O_2), dan radiasi ionisasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada sterilisasi, di antaranya:

1. Sterilisator (alat untuk mensteril) harus siap pakai, bersih, dan masih berfungsi.
2. Peralatan yang akan disterilisasi harus dibungkus dan diberi label yang jelas dengan menyebutkan jenis peralatan, jumlah, dan tanggal pelaksanaan steril.
3. Penataan alat harus memperhatikan prinsip semua bagian dapat steril.
4. Tidak boleh menambah peralatan dalam sterilisator sebelum waktu mensteril selesai.
5. Memindahkan alat steril ke alam tempatnya dengan korentang steril.
6. Saat mendinginkan alat steri, tidak boleh membuka pembungkusnya, bila terbuka harus dilakukan sterilisasi ulang.

Desinfeksi

Desinfeksi adalah proses pembuangan semua mikroorganisme patogen pada objek yang tidak hidup dengan pengecualian terhadap endospora bakteri. Desinfeksi juga dikatakan suatu tindakan yang dilakukan untuk membunuh kuman patogen dan apatogen tetapi tidak dengan membunuh spora yang terdapat pada alat perawatan ataupun kedokteran. Desinfeksi dilakukan dengan menggunakan bahan desinfektan melalui cara mencuci, mengoles, merendam, dan menjemur untuk mencegah terjadinya infeksi dan mengondisikan alat dalam keadaan siap pakai.

Kemampuan desinfeksi ditentukan oleh waktu sebelum pembersihan objek, kandungan zat organik, tipe dan tingkat kontaminasi mikroba, konsentrasi dan waktu pemaparan, kealamian objek, suhu, serta derajat pH.

Cara Desinfeksi

1. Cara desinfeksi dengan mencuci

Prosedur Kerja:

- a. Cucilah alat perawatan seperti pinset, arteri klem, gunting dan lain dengan larutan desinfectan sebelum dilakukan proses steriliasi.

2. Cara desinfeksi dengan merendam

Prosedur Kerja:

- a. Rendamlah alat-alat perawatan dengan larutan desinfentan seperti lisol 0,5 %.
- b. Rendamlah peralatan dengan larutan lisol 3-5 % selama 2 jam.
- c. Rendamlah peralatan tenunan dengan lisol 3-5 % ± 24 jam.

3. Cara desinfeksi dengan menjemur

Prosedur Kerja:

- a. Jemurlah kasur, tempat tidur, urineal, pispot, dan lain-lain; masing- masing permukaan selama 2 jam.

4. Cara membuat larutan desinfeksi (sabun)

Persiapan Alat dan Bahan:

- a. Sabun padat/krim/cair.
- b. Gelas ukur.
- c. Timbangan.
- d. Sendok makan.
- e. Alat pengocok.
- f. Air panas/hangat dalam tempatnya.
- g. Baskom.

Prosedur Kerja:

- a. Masukkan 4 gr sabun atau krim ke dalam 1 liter air panas/hangat, kemudian diaduk sampai larut.

- b. Masukkan 3 cc sabun cair ke dalam 1 liter air panas/hangat, kemudian diaduk sampai larut.

Larutan ini dapat digunakan untuk mencuci tangan atau peralatan medis.

5. **Cara membuat larutan desinfeksi (lisol dan kreolin)**

Persiapan Alat dan Bahan:

- a. Larutan lisol/kreolin.
- b. Gelas ukur.
- c. Baskom berisi air.

Prosedur Kerja:

- a. Masukkan larutan lisol atau kreolin 0,5% sebanyak 5 cc ke dalam 1 liter air. Larutan ini dapat digunakan untuk mencuci tangan.
- b. Masukkan larutan lisol/kreolin 2% atau 3 % sebanyak 20 cc atau larutan lisol/kreolin 3% sebanyak 30 cc ke dalam 1 liter air. Larutan ini dapat digunakan untuk merendam peralatan medis.

6. **Cara Membuat Larutan Desinfeksi (savlon)**

Persiapan Alat dan Bahan:

- a. Savlon.
- b. Gelas ukur.
- c. Baskom berisi air secukupnya.

Prosedur Kerja:

- a. Masukkan larutan savlon 0,5 % sebanyak 5 cc ke dalam 1 liter air.
- b. Masukkan larutan savlon 1 % sebanyak 10 cc ke dalam 1 liter air.

CARA STERILISASI

Beberapa alat yang perlu disterilisasi:

1. Peralatan logam (pinset, gunting, spekulum, dan lain-lain).
2. Peralatan kaca (semprit, tabung kimia, dan lain-lain).
3. Peralatan karet (kateter, sarung tangan, pipa lambung, drain, dan lain-lain).

4. Peralatan ebonit (kanule rektum, kanule trakea, dan lain-lain).
5. Peralatan email (bengkok, baskom, dan lain-lain).
6. Peralatan porselin (mangkok, cangkir, piring, dan lain-lain).
7. Peralatan plastik (selang infus dan lain-lain).
8. Peralatan tenunan (kain kasa, tampon, *doek* baju, seprai, dan lain-lain)

Prosedur Kerja:

1. Bersihkan peralatan yang akan disterilisasi.
2. Peralatan yang dibungkus harus diberi label (nama, jenis obat, dan tanggal jam sterilisasi).
3. Masukkan ke dalam sterilisator dan hidupkan sterilisator sesuai dengan waktu yang di tentukan.
4. Cara sterilisasi:
 - a. Sterilisasi dengan merebus dalam air mendidih sampai 100° C (15-20 menit) untuk logam, kaca, dan karet.
 - b. Sterilisasi dengan stoom. Menggunakan uap panas di dalam autoclave dengan waktu, suhu, dan tekanan tertentu untuk peralatan tenunan.
 - c. Sterilisasi dengan panas kering menggunakan oven panas tinggi (logam yang tajam dan lain-lain).
 - d. Sterilisasi dengan bahan kimia menggunakan bahan kimia seperti alkohol, sublimat, uap formalin, sarung tangan, dan kateter.

PENANGANAN SAMPAH

Sampah merupakan suatu bahan yang berasal dari kegiatan manusia dan sudah tidak dipakai atau sudah dibuang oleh manusia. Sampah dibagi menjadi tiga, yaitu sampah padat, cair, dan gas. Berdasarkan karakteristiknya, sampah dibagi atas:

1. Kandungan zat/kimia

Berdasarkan kandungan zat kimianya, sampah terdiri atas sampah anorganik dan sampah organik. Sampah anorganik merupakan sampah tidak membusuk, seperti logam, pecahan gelas, plastik, dan

lain-lain. Sedangkan sampah organik merupakan sampah yang dapat membusuk, seperti sisa makanan.

2. Dapat dan tidaknya terbakar

Berdasarkan dapat dan tidaknya terbakar, sampah dibagi menjadi dua, yaitu sampah mudah terbakar dan sampah tidak dapat terbakar. Sampah mudah terbakar seperti kertas, karet, plastik, dan lain-lain. Sampah tidak dapat terbakar seperti kaleng bekas, logam atau besi, kaca, dan lain-lain.

Selain penggolongan sampah tersebut di atas, sampah juga dapat dikategorikan berdasarkan sifatnya yakni sifat basah, 'kering, atau tajam.

PENGELOLAAN SAMPAH

1. Pengumpulan dan pengangkutan sampah

Pada tahap ini, sampah dikumpulkan berdasarkan kelompoknya, seperti sampah basah sendiri, sampah kering sendiri, dan sampah benda tajam tersendiri, selanjutnya dilakukan pengangkutan.

2. Pemusnahan dan pengelolaan sampah

Pada tahap ini, sampah dimusnahkan atau dikelola dengan cara sebagai berikut: ditanam (yakni dengan memasukkan atau menimbun dalam tanah) dan dibakar (dengan melakukan pembakaran melalui tungku pembakaran). Sampah tersebut kemudian dijadikan pupuk, biasanya jenis sampah ini adalah sampah organik, seperti sisa makanan yang dapat membusuk.

BAB III

PRINSIP PEMENUHAN KEBUTUHAN MEKANIKA TUBUH POSTUR, POSISI, AMBULASI, DAN MOBILITAS

Tujuan Belajar

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan mekanika tubuh dan posisi.
2. Menjelaskan prinsip mekanika tubuh.
3. Menjelaskan pergerakan dasar dalam mekanika tubuh.
4. Menjelaskan faktor yang memengaruhi mekanika tubuh.
5. Menjelaskan dampak mekanika tubuh.
6. Menjelaskan pengertian postur tubuh.
7. Menjelaskan pengertian ambulasi dan mobilitas.
8. Melakukan pengaturan posisi.
9. Menjelaskan faktor yang memengaruhi postur tubuh.
10. Menjelaskan jenis mobilitas.
11. Menjelaskan faktor yang memengaruhi mobilitas.
12. Melakukan tindakan yang berhubungan dengan ambulasi dan mobilitas.

KEBUTUHAN MEKANIKA TUBUH

Mekanika tubuh merupakan usaha koordinasi dari muskuloskeletal dan sistem saraf untuk mempertahankan keseimbangan dengan tepat. Pada dasarnya, mekanika tubuh adalah cara menggunakan tubuh secara efisien, yaitu tidak banyak mengeluarkan tenaga, terkoordinasi, serta aman dalam menggerakkan dan mempertahankan keseimbangan selama beraktivitas. Penggunaan mekanika tubuh secara benar dapat meningkatkan fungsi tubuh terhadap susunan muskuloskeletal, mengurangi energi yang dikeluarkan, dan mengurangi kelelahan. Kebutuhan bergerak sangat dibutuhkan karena pergerakan dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia dan melindungi diri dari kecelakaan, seperti jatuh.

Prinsip Mekanika Tubuh

Prinsip yang digunakan dalam mekanika tubuh adalah sebagai berikut:

1. **Gravitasi.** Merupakan prinsip yang pertama yang harus diperhatikan dalam melakukan mekanika tubuh dengan benar, yaitu memandang gravitasi sebagai sumbu dalam pergerakan tubuh. Terdapat tiga faktor yang perlu diperhatikan dalam gravitasi:
 - a. Pusat gravitasi (*center of gravity*), titik yang berada di pertengahan tubuh.
 - b. Garis gravitasi (*line of gravity*), merupakan garis imajiner vertikal melalui pusat gravitasi.
 - c. Dasar dari tumpuan (*base of support*), merupakan dasar tempat seseorang dalam posisi istirahat untuk menopang/menahan tubuh.
2. **Keseimbangan.** Keseimbangan dalam penggunaan mekanika tubuh dicapai dengan cara mempertahankan posisi garis gravitasi di antara pusat gravitasi dan dasar tumpuan.
3. **Berat.** Dalam menggunakan mekanika tubuh, yang sangat diperhatikan adalah berat atau bobot benda yang akan diangkat karena berat benda tersebut akan memengaruhi mekanika tubuh.

Pergerakan Dasar dalam Mekanika Tubuh

Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktivitas manusia. Sebelum melakukan mekanika tubuh, terdapat beberapa

pergerakan dasar yang harus diperhatikan, di antaranya a:

1. **Gerakan (*ambulating*)**

Gerakan yang benar dapat membantu dalam mempertahankan keseimbangan tubuh. Sebagai contoh, keseimbangan pada saat orang berdiri dan saat orang berjalan akan berbeda. Orang yang berdiri akan lebih mudah stabil dibandingkan dengan orang yang berjalan karena pada saat berjalan terjadi perpindahan dasar tumpuan dari sisi satu ke sisi lain dan pusat gravitasi selalu berubah pada posisi kaki. Pada saat berjalan terdapat dua fase, yaitu fase menahan berat dan fase mengayun, yang akan menghasilkan gerakan halus dan berirama.

2. **Menahan (*squatting*)**

Dalam melakukan pergantian, posisi menahan selalu berubah. Sebagai contoh, posisi orang yang duduk akan berbeda dengan orang yang jongkok, dan tentunya berbeda dengan posisi membungkuk. Gravitasi adalah hal yang perlu diperhatikan untuk memberikan posisi yang tepat dalam menahan. Dalam menahan, sangat diperlukan dasar tumpuan yang tepat untuk mencegah kelainan tubuh dan memudahkan gerakan yang akan dilakukan.

3. **Menarik (*pulling*)**

Menarik dengan benar akan memudahkan dalam memindahkan benda. Terdapat beberapa hal yang diperhatikan sebelum menarik benda, di antaranya ketinggian; letak benda (sebaiknya berada di depan orang yang akan menarik); posisi kaki dan tubuh dalam menarik (seperti condong ke depan dari panggul); sodorkan telapak tangan dan lengan atas di bawah pusat gravitasi pasien; lengan atas dan siku diletakkan pada permukaan tempat tidur; serta pinggul, lutut, dan pergelangan kaki diteguk.

4. **Mengangkat (*lifting*)**

Mengangkat merupakan cara pergerakan dengan menggunakan daya tarik ke atas. Ketika melakukan pergerakan ini, gunakan otot-otot besar dari tumit, paha bagian atas, kaki bagian bawah, perut, dan pinggul untuk mengurangi rasa sakit pada daerah tubuh bagian belakang.

5. **Memutar (*pivoting*)**

Memutar merupakan gerakan untuk berputarnya anggota tubuh

dengan bertumpu pada tulang belakang. Gerakan memutar yang baik adalah dengan memerhatikan ketiga unsur gravitasi dalam pergerakan agar tidak memberi pengaruh buruk pada postur tubuh.

Faktor-faktor yang Memengaruhi Mekanika Tubuh

1. Status kesehatan

Perubahan status kesehatan dapat memengaruhi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit, berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan lain-lain.

2. Nutrisi

Salah satu fungsi nutrisi bagi tubuh adalah membantu proses pertumbuhan tulang dan perbaikan sel. Kekurangan nutrisi bagi tubuh dapat menyebabkan kelemahan otot dan memudahkan terjadinya penyakit. Sebagai contoh, tubuh yang kekurangan kalsium akan lebih mudah mengalami fraktur.

3. Emosi

Kondisi psikologis memengaruhi perubahan dalam perilaku individu sehingga dapat menjadi penyebab menurunnya kemampuan mekanika tubuh dan ambulasi yang baik. Seseorang yang mengalami perasaan tidak aman, tidak bersemangat, dan harga diri yang rendah, akan mudah mengalami perubahan dalam mekanika tubuh dan ambulan.

4. Situasi dan kebiasaan

Situasi dan kebiasaan yang dilakukan seseorang, misalnya sering mengangkat benda-benda berat, akan menyebabkan perubahan mekanika tubuh dan ambulasi.

5. Gaya hidup

Perubahan pola hidup seseorang dapat menyebabkan stres dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam beraktivitas, sehingga dapat mengganggu koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan saraf. Hal tersebut pada akhirnya akan mengakibatkan perubahan mekanika tubuh.

6. Pengetahuan

Pengetahuan yang baik terhadap mekanika tubuh akan mendorong

seseorang untuk menggunakannya secara benar, sehingga akan mengurangi energi yang telah dikeluarkan. Sebaliknya, pengetahuan yang kurang memadai dalam penggunaan mekanika tubuh akan menjadikan seseorang berisiko mengalami gangguan koordinasi sistem muskuloskeletal dan saraf.

Dampak Mekanika Tubuh

Penggunaan mekanika tubuh secara benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Kesalahan dalam penggunaan mekanika tubuh dapat menimbulkan dampak sebagai berikut:

1. Terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbulnya kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal.
2. Risiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Apabila seseorang salah dalam berjongkok atau berdiri, maka akan memudahkan terjadinya gangguan dalam struktur muskuloskeletal. Misalnya, kelainan pada tulang vertebrae.

POSTUR (*BODYALIGNMENT*)

Postur tubuh merupakan susunan geometris dari bagian-bagian tubuh yang berhubungan dengan bagian tubuh lain. Bagian yang dipelajari dari postur tubuh adalah persendian, tendon, ligamen, dan otot. Apabila keempat bagian tersebut digunakan dengan benar dan terjadi keseimbangan, maka dapat menjadikan fungsi tubuh maksimal, seperti dalam posisi duduk, berdiri, dan berbaring yang benar.

Postur tubuh yang baik dapat meningkatkan fungsi tangan dengan baik, mengurangi jumlah energi yang digunakan, mempertahankan keseimbangan, mengurangi kecelakaan, memperluas ekspansi paru-paru, meningkatkan sirkulasi renal dan gastrointestinal. Untuk mendapatkan postur tubuh yang benar, terdapat beberapa prinsip yang perlu diperhatikan, di antaranya:

1. Keseimbangan dapat dipertahankan jika garis gravitasi (*line of gravity*—garis imajiner vertikal) melewati pusat gravitasi (*center of gravity*—titik yang berada di pertengahan garis tubuh) dan dasar tumpuan (*base of support*—posisi menyangga atau menopang tubuh).

2. Jika dasar tumpuan lebih luas dan pusat gravitasi lebih rendah, kestabilan dan keseimbangan akan lebih besar.
3. Jika gravitasi berada di luar pusat dasar tumpuan, energi akan lebih banyak digunakan untuk mempertahankan keseimbangan.
4. Dasar tumpuan yang luas dan bagian-bagian dari postur tubuh yang baik akan menghemat energi dan mencegah kelelahan otot.
5. Perubahan dalam posisi tubuh membantu mencegah ketidaknyamanan otot.
6. Memperkuat otot yang lemah dapat membantu mencegah kekakuan otot dan ligamen.
7. Posisi dan aktivitas yang bervariasi dapat membantu mempertahankan otot dan mencegah kelelahan.
8. Pergantian antara masa aktivitas dan istirahat dapat mencegah kelelahan.
9. Membagi keseimbangan antara aktivitas pada lengan dan kaki untuk mencegah beban belakang.
- 10 Postur yang buruk dalam waktu yang lama dapat menimbulkan rasa nyeri, kelelahan otot, dan kontraktur.

Faktor-faktor yang Memengaruhi Postur Tubuh

Pembentukan postur tubuh dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya:

1. **Status kesehatan.** Perubahan status kesehatan dapat menimbulkan keadaan yang tidak optimal pada organ atau bagian tubuh yang mengalami kelelahan atau kelemahan sehingga memengaruhi pembentukan postur tubuh. Hal ini dapat dijumpai pada orang sakit yang banyak mengalami ketidakseimbangan dalam pergerakan.
1. **Nutrisi.** Nutrisi merupakan bahan untuk menghasilkan energi yang digunakan dalam membantu proses pengaturan keseimbangan organ otot, tendon, ligamen, dan persendian. Apabila status nutrisi kurang, kebutuhan energi pada organ tersebut akan kurang sehingga memengaruhi proses keseimbangan.

2. **Emosi.** Emosi dapat menyebabkan kurangnya kendali dalam menjaga keseimbangan tubuh. Hal tersebut dapat memengaruhi proses koordinasi pada otot, ligamen, persendian, dan tulang.
3. **Gaya hidup.** Perilaku gaya hidup dapat membuat seseorang menjadi lebih baik atau bahkan sebaliknya, menjadi buruk. Seseorang yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat, misalnya selalu menggunakan alat bantu dalam melakukan kegiatan sehari-hari, dapat mengalami ketergantungan sehingga postur tubuh tidak berkembang dengan baik.
4. **Perilaku dan nilai.** Adanya perubahan perilaku dan nilai seseorang dapat memengaruhi pembentukan postur tubuh. Sebagai contoh, perilaku dalam membuang sampah di sembarang tempat dapat memengaruhi proses pembentukan postur tubuh orang lain yang berupaya untuk selalu bersih dari sampah.

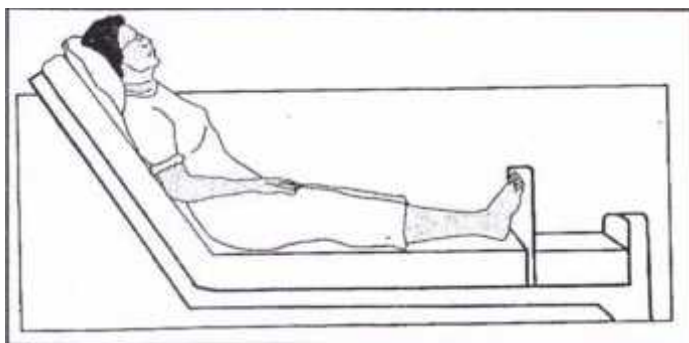
PENGATURAN POSISI

Posisi *Fowler*

Posisi *fowler* adalah posisi setengah duduk atau duduk, di mana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan (Gambar 3.1). Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.

Cara Pelaksanaan:

- a. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan.
- b. Dudukkan pasien.
- c. Berikan sandaran pada tempat tidur pasien atau atur tempat tidur, untuk posisi untuk *fowler* (90°) dan *semifowler* (30-45°).
- d. Anjurkan pasien untuk tetap berbaring setengah duduk.



Gambar 3.1 Cara posisi *fowler* Sumber: Belland dan Wells 1986

BAB IV

KONSEP DASAR PEMERIKSAAN

FISIK PADA IBU, BAYI, DAN

ANAK BALITA

Tujuan Belajar

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan prinsip dasar dan teknik pemeriksaan fisik.
2. Menjelaskan pemeriksaan fisik pada ibu hamil.
3. Menjelaskan pemeriksaan fisik pada bayi dan balita.

PRINSIP DASAR DAN TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan. Dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat teknik dasar yang perlu dipahami, di antaranya:

1. **Inspeksi**

Inspeksi merupakan proses pengamatan atau observasi untuk mendeteksi masalah kesehatan pasien. Cara efektif melakukan inspeksi adalah sebagai berikut :

- a. Atur posisi pasien sehingga bagian tubuhnya dapat diamati secara detail.
- b. Berikan pencahayaan yang cukup.
- c. Lakukan inspeksi pada area tubuh tertentu untuk ukuran, bentuk, warna, kesimetrisan, posisi, dan abnormalitasnya.
- d. Bandingkan suatu area sisi tubuh dengan bagian tubuh lainnya.
- e. Jangan melakukan inspeksi secara terburu-buru.

2. **Palpasi**

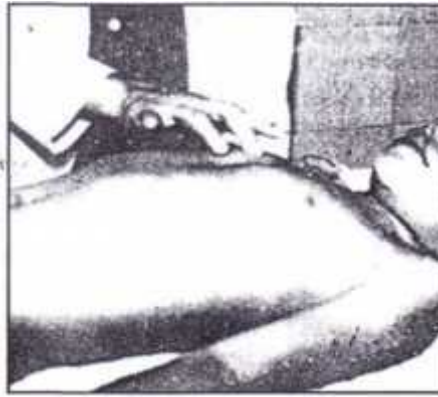
Palpasi merupakan pemeriksaan dengan indra peraba, yaitu tangan, untuk menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan, tekstur, dan mobilitas.

Palpasi membutuhkan kelembutan dan sensitivitas. Untuk itu, hendaknya menggunakan permukaan palmar jari, yang dapat digunakan untuk mengkaji posisi, tekstur, konsistensi, bentuk massa, dan pulsasi. Pada telapak tangan dan permukaan ulnar tangan lebih sensitif pada getaran. Sedangkan untuk mengkaji temperatur, hendaknya menggunakan bagian belakang tangan dan jari.

3. **Perkusi**

Perkusi merupakan pemeriksaan dengan melakukan pengetukan yang menggunakan ujung-ujung jari pada bagian tubuh untuk mengetahui ukuran, batasan, konsistensi organ-organ tubuh, dan menentukan adanya cairan dalam rongga tubuh. Ada dua cara dalam perkusi yaitu cara langsung dan cara tidak langsung (Gambar 4.1 dan Gambar 4.2). Cara langsung dilakukan dengan mengetuk secara langsung menggunakan satu atau dua sidik jari. Sedangkan cara tidak langsung dilakukan dengan menempatkan jari tengah tangan di atas permukaan tubuh dan jari tangan lain, telapak tidak pada permukaan kulit. Setelah mengetuk, jari tangan ditarik ke

belakang.



Gambar 4.1 Cara perkusi langsung
Sumber. Matondang dkk. 2000



Gambar 4.2 Cara perkusi tidak langsung
Sumber. Matondang dkk. 2000

Secara umum, hasil perkusi dibagi menjadi tiga macam, di antaranya sonor. Sonor adalah suara yang terdengar pada perkusi paru-paru normal; pekak suara yang terdengar pada perkusi otot; dan timpani adalah suara yang terdengar pada abdomen bagian lambung. Selain itu, terdapat suara yang terjadi di antara suara tersebut, seperti redup dan hipersonor. Redup adalah suara antara sonor dan pekak sedangkan hipersonor adalah suara antara sonor dan timpani.

Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui stetoskop. Dalam melakukan auskultasi, beberapa hal yang perlu didengarkan di antaranya:

1. Frekuensi atau siklus gelombang bunyi.
2. Kekerasan atau amplitudo bunyi.
3. Kualitas dan lamanya bunyi.

PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU HAMIL

Pemeriksaan fisik pada hamil dapat dilakukan dengan beberapa pemeriksaan. Secara umum meliputi pemeriksaan umum dan pemeriksaan kebidanan.

PEMERIKSAAN UMUM

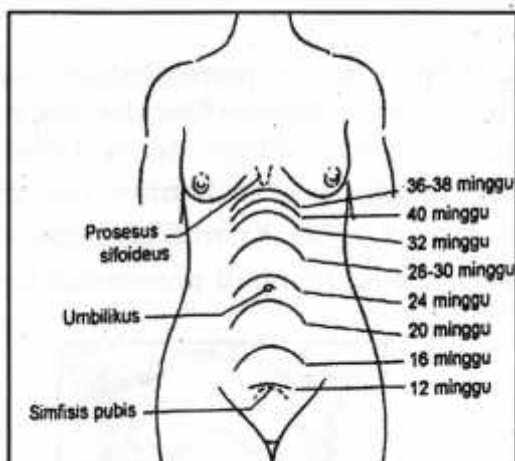
Pemeriksaan umum meliputi pemeriksaan jantung dan paru-paru, reflex, serta tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu, dan pernapasan. Pemeriksaan umum pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan umum ibu, status gizi, tingkat kesadaran, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan.

Pemeriksaan Kebidanan

1. **Inspeksi**, dilakukan untuk menilai keadaan ada tidaknya *cloasma gravidarum* pada muka/wajah, pucat atau tidak pada selaput mata, dan ada tidaknya edema. Pemeriksaan selanjutnya adalah pemeriksaan pada leher untuk menilai ada tidaknya pembesaran kelenjar gondok atau kelenjar limfe. Pemeriksaan dada untuk menilai bentuk buah dada dan pigmentasi puting susu. Pemeriksaan perut untuk menilai apakah perut membesar ke dapan atau ke samping, keadaan pusat, pigmentasi *linea alba*, serta ada tidaknya *striae gravidarum*. Pemeriksaan vulva untuk menilai keadaan *perineum* ada tidaknya tanda *chadwick*, dan adanya fluor. Kemudian pemeriksaan ekstremitas untuk menilai ada tidaknya varises.
2. **Palpasi**, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan secara palpasi dilakukan dengan menggunakan metode Leopold, yakni:
 - a. Leopold I
Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan bagian apa yang ada dalam fundus, dengan cara pemeriksa berdiri sebelah kanan dan menghadap ke muka ibu, kemudian kaki ibu dibengkokkan pada lutut dan lipat paha, lengkungkan jari-jari kedua tangan untuk mengelilingi bagian atas fundus, lalu tentukan apa yang ada di dalam fundus (Gambar 4.3). Bila kepala sifatnya keras, bundar, dan melenting Sedangkan bokong akan lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Tinggi normal fundus selama kehamilan dapat ditentukan sebagaimana Gambar 4.4.



Gambar 4.3 Cara Leopold I

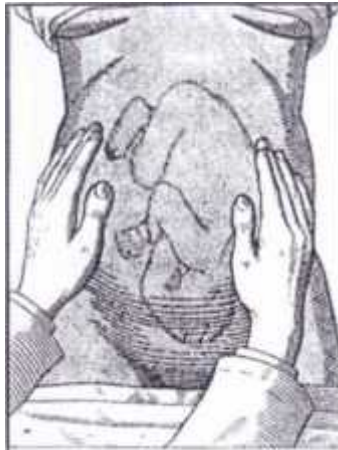


Gambar 4.4 Perkiraan tinggi normal fundus selama kehamilan

Sumber. Varney dkk. 1998

b. Leopold II

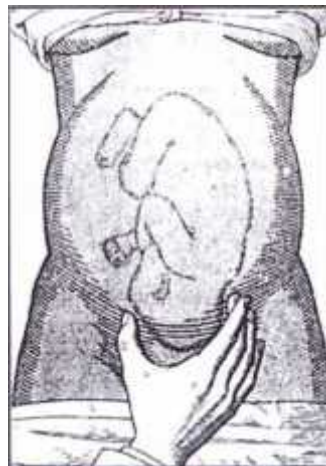
Leopold II digunakan untuk menentukan letak punggung anak dan letak bagian kecil pada anak. Caranya, letakkan kedua tangan pada sisi ute dan tentukan di manakah bagian terkecil bayi (Gambar 4.5).



Gambar 4.5 Cara Leopold II

c. Leopold III

Leopold III digunakan untuk menentukan bagian apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul. Caranya, tekan dengan ibu jari dan jari tengah pada salah satu tangan secara lembut dan masuk ke dalam abdomen pasien di atas simpisis pubis. Kemudian peganglah bagian presentasi bayi, lalu bagian apakah yang menjadi presentasi tersebut (Gambar 4.6).



Gambar 4.6 Cara Leopold III

d. Leopold IV

Leopold IV digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam rongga panggul. Caranya, letakkan kedua tangan di sisi bawah uterus, lalu tekan ke dalam dan gerakan jari-jari ke arah rongga panggul, di manakah tonjolan sefalik dan apakah bagian presentasi telah

masuk (Gambar 4.7). Pemeriksaan ini tidak dilakukan bila kepala masih tinggi. Pemeriksaan Leopold lengkap dapat dilakukan bila janin cukup besar, kira-kira bulan VI ke atas.



Gambar 4.7 Cara Leopold IV

3. **Auskultasi**, dilakukan umumnya dengan stetoskop monoaural untuk mendengarkan bunyi jantung anak, bising tali pusat, gerakan anak, bising rahim, bunyi aorta, serta bising usus. Bunyi jantung anak dapat di dengar pada akhir bulan ke-5, walaupun dengan ultrasonografi dapat diketahui pada akhir bulan ke-3. Bunyi jantung anak dapat terdengar di kiri dan kanan di bawah tali pusat bila presentasi kepala. Bila terdengar setinggi tali pusat, maka presentasi di daerah bokong. Bila terdengar pada pihak berlawanan dengan bagian kecil, maka anak fleksi dan bila sepihak maka defleksi.

Dalam keadaan sehat, bunyi jantung antara 120-140 kali per menit. Bunyi jantung dihitung dengan mendengarkannya selama 1 menit penuh. Bila kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 140 per menit, kemungkinan janin dalam keadaan gawat janin. Selain bunyi jantung anak, dapat didengarkan bising tali pusat seperti meniup. Kemudian bising rahim seperti bising yang frekuensinya sama seperti denyut nadi ibu, bunyi aorta frekuensinya sama seperti denyut nadi dan bising usus yang sifatnya tidak teratur.

Menghitung Taksiran Persalinan

Taksiran kelahiran anak dapat ditentukan dengan menggunakan hukum Naegele. Berdasarkan hukum tersebut, taksiran dapat dilakukan dengan menentukan hari pertama haid terakhir ditambah 7, kemudian hasilnya dikurangi 3 bulan.

PEMERIKSAAN BAYI DAN ANAK BALITA

Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan fisik pada bayi dapat dilakukan oleh bidan, perawat, atau dokter untuk menilai status kesehatannya. Waktu pemeriksaan fisik dapat dilakukan saat bayi baru lahir, 24 jam setelah lahir, dan akan pulang dari rumah sakit.

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

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

Hitung Frekuensi Napas

Pemeriksaan frekuensi napas dilakukan dengan menghitung rata-rata pernapasan dalam satu menit. Napas pada bayi baru lahir dikatakan normal apabila frekuensinya antara 30-60 kali per menit, tanpa adanya retraksi dada dan suara merintih saat ekspirasi. Tetapi apabila bayi dalam keadaan lahir kurang dari 2500 gr atau umur kehamilan kurang dari 37 minggu, kemungkinan adanya retraksi dada ringan dan jika pernapasan berhenti selama beberapa detik secara periodik, maka masih juga dalam batas normal.

Lakukan Inspeksi pada Warna Bayi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah terjadi pucat, ikterus, sianosis sentral, atau lainnya. Umumnya, kondisi kulit bayi dalam keadaan aterm lebih tebal sehingga tampak lebih pucat daripada bayi dalam keadaan preterm.

Hitung Denyut Jantung Bayi dengan Stetoskop

Pemeriksaan denyut jantung dilakukan untuk menilai apakah bayi mengalami gangguan sehingga jantung dalam keadaan tidak normal. Beberapa gangguan tersebut antara lain, seperti suhu tubuh yang tidak normal, perdarahan, atau gangguan napas. Denyut jantung dikatakan normal apabila frekuensinya antara 100-160 kali per menit. Bayi dinyatakan masih dalam keadaan normal apabila frekuensi denyut jantungnya di atas 60 kali per menit dalam jangka waktu yang relatif pendek. Hal ini terjadi beberapa kali per hari selama beberapa hari pertama jika bayi mengalami *distress*.

Ukur Suhu Aksiler

Lakukan pemeriksaan suhu melalui aksiler untuk menentukan apakah bayi dalam keadaan hipo atau hipertermia. Dalam kondisi normal, suhu bayi berkisar antara 36,5-37,5° C.

Kaji Postur dan Gerakan

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai ada tidaknya opistotonos atau hipertensi tubuh yang berlebihan dengan kepala dan tumit ke belakang, sedangkan tubuh melengkung ke depan; adanya kejang atau spasme; dan tremor. Pemeriksaan postur dalam keadaan normal apabila dalam keadaan istirahat, kepala tangan longgar dengan lengan panggul dan lutut semi fleksi. Kemudian pada bayi berat kurang dari 2500 gr atau usia kehamilan kurang dari 37 minggu, ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Apabila bayi yang terletak sungsang dalam kandungan mengalami fleksi penuh pada sendi panggul/lutut atau sendi lutut mengalami ekstensi penuh, sehingga kaki bisa mencapai mulut. Kemudian gerakan ekstremitas bayi harusnya spontan dan simetris disertai dengan gerakan sendi penuh, dan bayi normal dapat sedikit gemetar.

Periksa Tonus atau Tingkat Kesadaran Bayi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai adanya letargi, yakni penurunan kesadaran yang di mana bayi dapat bangun lagi dengan sedikit kesulitan, ada tidaknya layuh seperti tonus otot lemah, mudah terangsang, mengantuk, aktivitas berkurang, dan tidak sadar (tidur yang dalam, tidak merespons terhadap rangsangan).

Dalam keadaan normal, pemeriksaan ini dilakukan pada tingkat kesadaran mulai dari diam hingga sadar penuh dan bayi dapat dibangunkan jika sedang tidur atau dalam keadaan diam.

Pemeriksaan Ekstremitas

Pemeriksaan pada ekstremitas dilakukan untuk menilai ada/tidaknya gerakan ekstremitas abnormal; asimetri; posisi dan gerakan kaki yang abnormal (menghadap ke dalam atau keluar garis tangan); serta kondisi jari kaki yang jumlahnya berlebih atau saling melekat.

Pemeriksaan Kulit

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai ada/tidaknya kemerahan pada kulit atau pembengkakan; postula (kulit melepuh); luka atau trauma; bercak atau tanda abnormal pada kulit; elastisitas kulit; serta ruam popok (bercak merah terang di kulit daerah popok pada bokong). Pemeriksaan ini normal apabila tanda, seperti eritema toksikum (titik merah dan pusat putih kecil pada muka, tubuh, dan punggung) pada hari kedua atau selanjutnya, kulit tubuh yang terkelupas pada hari pertama.

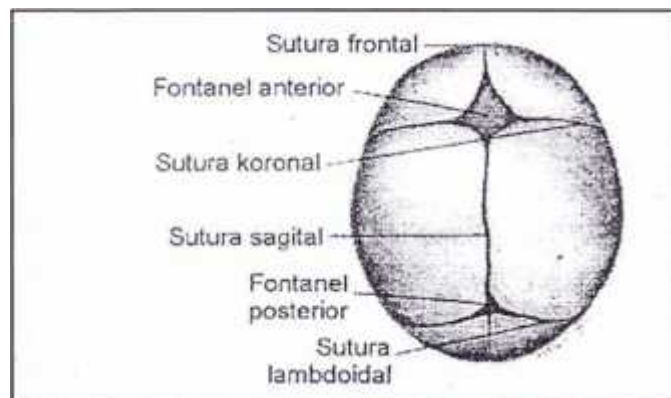
Pemeriksaan Tali Pusat

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai apakah ada kemerahan; bengkak; nanah atau berbau; atau lainnya pada tali pusat. Pemeriksaan ini normal apabila warna tali pusat putih kebiruan pada hari ke-1 dan mulai mengering atau mengecil, kemudian lepas pada hari ke-7 hingga ke-10.

Pemeriksaan Kepala atau Muka

Cara:

1. Lakukan inspeksi daerah kepala.
2. Lakukan penilaian pada bagian tersebut (Gambar 4.8), di antaranya:
 - a. Asimetri atau tidaknya maulage, yaitu tulang tengkorak yang saling menumpuk pada saat lahir.
 - b. Ada tidaknya *caput succedaneum*, yaitu edema pada kulit kepala, lunak dan tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas, serta menyeberangi sutura dan akan hilang dalam beberapa hari.
 - c. Ada tidaknya *cephal haematum*, yang terjadi sesaat setelah lahir dan tidak tampak pada hari pertama karena tertutup oleh *caput succedaneum*. Cirinya konsistensi lunak, berfluktuasi, berbatas tegas pada tepi tulang tengkorak, tidak menyeberangi sutura dan apabila menyeberangi sutura kemungkinan mengalami fraktur tulang tengkorak. *Cephal haematum* dapat hilang sempurna dalam waktu 2-6 bulan.
 - d. Ada tidaknya perdarahan, yang terjadi karena pecahnya vena yang menghubungkan jaringan di luar sinus dalam tengkorak. Batasnya tidak tegas sehingga bentuk kepala tampak asimetris, sering diraba terjadi fluktuasi dan edema.
 - e. Adanya fontanel dengan cara palpasi dengan menggunakan jari tangan. Fontanel posterior akan dilihat proses penutupan setelah umur 2 bulan dan fontanel anterior menutup saat usia 12-18 bulan.



Gambar 4.8 Pengukuran fontanel dan sutura

Pemeriksaan Mata

Pemeriksaan mata dilakukan pada kelopak mata untuk menilai ada/tidaknya kemerahan atau pembengkakan; nanah yang keluar dari mata; dan perdarahan subkonjungtiva.

Cara:

1. Lakukan inspeksi daerah mata.
2. Tentukan penilaian ada tidaknya kelainan, seperti:
 - a. Strabismus (koordinasi gerakan mata yang belum sempurna), dengan cara menggoyang kepala secara perlahan-lahan sehingga mata bayi akan terbuka.
 - b. Kebutaan, seperti jarang berkedip atau sensitifitas terhadap cahaya berkurang.
 - c. *Sindrom Down*, ditemukan *epicanthus* melebar.
 - d. Glaukoma kongenital, terlihat pembesaran dan terjadi kekeruhan pada kornea.
 - e. Katarak kongenital, apabila terlihat pupil yang berwarna putih.

Pemeriksaan Telinga

Cara:

1. Bunyikan bel atau suara. Apabila terjadi refleks terkejut, maka pendengarannya baik. Kemudian apabila tidak terjadi refleks, maka kemungkinan akan terjadi gangguan pendengaran.

Pemeriksaan Hidung

Cara:

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

Pemeriksaan Mulut

Cara:

1. Lakukan inspeksi adanya kista pada mukosa mulut.
2. Amati warna, kemampuan refleks mengisap. Apabila lidah menjulur keluar, dapat dinilai adanya kecacatan kongenital.
3. Amati adanya bercak pada mukosa mulut, palatum, dan pipi. Biasanya disebut sebagai *Monilia albicans*.
4. Amati gusi dan gigi, untuk menilai adanya pigmen.

Pemeriksaan Abdomen dan Punggung

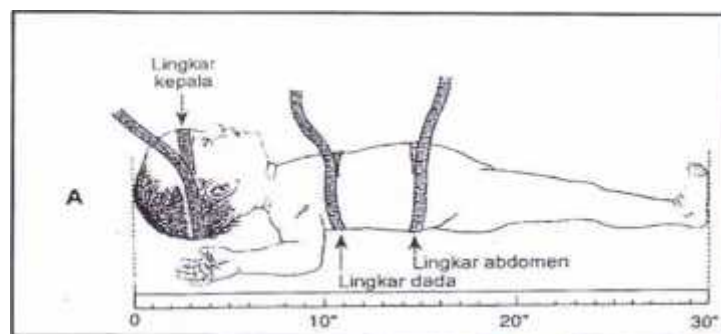
Cara:

1. Lakukan inspeksi bentuk abdomen. Apabila abdomen membuncit, kemungkinan disebabkan *hepatosplenomegali* (cairan di dalam rongga perut) dan adanya kembung.
2. Lakukan auskultasi adanya bising usus.
3. Lakukan perabaan organ hati. ymunnya, teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan. Sedangkan limpa teraba 1 cm di bawah arkus kosta kiri.
4. Lakukan palpasi ginjal dengan mengatur posisi telentang dan tungkai bayi dilipat agar otot-otot dinding perut dalam keadaan relaksasi. Batas bawah ginjal dapat diraba setinggi umbilikus, di antara garis tengah dan tepi perut. Bagian ginjal dapat diraba sekitar 2-3 cm. Adanya pembesaran pada ginjal dapat disebabkan oleh neoplasma, kelainan bawaan, atau trombosis vena renalis.
5. Letakkan bayi dalam posisi tengkurap, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan seperti spinabifida/mielomeningokel (defek tulang punggung sehingga medula spinalis dan selaput otak menonjol).

Pengukuran Antropometri

Cara:

1. Lakukan pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan lingkar dada (Gambar 4.9).
2. Lakukan penilaian hasil pengukuran:
 - a. Berat badan normal adalah 2500-3500 gr. Berat badan yang kurang dari 2500 gr disebut bayi prematur sedangkan berat badan bayi yang saat lahir lebih dari 3500 gr disebut *macrosomia*.
 - b. Panjang badan normal adalah 45-50 cm.
 - c. Lingkar kepala normal adalah 33-35 cm.
 - d. Lingkar dada normal adalah 30-33 cm, apabila diameter kepala lebih besar 3 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami *hydrocephalus* dan apabila diameter kepala lebih kecil 3 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami *microcephalus*.



Gambar 4.9 Cara pengukuran antropometri

Sumber. Wong 1999

Pemeriksaan Genitalia

Cara:

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

Pemeriksaan Urine dan Tinja

Pemeriksaan urine dan tinja dilakukan untuk menilai ada/tidaknya diare dan kelainan pada daerah anus. Pemeriksaan ini normal apabila bayi berak cair antara 6-8 kali per menit. Dapat dicurigai apabila frekuensinya meningkat dan adanya lendir atau darah. Adanya perdarahan per vagina pada bayi baru lahir, dapat terjadi selama beberapa hari pada minggu pertama hidupnya.

(MNH-JHPEGO 2002).

Pemeriksaan Refleks

Tabel 4.1 Pemeriksaan reflex

Pemeriksaan Refleks	Cara Pengukuran	Kondisi Normal	Kondisi Patologis
Berkedip.	Sorotkan cahaya ke mata bayi.	Dijumpai pada tahun pertama.	Jika tidak dijumpai menunjukkan kebutaan.
Tanda Babinski	Gores telapak kaki sepanjang tepi luar, dimulai dari tumit.	Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumpai sampai umur 2 tahun.	Bila pengembangan jari kaki dorsofleksi, maka ada tanda lesi ekstrapiramidal setelah umur 2 tahun
Merangkak.	Letakkan bayi tengkurap di atas permukaan yang rata.	Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen.	Apabila gerakan tidak simetris, maka ada tanda neurologi.
	Pegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang	Kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras. Dijumpai pada 4-8	Refleks menetap melebihi 4-8 minggu merupakan keadaan abnormal.

Menari/ melangkah.	keras.	minggu pertama.	
	Sentuh lidah dengan ujung spatel lidah.	Lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh. Dijumpai pada umur 4 bulan.	Ekstensi lidah yang persisten adanya Sindrom Down.
Ekstrusi.	Gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong.	Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi. Dijumpai pada 4-8 minggu pertama.	Tidak adanya reflek menunjukkan lesi medula spinalis transversa.
Galant's.			

Pemeriksaan Refleks	Cara Pengukuran	Kondisi Normal	Kondisi Patologis
Moro's	Ubah posisi dengan tiba-tiba atau pukulan meja/tempat tidur	Lengan ekstensi, jari-jari mengembang, kepala terlempat ke belakang, tungkai sedikit ekstensi, lengan kembali ke tengah dengan tangan menggenggam, tulang belakang dan ekstremitas bawah ekstensi. Lebih kuat selama 2 bulan dan menghilang pada umur 3-4 bulan.	Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Respons tidak simetris menunjukkan adanya hemiparesis, fraktur klavikula, atau cedera fleksus brachialis. Tidak ada respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cedera medulla spinalis.
Neck righting	Letakkan bayi dalam posisi telentang, coba menarik perhatian bayi dari satu sisi	Bila bayi telentang, bahu dan badan kemudian pelvis berotasi ke arah di mana bayi diputar. Dijumpai selama 10 bulan pertama.	Tidak ada refleks atau refleks menetap lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat.
Menggenggam (<i>palmar grasp</i>)	Letakkan jari di		Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleks

Rooting	telapak tangan bayi dari sisi ulnar, jika refleks lemah atau tidak ada, berikan bayi botol atau dot karena mengisap akan mengeluarkan refleks.	Jari-jari bayi melengkung di sekitar jari yang diletakkan di telapak tangan bayi dari sisi ulnar. Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan.	menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral
			Tidak adanya refleks, menunjukkan adanya gangguan neurologi berat.
Kaget (startle)	Gores sudut mulut bayi garis tengah bibir.	Bayi memutar ke arah pipi yang digores. Refleks ini menghilang pada umur 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur.	Tidak adanya refleks, menunjukkan adanya gangguan pendengaran.
Mengisap	Bertepuk tangan dengan keras.	Bayi mengekstensi dan memfleksi lengan dalam berespons terhadap suara yang keras, tangan tetap rapat. Refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan.	Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal.
	Berikan botol dan dot pada bayi.	Bayi mengisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mung-kin terjadi selama tidur tanpa stimulasi.	

Pemeriksaan Refleks	Cara Pengukuran	Kondisi Normal	Kondisi Patologis
<i>Tonick neck</i>	Putar kepala dengan cepat kesatu sisi.	Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaranh kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi setiap kali	Tidak normal bila respons terjadi setiap kepala diputar. Jika menetap, menunjukkan adanya kerusakan serebral mayor.

kepala diputar. Tampak
kira-kira pada
umur 2 bulan dan
menghilang pada umur
6 bulan

Sumber: Engel 1995

Pemeriksaan Fisik Anak Balita

Pemeriksaan ini yang bertujuan untuk memperoleh data status kesehatan anak dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosis. Pemeriksaan pada anak meliputi pemeriksaan keadaan umum dan khusus.

Keadaan Umum

Pemeriksaan keadaan umum meliputi pemeriksaan status kesadaran, status gizi tanda vital, dan lain-lain.

Pemeriksaan Status Kesadaran

Pemeriksaan ini bertujuan menilai status kesadaran anak. Penilaian status kesadaran ada dua, yaitu penilaian secara kualitatif dan penilaian secara kuantitatif. Penilaian secara kualitatif antara lain: compos mentis, apatis somnolen, sopor, koma, dan delirium. Compos mentis yaitu anak mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Apatitis yaitu anak mengalami acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya. Somnolen yaitu anak memiliki kesadaran yang lebih rendah, ditandai dengan anak tampak mengantuk; selalu ingin tidur; dan tidak responsif terhadap rangsangan ringan, tetapi masih memberikan respons terhadap rangsangan yang kuat. Sopor yaitu anak tidak memberikan respons ringan maupun sedang tetapi masih memberikan respons sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanya refleks pupil terhadap cahaya yang masih positif. Koma yaitu anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apa pun sehingga refleks pupil terhadap cahaya tidak ada. Delirium yaitu tingkat kesadaran yang paling bawah, ditandai dengan disorientasi yang sangat iritatif, kacau, dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.

Penilaian kesadaran secara kuantitatif dapat diukur melalui penilaian skala koma (nilai koma di bawah 10) yang dinyatakan dengan Glasgow Coma Scale (GCS). Adapun penilaian sebagai berikut :

1. Aspek membuka mata
 - a. Spontan : 4
 - b. Dengan diajak bicara : 3
 - c. Dengan rangsangan nyeri : 2
 - d. Tidak membuka : 1
2. Respon verbal
 - a. Sadan dan orientasi ada : 5

- b. Berbicara tanpa kacau : 4
- c. Berkata tanpa arti : 3
- d. Hanya mengerang : 2
- e. Tidak ada suara : 1
- 3. Respon motoric
- a. Sesuai perintah : 6
- b. Terhadap rangsangan nyeri
 - 1) Timbul gerakan normal : 5
 - 2) Fleksi cepat dan abduksi bahu : 4
 - 3) Fleksi lengan dengan adduksi bahu : 3
 - 4) Ekstensi lengan, adduksi, endorotasi bahu, dan pronasi lengan bawah : 2
 - 5) Tidaka da gerakan : 1

(digunakan pada usia > 2 tahun)

Penentuan nilai dilakukan dengan menjumlahkan masing-masing aspek penilaian yaitu: aspek membuka mata + respons verbal + respons motorik.

Sedangkan untuk mengetahui tingkat kesadaran pada usia < 2 tahun adalah sebagai berikut:

		Parameter	Keterangan/Hasil
Pupil	Kanan	Ukuran	
	Kiri	Reaksi Ukuran Reaksi	

Skala pupil diketahui dengan ukuran diameter (mm)

Keterangan: +++ : Cepat.
 + : Tersendat-sendat.
 - : Tidak ada reaksi.
 ┐ : Mata menutup karena pembengkakan.

Khusus untuk skala GCS, pada respons verbalnya adalah sebagai berikut :

- 5 : Tersenyum, mendengar, atau mengikuti**
- 4 : Menangis atau tenang**
- 3 : Menangis peristen yang tidak tepat**
- 2 : Agitasi atau gelisah**
- 1 : Tidak ada respons.**

Pemeriksaan Status Gizi

Penilaian tentang status gizi dapat dilakukan dengan cara seperti pada pemeriksaan antropometrik, yang meliputi pemeriksaan berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, pemeriksaan klinis, dan laboratorium. Lihat di bagian penilaian pertumbuhan dan perkembangan di akhir bab ini.

Pemeriksaan Nadi

Pemeriksaan nadi seharusnya dilakukan dalam keadaan tidur atau istirahat. Pemeriksaan nadi dapat disertai dengan pemeriksaan denyut jantung untuk mengetahui adanya pulsus defisit, yaitu denyut jantung yang tidak cukup kuat untuk menimbulkan denyut nadi sehingga denyut jantung lebih tinggi dari pada denyut nadi. Setelah itu dilakukan pemeriksaan kecepatan atau frekuensi nadi. Takikardia adalah kasus di mana denyut jantung lebih cepat daripada kecepatan normal. Hal ini dapat dijumpai pada keadaan hipertermia, aktivitas tinggi, kecemasan, miokarditis, gagal jantung, dehidrasi, dan lain-lain. Hipertermia dapat meningkatkan denyut nadi sebanyak 15-20 kali per menit setiap peningkatan suhu 1°C.

Tabel 4.2 Frekuensi nadi

Umur	Frekuensi Nadi Rata-rata
Lahir	140
1 bulan	130
1-6 bulan	130
6-12 bulan	115
1-2 tahun	110
2-4 tahun	105

Sumber: Engel 1995

Penilaian denyut nadi yang lain adalah takikardia sinus yang ditandai dengan variasi 10-15 denyutan dari menit ke menit, serta takikardia supraventri paroksismal yang ditandai dengan sulit penghitungan pada nadi karena terlalu cepat (lebih dari 200 kali per menit) dan kecepatan nadi konstan sepanjang serangan.

Di samping takikardia, terdapat bradikardia yang merupakan frekuensi denyut jantung lebih lambat dari normal. Dalam penilaian bradikardia, terdapat bradikardia sinus dan bradikardia relatif yang terjadi apabila denyutan nadi lebih sedikit dibandingkan dengan kenaikan suhu.

Pemeriksaan nadi yang lain adalah iramanya, yaitu berupa normal tidaknya irama nadi. Disritmia (aritmia) sinus merupakan ketidakteraturan nadi, denyut nadi lebih cepat saat inspirasi dan akan lebih lambat saat ekspirasi. Kemudian, apabila teraba nadi sepasang-sepasang dinamakan pulsus bigeminus dan apabila teraba tiga kelompok-kelompok disebut pulsus trigeminus. Kelainan lebih lanjut dapat dilihat dengan elektrokardiografi.

Tabel 4.3 Pola nadi

Pola Nadi	Deskripsi
Bradikardia.	Frekuensi nadi lambat.
Takikardia.	Frekuensi nadi meningkat, dalam keadaan pada ketakutan, menangis, aktivitas tinggi atau demam yang menunjukkan penyakit
Sinus Aritmia.	Frekuensi nadi meningkat selama inspi: menurun selama ekspirasi. Sinus aritm merupakan variasi normal pada anak, khususnya selama tidur.
Pulsus Alternans.	Denyut nadi yang silih berganti kuat-lei kemungkinan menunjukkan gagal janti
Pulsus Bigeminus.	Denyut berpasangan yang berhubungan denyut prematur.
Pulsus Paradoksus.	Kekuatan nadi menurun dengan inspire
Thready Pulse.	Denyut nadi cepat dan lemah menunjuk adanya tanda syok, nadi sukar dipalpas muncul dan menghilang.
Pulsus Corrigan.	Denyut nadi kuat dan berdetak-detak. 1 disebabkan oleh variasi yang luas pada nadi.

Sumber. Engel 1995

Selain itu, pemeriksaan terhadap kualitas nadi apakah normal atau cukup dapat dinilai dari adanya pulsus seler, yang ditandai dengan nadi teraba sangat kuat dan turun dengan cepat akibat tekanan nadi (perbedaan tekanan sistolik dan diastolik yang sangat besar), dan apabila lemah menunjukkan adanya kegagalan dalam sirkulasi. Adanya *pulsus parvus et tardus* ditandai dengan amplitude nadi yang rendah dan teraba lambat naik dapat terjadi pada stenosis aorta. *Pulsus alternans* ditandai dengan denyut nadi yang berselang-seling kuat dan lemah menunjukkan adanya beban ventrikel kiri yang berat. *Pulsus paradoksi* ditandai dengan nadi yang teraba jelas lemah saat inspirasi dan teraba normal atau kuat saat ekspirasi yang dapat menunjukkan tamponade jantung.

Cara Memeriksa Denyut Nadi

Persiapan Alat dan Bahan :

1. Arloji (jam) atau *stopwatch*.
2. Buku catatan nadi

Prosedur kerja :

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan.
3. Atur posisi pasien.
4. Letakkan kedua lengan di sisi tubuh dengankedudukan volar.
5. Tentukan letak arteri(denyut nadi yang akan dihitung).
6. Periksa denyut nadi (arteri) dengan menggunakan ujung jari II,III, dan IV. Tentukan frekuensinya, jumlah denyut nadi per menit dan irama (teratur atau tidak).
7. Cuci tangan.
8. Catat nadi.

Pemeriksaan Tekanan Darah

Dalam pemeriksaan tekanan darah, selain hasil sebaiknya dicantumkan pula posisi atau keadaan saat pemeriksaan, seperti tidur, duduk, berbaring atau menangis, sebab posisi tersebut memengaruhi hasil penilaian tekanan darah yang dilakukan. Pemeriksaan dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung pada pasien. Metode yang lebih sering dilakukan adalah metode tidak langsung dengan menggunakan sfigmomanometer (*sphygmomanometer*), secara palpasi atau auskultasi, dengan bantuan stetoskop. Pemeriksaan ini bertujuan menilai adanya kelainan pada gangguan sistem kardiovaskuler. Jika terdapat perbedaan tekanan sistolik pada saat inspirasi dan ekspirasi lebih dari 10 mmHg maka dapat dikatakan anak mengalami *pulsus paradoksus* yang kemungkinan terjadinya tamponade jantung, gagal jantung, dan lain-lain.

Tabel 4.4 Tekanan darah normal

Umur	Tekanan Sistolik/Diastolik (mmhg)
1 bulan	86/54
6 bulan	90/60
1 tahun	96/65
2 tahun	99/65
4 tahun	99/65

Sumber: Engel 1995

Cara Memeriksa Tekanan Darah

Persiapan Alat dan Bahan:

1. *Sphygmomanometer* yang terdiri atas:
 - a. Manometer air raksa + klep penutup dan pembuka.
 - b. Manchet udara sesuai dengan ukuran anak.
 - c. Selang karet.
 - d. Pompa udara dari karet + sekrup pembuka dan penutup.
2. Stetoskop.
3. Buku catatan tanda vital.

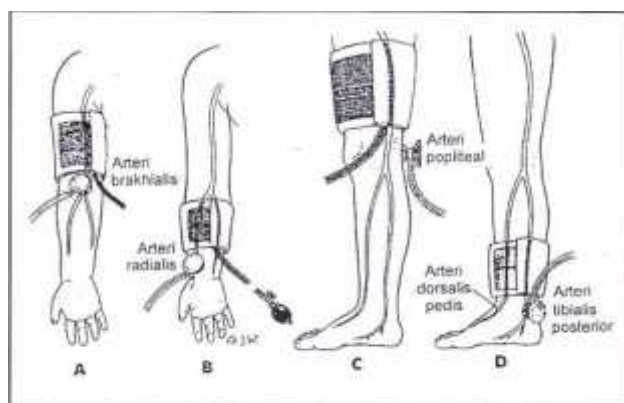
Prosedur kerja:

Cara Palpasi

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan pada anak dan keluarga mengenai prosedur yang akan dilakukan.
3. Atur posisi pasien.
4. Letakkan lengan yang hendak di ukur tekanan darah dengan kedudukan volar.
5. Lengan baju di buka.
6. Pasang manset anak pada lengan kanan atas sekitar 3 cm di atas fossa cubiti (jangan terlalu ketat maupun longgar).
7. Tentukan denyut nadi arteri radialis dekstra.
8. Pompakan udara ke dalam manset sampai denyut nadi arteri radialis tidak teraba.
9. Pompakan terus setinggi manometer 20 mmHg, lebih tinggi dari titik radialis tidak teraba.
10. Palpasikan pada daerah denyut nadi arteri dan keluarkan udara dalam manchet secara pelan-pelan dan berkesinambungan dengan memutar sekrup berlawanan arah jarum jam pada pompa udara.
11. Catat hingga mmHg pada manometer, di mana arteri pertama berdenyut kembali.
12. Nilai pertama menunjukkan sistolik secara palpasi.
13. Cuci tangan.
14. Catat hasil.

Cara Auskultasi

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan pada pasien.
3. Atur posisi pasien.
4. Letakkan lengan yang hendak di ukur tekanan darah dengan kedudukan volar.
5. Lengan baju di buka.
6. Pasang manset anak pada lengan kanan atas sekitar 3 cm di atas *fossa cubiti* (jangan terlalu ketat maupun longgar).
7. Tentukan denyut nadi arteri radialis dekstra.
8. Pompakan udara ke dalam manchet sampai denyut nadi tidak teraba dengan tekanan rata-rata tekanan normal.
9. Letakkan stetoskop pada arteri tersebut dan dengarkan.
10. Keluarkan udara dalam manchet secara perlahan dan berkesinambungan dengan memutar sekrup pada pompa udara berlawanan arah jarum jam.
11. Catat hingga mmHg pada manometer di mana arteri pertama berdenyut kembali.
12. Catat tinggi mmHg pada manometer:
 - a. Fase Korotkoff I
Menunjukkan besarnya tekanan sistolik secara auskultasi.
 - b. Fase Korotkhoff IV/V
Menunjukkan besarnya tekanan diastolik secara auskultasi.
13. Cuci tangan.
14. Catat hasil.



Gambar 11.10 Daerah pengukuran tekanan darah

Pemeriksaan Pernapasan

Sumber: Wong 1999

Pemeriksaan Pernafasan

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai frekuensi pernapasan, irama, kedalaman, dan tipe atau pola pernapasan.

Tabel 4.5 Pola pernapasan

Pola Pernapasan	Deskripsi
Dispnea.	Susah bernapas yang ditunjukkan dengan adanya retraksi.
Bradipnea.	Frekuensi pernapasan lambat yang abnormal, irama teratur.
Takipnea.	Frekuensi pernapasan cepat yang abnormal.
Hiperpnea.	Pernapasan cepat dan dalam.
Apnea.	Tidak ada pernapasan.
Cheyne Stokes.	Periode pernapasan cepat dalam yang bergantian dengan periode apnea. Umumnya pada bayi dan pada anak selama tidur nyenyak, depresi, dan kerusakan otak.
Kusmaul.	Napas dalam yang abnormal bisa cepat, normal, atau lambat. Pada umumnya pada asidosis metabolik.
Biot.	Tidak teratur terlihat pada kerusakan otak bagian bawah dan depresi pernapasan.

Sumber: Engel 1995

Cara Memeriksa Pernapasan

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Arloji (jam) atau *stopwatch*.
2. Buku catatan.

Prosedur kerja:

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan pada pasien.
3. Atur posisi pasien, dapat dengan posisi tidur telentang.
4. Hitung frekuensi dan irama pernapasan.
5. Catat hasil.
6. Cuci tangan.

Pemeriksaan Suhu

Pemeriksaan ini dapat dilakukan melalui oral, rektal, dan aksila, digunakan untuk menilai keseimbangan suhu tubuh serta membantu menentukan diagnosis dini suatu penyakit.

Tabel 4.6 Suhu tubuh normal

Umur	Suhu (° C)
3 bulan	37,5
1 tahun	37,7
3 tahun	37,2
5 tahun	37,0

Sumber: Ertgel 1995

Cara Memeriksa Suhu secara Oral

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Termometer.
2. Tiga buah botol.
 - a. Botol pertama berisi larutan sabun.
 - b. Botol kedua berisi larutan desinfektan.
 - c. Botol ketiga berisi air bersih.
3. Bengkok.
4. Kertas/tisu.

5. Vaseline.
6. Buku catatan suhu.
7. Sarung tangan.

Prosedur kerja:

1. Cuci tangan.
2. Gunakan sarung tangan.
3. Jelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan kepada pasien.
4. Atur posisi pasien.
5. Tentukan letak bawah lidah.
6. Turunkan suhu termometer di bawah 34-35° C.
7. Letakkan termometer di bawah lidah sejajar dengan gusi.
8. Anjurkan mulut agar dikatupkan selama 3-5 menit.
9. Angkat termometer dan baca hasilnya.
10. Catat hasil.
11. Bersihkan termometer dengan kertas tisu.
12. Cuci dengan air sabun dan desinfektan. Bilas dengan air bersih, lalu keringkan.

Cara Memeriksa Suhu secara Rektal

1. Cuci tangan.
2. Gunakan sarung tangan.
3. Jelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan pada pasien.
4. Atur posisi pasien dengan posisi sim atau miring.
5. Pakaian diturunkan sampai bawah glutea.
6. Tentukan termometer, standarkan pada nilai nol. Lalu oleskan vaselin.
7. Letakkan telapak tangan pada sisi glutea pasien dan masukkan termometer ke dalam rektal. Jaga jangan sampai berubah tempatnya dan ukur suhu.
8. Setelah 3-5 menit angkat termometer.
9. Catat hasil.
10. Bersihkan termometer dengan kertas tisu.
11. Cuci dengan air sabun dan desinfektan. Bilas dengan air bersih, lalu keringkan.

Cara Memeriksa Suhu secara Aksila

1. Cuci tangan.
2. Gunakan sarung tangan.
3. Jelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan pada pasien.
4. Atur posisi pasien.
5. Tentukan letak aksila dan bersihkan daerah aksila dengan tisu.
6. Turunkan suhu termometer di bawah 34-35° C.
7. Letakkan termometer pada daerah aksila dengan lengan pasien dilipatkan ke dada.
8. Setelah 3-10 menit, termometer diangkat dan dibaca hasilnya.

9. Catat hasil.
10. Bersihkan termometer dengan kertas tisu.
11. Cuci dengan air sabun dan desinfektan. Bilas dengan air bersih, lalu keringkan.

Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan khusus meliputi pemeriksaan kulit, kuku, rambut, dan kelenjar getah bening; pemeriksaan kepala dan leher; pemeriksaan dada; pemeriksaan abdomen; dan lain-lain.

Pemeriksaan Kulit, Kuku, Rambut, dan Kelenjar Getah Bening **Pemeriksaan Kulit**
Pemeriksaan kulit ini dilakukan untuk menilai warna, adanya sianosis, ikterus, ekzema, pucat, purpura, eritema, makula, papula, vesikula, pustula, ulkus, turgor kulit (lihat Gambar 11.11), kelembapan kulit, tekstur kulit, dan edema. Penilaian warna kulit ini bertujuan untuk mengetahui adanya pigmentasi dan kondisi normal yang dapat disebabkan oleh melanin pada kulit.

Tabel 4.7 Warna kulit

Warna Kulit	Deskripsi
Coklat.	Menunjukkan adanya penyakit Addison atau beberapa tumor hipofisis.
Biru kemerahan.	Menunjukkan polisitemia.
Merah.	Alergi dingin, hipertermia, psikologis, alkohol, atau inflamasi lokal.
Biru (sianosis) pada kuku.	Sianosis perifer karena kecemasan, kedinginan, atau sentral disebabkan oleh penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen ke bagian yang meliputi bibir, mulut, dan badan.
Kuning.	Ikterus yang menyertai penyakit pada organ hati, hemolisis sel darah merah, obstruksi saluran empedu atau infeksi berat yang dapat dilihat pada sklera, membran mukosa, dan abdomen. Bila terdapat pada telapak tangan dan kaki, serta muka, maka bukan sklera yang menunjukkan adanya akibat memakan wortel dan kentang. Bila pada area kulit terbuka tidak pada sklera dan membran mukosa, maka hal itu menunjukkan adanya penyakit ginjal kronik.
Pucat (kurang merah muda pada orang kulit putih) atau warna abu-abu pada kulit hitam.	Menunjukkan adanya sinkop, demam, syok, dan anemia.
Kekurangan warna secara umum.	Albinisme

Sumber: Engel 1995

Tabel 4.8 Cara dan keadaan patologis pemeriksaan kelembapan kulit:

Cara	Patologis
Amati kelembapan daerah kulit.	
Normal: Agak kering.	Kulit kering pada daerah bibir, tangan, atau genital menunjukkan adanya dermatitis kontak.
Normal: Membran mukosa lembap.	Kekeringan secara menyeluruh disertai dengan lipatan dan membran mukosa yang lembap menunjukkan terlalu sering terpapar sinar matahari, sering mandi, atau kurang gizi. Sedangkan kering pada membran mukosa menunjukkan adanya dehidrasi atau kedinginan.

Sumber: Engel 1995

Tabel 4.9 Cara dan keadaan patologis pemeriksaan suhu kulit

Cara	Patologis
Lakukan palpasi pada daerah kulit dengan punggung tangan pada ekstremitas dan bagian tubuh lain	Adanya hipertermia menunjukkan adanya demam, terbakar sinar matahari, dan gangguan otak. Sedangkan hipotermia menunjukkan adanya syok. Hipertemia lokal menunjukkan adanya luka bakar atau infeksi. Sedangkan hipotermia lokal menunjukkan adanya terpapar dingin.

Sumber: Engel 1995

Tabel 4.10 Cara dan keadaan patologis pemeriksaan tekstur kulit

Cara	Patologis
Lakukan inspeksi dan palpasi terhadap tekstur kulit.	Kulit kasar dan kering menunjukkan terlalu sering mandi, kurang gizi, terpapar cuaca, dan gangguan endokrin.
Normalnya kulit bayi dan anak adalah lembut.	Kulit mengelupas atau bersisik pada jari-jari tangan atau kaki menunjukkan adanya ekzema, dermatitis atau infeksi jamur.
	Sisik berminyak pada kulit kepala menunjukkan adanya dermatitis seborrhoik. Bercak-bercak hipopigmentasi serta bersisik pada muka dan tubuh bagian atas menunjukkan ekzema.

Sumber. Engel 1995

Tabel 4.11 Cara dan keadaan patologis pemeriksaan turgor kulit

Cara	Patologis
Lakukan palpasi pada daerah kulit dengan mencubit lengan atas atau abdomen dan kemudian melepaskannya secara cepat.	Lipatan kulit kembalinya lambat dan adanya tanda yang menunjukkan adanya dehidrasi atau malnutrisi, penyakit kronik, atau gangguan otot.
Normal: kulit kembali seperti semula dengan cepat tanpa meninggalkan tanda.	

Sumber. Engel 1995

Tabel 4.12 Cara dan keadaan patologis pemeriksaan edema kulit

Cara	Patologis
Lakukan palpasi pada daerah kulit dengan melakukan penekanan pada daerah kulit yang kelihatan bengkak menggunakan jari telunjuk.	Edema daerah periorbital menunjukkan adanya banyak menangis, alergi, baru bangun tidur atau penyakit ginjal.
Lakukan telunjuk yang menetap setelah telunjuk diangkat menunjukkan adanya pitting edema.	Edema pada ekstremitas bawah dan bokong menunjukkan kelainan pada ginjal dan jantung.

Sumber: Engel 1995

Tabel 4.13 Cara dan keadaan patologis pemeriksaan adanya lesi kulit

Cara	Patologis
Lakukan inspeksi dan palpasi pada daerah kulit dengan memerhatikan distribusi, bentuk, warna, ukuran, dan konsistensi seperti:	Hampir semua lesi menunjukkan adanya urtikaria, ekzema, dermatitis kontak atau reaksi alergi.
Makula: Massa rata ukuran kecil kurang dari 1 cm berbeda dari kulit sekitar.	Bentol yang kecil atau besar yang berkelompok dapat menunjukkan adanya urtikaria.
Papula: Massa padat menonjol ukuran kecil kurang dari 1 cm.	Adanya eritema, vesikel, krusta, dan ruam yang gatal pada pipi dan kulit kepala menunjukkan adanya dermatitis atopik (ekzema).
Nodul: Massa padat dan menonjol sedikit lebih besar (1-2 cm) lebih dalam dari papula.	Adanya pembengkakan merah dan gatal menunjukkan adanya dermatitis kontak.

	Cara	Patologis
Tumor:	Massa padat dan menonjol lebih besar dari nodul, dapat keras atau lunak. Area edema kulit sementara dan berbentuk tidak teratur.	Pembengkakan pada kelenjar parotis yang sangat nyeri dapat menunjukkan gondong
Bentol:	Massa berisi cairan, kurang dari 1 cm, dan menonjol.	
Vesikel:	Massa yang berisi cairan, menonjol, dan lebih besar dari vesikel.	
Bula:	Vesikel berisi eksudat purulens.	
	Serpih tipis epidermis yang mengelupas.	
Pustula:	Eksudat purulens yang mengering.	
Sisik:	Lesi basa akibat epidermis superfisial yang menghilang.	
Krusta:	Kehilangan permukaan kulit yang dalam dapat meluas sampai ke dermis dan jaringan subkutan. Retak	
Erosi:	lurus dan dalam pada kulit.	
Ulkus:	Garis-garis tipis ungu atau putih pada abdomen.	
	Massa rata, bulat, merah tua, atau keunguan kurang dari 3 mm.	
Fisura:	Massa dengan ukuran dan bentuk bervariasi, mula-mula ungu, memudar menjadi hijau kuning, dan kemudian coklat.	

Striae:

Petekia:

Ekimosis:

Sumber: Engel 1995



Gambar 4.11 Pemeriksaan turgor
Sumber. Matondang dkk. 2006

Pemeriksaan Kuku

Pemeriksaan kuku dilakukan dengan mengadakan inspeksi terhadap warna, bentuk, dan keadaan kuku. Adanya jari tabuh dapat menunjukkan penyakit pernapasan kronis atau penyakit jantung. Bentuk kuku yang cekung atau cembung menunjukkan adanya cedera, defisiensi besi, dan infeksi.

Pemeriksaan Rambut

Pemeriksaan rambut dilakukan untuk menilai adanya warna, kelembatan, distribusi, dan karakteristik dari rambut. Dalam keadaan normal, rambut menutupi semua bagian tubuh kecuali telapak tangan dan kaki, serta permukaan labia sebelah dalam. Rambut yang kering, rapuh, dan kekurangan pigmen dapat menunjukkan adanya kekurangan gizi. Rambut yang jarang atau tumbuh kurang subur dapat menunjukkan adanya malnutrisi, penyakit hipotiroidisme, efek obat, dan lain-lain.

Pemeriksaan Kelenjar Getah Bening

Pemeriksaan kelenjar getah bening dilakukan dengan cara palpasi pada daerah leher atau inguinal. Pembesaran dengan diameter lebih dari 10 mm menunjukkan adanya kemungkinan tidak normal atau indikasi penyakit tertentu.

Pemeriksaan Kepala dan Leher

Pemeriksaan kepala dan leher meliputi pemeriksaan kepala secara umum, yaitu pemeriksaan wajah, mata, telinga, hidung, mulut, faring, laring, dan leher.

Pemeriksaan Kepala

Pemeriksaan ini dilakukan dengan menilai lingkaran kepala. Lingkaran kepala yang lebih besar dari normal disebut makrosefali, biasanya ditemukan pada penyakit hidrocephalus. Sedangkan lingkaran kepala kurang dari normal disebut mikrosefali.

Pemeriksaan lain yang dilakukan pada ubun-ubun atau fontanel. Dalam keadaan normal, ubun-ubun berbentuk datar. Ubun-ubun besar dan menonjol dapat ditemukan pada keadaan tekanan intrakranial meninggi. Ubun-ubun cekung, dapat ditemukan pada kasus dehidrasi dan malnutrisi.

Pemeriksaan Wajah

Pemeriksaan wajah dilakukan untuk menilai apakah asimetri atau tidak. Wajah asimetri dapat disebabkan oleh adanya paralisis fasialis, serta dapat menilai adanya pembengkakan daerah wajah.

Pemeriksaan Mata

Pemeriksaan mata dilakukan untuk menilai adanya visus atau ketajaman penglihatan. Pemeriksaan visus ini dapat dilakukan dengan pemberian rangsangan cahaya (khusus neonatus).

Pemeriksaan mata yang lain adalah menilai apakah terdapat palpebra simetris atau tidak. Kelainan yang muncul antara lain ptosis, lagofthalmos, pseudolagofthalmos, dan hordeolum. Ptosis yaitu palpebra tidak dapat terbuka. Lagofthalmos yaitu kelopak mata yang tidak dapat menutup dengan sempurna sehingga kornea tidak dilindungi oleh kelopak mata. Pseudolagofthalmos ditandai dengan kedua belah mata tidak tertutup sempurna. Hordeolum merupakan infeksi lokal pada palpebra.

Pemeriksaan kelenjar lakrimalis dan duktus nasolakrimalis juga dapat diketahui dengan jumlah produksi air mata. Produksi air mata yang berlebihan disebut epifora. Selain itu, pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk menilai ada atau tidaknya perdarahan subkonjungtiva yang dapat ditandai dengan adanya hiperemia dan edema konjungtiva palpebra.

Pemeriksaan sklera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Apabila ditemukan warna lain, kemungkinan ada indikasi penyakit lain. Pemeriksaan juga menilai kejernihan kornea. Apabila ada radang, kornea akan tampak keruh.

Pemeriksaan pupil. Secara normal, pupil berbentuk bulat dan simetris. Apabila diberikan sinar, akan mengecil. Midriasis atau dilatasi pupil menunjukkan adanya rangsangan simpatis. Sedangkan miosis menunjukkan keadaan pupil yang mengecil. Pupil yang berwarna putih menunjukkan kemungkinan adanya penyakit katarak.

Pemeriksaan jernih atau keruhnya lensa untuk dilakukan memeriksa adanya kemungkinan

katarak. Lensa yang keruh dapat menjadi indikasi adanya kemungkinan katarak.

Selanjutnya pemeriksaan bola mata. Kondisi bola mata yang menonjol dinamakan eksoftalmos dan bola mata mengecil dinamakan enoftalmos. Strabismus atau juling merupakan sumbu visual yang tidak sejajar pada lapang gerakan bola mata. Selain itu, terdapat nistagmus yang merupakan gerakan bola mata ritmik yang cepat dan horizontal.

Pemeriksaan Telinga

Pemeriksaan telinga dapat dilakukan mulai telinga bagian luar, telinga bagian tengah, dan telinga bagian dalam.

Pada pemeriksaan telinga bagian luar dapat dimulai dengan pemeriksaan daun telinga dan liang telinga dengan menentukan bentuk, besar dan posisinya. Pemeriksaan liang telinga ini dapat dilakukan dengan bantuan otoskop. Pemeriksaan selanjutnya adalah membran timpani. Membran timpani yang normal akan berbentuk sedikit cekung dan mengkilat. Kemudian, dapat dilihat apakah terdapat perforasi atau tidak. Pemeriksaan mastoid bertujuan untuk melihat adanya pembengkakan pada daerah mastoid. Pemeriksaan pendengaran dilaksanakan dengan bantuan garputala untuk mengetahui apakah pasien mengalami gangguan atau tidak.

Pemeriksaan Hidung

Pemeriksaan hidung bertujuan menilai adanya kelainan bentuk hidung dan juga menentukan ada tidaknya epistaksis. Pemeriksaan yang dapat digunakan adalah pemeriksaan rhinoskopi anterior dan posterior.

Pemeriksaan Mulut

Pemeriksaan mulut bertujuan untuk menilai ada tidaknya trismus, halitosis, dan labioskisis. Trismus yaitu kesukaran membuka mulut. Halitosis yaitu bau mulut tidak sedap karena personal hygiene yang kurang. Labioskisis yaitu keadaan bibir yang tidak simetris. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan pada gusi untuk menilai edema atau tanda-tanda radang.

Pemeriksaan lidah bertujuan untuk menilai apakah terjadi kelainan kongenital atau tidak. Keadaan yang dapat ditemukan adalah makroglosia, mikroglosia, dan glosoptosis. Makroglosia yaitu lidah yang terlalu besar. Mikroglosia yaitu lidahnya terlalu kecil. Sedangkan glosoptosis adalah lidah tertarik ke belakang. Kemudian juga dapat diperiksa ada tidaknya tremor dengan cara menjulurkan lidah.

Pemeriksaan gigi anak. Pertumbuhan gigi susu dimulai pada umur 5 bulan, tetapi kadang-kadang satu tahun. Pada umur 3 tahun, kedua puluh gigi susu akan tumbuh. Kelainan yang dapat ditemukan pada gigi antara lain, adanya karies gigi yang terjadi akibat infeksi bakteri. Pemeriksaan selanjutnya, yaitu melihat banyaknya pengeluaran saliva. Hipersalivasi pada

anak-anak kemungkinan terjadi karena gigi mereka akan tumbuh, atau mungkin juga terjadi karena proses peradangan yang lain.

Pemeriksaan Faring

Pemeriksaan ini bertujuan melihat adanya hiperemia, edema, abses baik retrofaringeal atau peritonsilar. Edema faring umumnya ditandai dengan mukosa yang pucat dan sembab, serta dapat ditentukan adanya bercak putih abu-abu yang sulit diangkat pada difteri (pseudomembran).

Pemeriksaan Laring

Pemeriksaan laring ini sangat berhubungan dengan pemeriksaan pernapasan. Apabila ditemukan obstruksi pada laring, maka suara mengalami stridor yang disertai dengan batuk dan suara serak. Pemeriksaan laring dilakukan dengan menggunakan alat laringoskop, baik secara langsung maupun tidak langsung, dengan cara dimasukkan ke dalam secara perlahan-lahan, dengan lidah ditarik ke luar.

Pemeriksaan Leher

Pemeriksaan leher bertujuan untuk menilai adanya tekanan vena jugularis. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengondisikan pasien dalam posisi telentang dengan dada dan kepala diangkat setinggi 15-30°, kemudian dicek apakah terdapat distensi pada vena jugularis. Selanjutnya, lakukan pemeriksaan untuk menilai ada atau tidaknya massa dalam leher (Gambar 11.12).



Gambar 4.12 Cara pemeriksaan tiroid

Sumber. Matondang dkk. 2000

Pemeriksaan Dada

Pada pemeriksaan dada, yang perlu diketahui adalah garis atau batas di dada. Dalam pemeriksaan dada, yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan besar dada, kesimetrisan, gerakan dada, adanya deformitas, penonjolan, pembengkakan, atau kelainan yang lain. Dada memiliki beberapa bentuk, di antaranya:

1. *Funnel chest*, sternum bagian bawah serta iga masuk ke dalam terutama saat inspirasi. Hal ini dapat disebabkan hipertrofi adenoid yang berat.
2. *Pigeon chest* atau sering disebut dada bururig, bagian sternum menonjol ke arah luar, di mana biasanya disertai dengan depresi ventrikel pada daerah kostokodral. Kelainan ini dapat dilihat pada kasus osteoporosis.
3. *Barrel chest*, dada berbentuk bulat seperti tong, sternum terdorong ke arah depan dengan iga-iganya horizontal. Hal ini dapat ditemukan pada penyakit obstruksi paru-paru, seperti asma, emfisema, dan lain-lain.

Pemeriksaan pada daerah dada yang lain meliputi pemeriksaan payudara, paru-paru, dan jantung.

Pemeriksaan Payudara

Pemeriksaan payudara pada anak dapat digunakan untuk mengetahui perkembangan atau kelainan payudara anak sebelum anak mengalami masa pubertas, misalnya untuk melihat ada tidaknya ginekomastia patologis atau terjadi galaktore.

Pemeriksaan Paru-paru

Pemeriksaan paru-paru terdiri atas beberapa langkah:

1. Inspeksi, untuk melihat apakah terdapat kelainan patologis atau hanya fisiologis dengan melihat pengembangan paru-paru saat bernapas.
2. Palpasi, untuk menilai:
 - a. Simetri atau asimetri dada, yang dapat diperoleh dari adanya benjolan yang abnormal, pembesaran kelenjar limfe pada aksila, dan lain-lain.
 - b. Adanya fremitus suara, merupakan getaran pada daerah toraks saat anak bicara atau menangis yang sama dalam kedua sisi toraks. Apabila suaranya meninggi, maka terjadi konsolidasi seperti pada pneumonia. Apabila menurun, maka terjadi obstruksi, atelektasis, pleuritis, efusi pleura, dan tumor pada paru-paru. Caranya dengan meletakkan telapak tangan kanan dan kiri pada daerah dada atau punggung (Gambar 4.13).
 - c. Adanya krepitasi subkutis, yaitu udara pada daerah bawah jaringan kulit, adanya krepitasi ini dapat terjadi secara spontan, setelah trauma atau tindakan

trakeostomi, dan lain-lain.



Gambar 4.13 Pemeriksaan fremitus

Sumber. Matondang dkk. 2000

3. Perkusi, dapat dilakukan dengan cara langsung atau tidak langsung. Cara langsung dapat dilakukan dengan mengetukkan ujung jari atau jari telunjuk langsung ke dinding dada. Sedangkan cara tidak langsung dilakukan dengan meletakkan satu jari pada dinding dada dan mengetuknya dengan jari tangan lainnya yang dimulai dari atas ke bawah atau dari kanan ke kiri dengan membandingkannya. Hasil penilaian dari pemeriksaan ini adalah:
 - a. Sonor merupakan suara paru-paru yang normal.
 - b. Redup atau pekak merupakan suara perkusi yang berkurang normalnya pada daerah skapula, diafragma, hati, dan jantung. Suara pekak atau redup ini biasanya terdapat konsolidasi jaringan paru-paru seperti pada atelektaksis, pneumonia lobaris, dan lain-lain. Pekak pada daerah hati ini terdapat setinggi iga keenam pada garis aksilaris media kanan yang menunjukkan adanya gerakan pernapasan, yakni menurun pada saat inspirasi dan naik pada ekspirasi. Anak dengan keadaan ini akan mengalami kesulitan, khususnya di bawah 2 tahun.
 - c. Hipersonor atau timpani yang terjadi apabila udara dalam paru-paru atau pleura bertambah, seperti pada emfisema paru-paru atau pneumotoraks.
4. Auskultasi, untuk menilai suara napas dasar dan suara napas tambahan, yang dilakukan di seluruh dada dan punggung. Bandingkan suara napas dari kanan ke kiri, kemudian dari bagian atas ke bawah, dan tekan daerah stetoskop yang kuat. Khusus pada bayi, suara napasnya akan lebih keras karena dinding dadanya masih tipis.

Suara Napas Dasar

Suara napas dasar merupakan suara napas biasa, yang meliputi suara napas vesikuler, bronkhial, amforik, *cog wheel breath sound*, dan *metamorphosing breath sound*.

1. Suara napas vesikuler merupakan suara napas normal. Udara masuk dan keluar melalui jalan napas dengan suara inspirasi lebih keras dan panjang daripada suara ekspirasi. Apabila suara vesikuler ini melemah, maka, terjadi penyempitan < pada daerah bronkhus atau keadaan ventilasi yang kurang seperti pada pneumonia, atelektasis edema paru-paru, efusi pleura, emfisema, dan pneumotoraks. Vesikuler mengeras apabila konsolidasi bertambah, seperti pneumonia, adanya tumor, dan lain-lain. Khusus pada asma, suara vesikuler pada ekspirasi lebih panjang dibandingkan dengan inspirasi.
2. Suara napas bronkhial merupakan suara napas yang inspirasinya keras, disusul dengan ekspirasi yang juga keras. Suara ini normal terdengar pada daerah bronkhus besar kanan dan kiri, di daerah parasternal atas di dada depan, dan di daerah interskapular di belakang. Akan tetapi, kemungkinan terjadi konsolidasi paru-paru apabila terjadi pada daerah lain.
3. Suara napas amforik merupakan suara yang menyerupai bunyi tiupan di atas mulut botol kosong.
4. *Cog wheel breath sound* merupakan suara napas yang terdengar secara terputus-putus, tidak terus-menerus pada saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Hal ini dapat menunjukkan adanya kelainan pada bronkhus kecil.
5. *Metamorphosing breath sound* merupakan suara napas dengan awalan yang halus kemudian mengeras, namun dapat pula dimulai dari suara vesikuler, kemudian menjadi bronkhial.

Tabel 4.14 Suara napas

Bunyi	Karakteristik	Lokasi
Vesikuler	Inspirasi > ekspirasi	Normal: seluruh lapangan paru-paru Abnormal: tidak ada
Bronkovesikuler	Inspirasi = ekspirasi	Normal: ruang interkostal satu atau dua Abnormal: perifer paru-paru
Bronko tubular	Inspirasi < ekspirasi	Normal: di atas trakhea Abnormal: diare paru-paru

Sumber: Engel 1995

Suara Napas Tambahan

Suara napas tambahan merupakan suara napas yang dapat didengar melalui bantuan auskultasi yang meliputi ronkhi basah/ kering, *wheezing*, suara krepitasi, bunyi gesekan pleura

[*pleural friction rub*).

1. Ronkhi basah (*rales*) merupakan suara napas seperti vibrasi terputus-putus dan tidak terus-menerus. Hal ini terjadi akibat getaran pada cairan dalam jalan napas yang dilalui oleh udara. Ronkhi kering (*rhonchi*) merupakan suara terus-menerus yang terjadi karena udara melalui jalan napas yang menyempit akibat proses penyempitan jalan napas atau adanya jalan napas yang obstruksi dan lebih terdengar pada saat ekspirasi daripada saat inspirasi.
2. *Wheezing* merupakan suara napas yang termasuk dalam ronkhi kering, akan tetapi terdengar secara musikal atau sonor apabila dibandingkan dengan ronkhi kering, lebih terdengar pada saat ekspirasi..
3. Krepitasi merupakan suara napas yang terdengar akibat membukanya alveoli. Suara krepitasi terdengar normal pada daerah belakang bawah dan samping pada saat inspirasi yang dalam, sedangkan patologis terdapat pada pneumonia lobaris.
4. Gesekan pleura [*pleural friction rub*) merupakan suara akibat gesekan pleura yang terdengar kasar seolah-olah dekat dengan telinga pemeriksa, terjadi pada saat inspirasi maupun ekspirasi, namun terdengar lebih jelas pada akhir inspirasi.

Tabel 4.15 Suara napas tambahan

Bunyi	Karakteristik	Penyebab
Rales		
a) Halus	Intermiten, nada tinggi, bunyi gemesir halus terdengar di akhir inspirasi menunjukkan adanya cairan di alveoli.	Pneumonia, gagal jantung kongestif
b) Sedang	Intermiten, basah, keras, nada sedang, terdengar di awal atau tengah inspirasi, hilang dengan batuk, menunjukkan cairan dalam bronkiolus dan bronkhus.	Edema paru-paru

c) Kasar	Keras, bergelembung, nada rendah, terdengar pada ekspirasi, hilang dengan batuk, menunjukkan adanya cairan dalam bronkiolus dan bronkus.	Pneumonia dengan gejala paru-paru yang mereda, bronkhitis
----------	--	---

Bunyi	Karakteristik	Penyebab
Ronk (mengi)		
a) Sonor	Kontinu, mendengur, nada rendah, terdengar di seluruh siklus pernapasan, hilang dengan batuk, menunjukkan keterlibatan bronkus besar dan trakea.	Bronkhitis
b) Sibilant (bunyi berdesis)	Kontinu, musikal, nada tinggi, terdengar di tengah hingga akhir ekspirasi, menunjukkan edema dan obstruksi jalan napas yang lebih kecil, mungkin terdengar dengan stetoskop.	Asma
c) Inspirasi	Sonor, musikal terdengar pada inspirasi.	Obstruksi tinggi
d) Ekspirasi	Bunyi bersiul, bunyi seperti menggosok, keras, nada tinggi, terdengar selama ekspirasi.	Obstruksi rendah

Pleural friction rub

Seperti memarut,
menggosok keras,
nada tinggi mungkin
terdengar selama inspirasi
atau ekspirasi.

Permukaan pleura yang meradang

Sumber. Engel 1995

Pemeriksaan Jantung

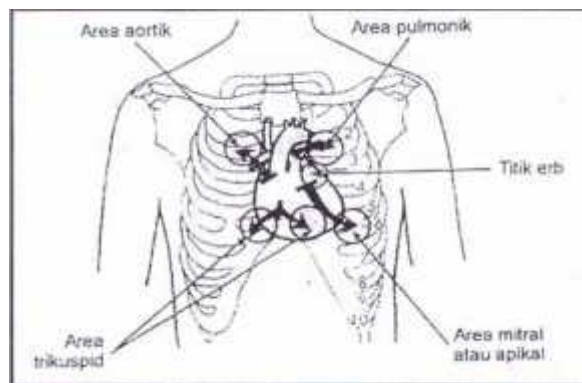
Awalnya, pemeriksaan pada jantung dilakukan dengan inspeksi dan palpasi, kemudian perkusi dan auskultasi (lihat lokasi pemeriksaan jantung pada Gambar 4.14).

1. Inspeksi dan palpasi, dari pemeriksaan ini dapat ditentukan:
 - a. Denyut apeks atau aktivitas ventrikel (lebih dikenal dengan nama iktus kordis) merupakan denyut jantung yang dapat dilihat pada daerah aspek, yaitu sela iga keempat pada garis mid klavikularis kiri atau sedikit lateral. Denyut ini dapat terlihat apabila terjadi pembesaran ventrikel. Apabila pada daerah ventrikel kiri besar, maka apeks jantung bergeser ke bawah dan ke lateral.
 - b. Detak pulmonal, merupakan detak jantung yang apabila tidak teraba pada bunyi jantung II, maka dalam keadaan normal. Sebaliknya, apabila bunyi jantung II mengeras dan dapat diraba pada sela iga kedua tepi kiri sternum, maka disebut sebagai detak pulmonal atau *pulmonary tapping*.
 - c. Getaran bising (*thrill*), merupakan getaran pada dinding dada akibat bising jantung keras. Hal ini terjadi pada kelainan organik.
2. Perkusi dapat dilakukan untuk menilai adanya pembesaran pada jantung (kardiomegali) serta batasan dari organ jantung. Pemeriksaan dilakukan di daerah sekitar jantung dari perifer hingga ke tengah.
3. Auskultasi pada jantung dilakukan dengan mendengarkan mulai dari apeks, ke tepi kiri sternum bagian bawah, bergeser ke atas sepanjang tepi kiri sternum, tepi kanan sternum daerah infra dan supraklavikula kanan/kiri, lekuk suprasternal daerah karotis di leher kanan atau kiri, dan seluruh sisa dada. Pemeriksaan auskultasi secara tradisional dapat dilakukan di daerah mitral, yaitu di apeks untuk trikuspidalis di parasternal kiri bawah, daerah pulmonal pada sela iga ke dua tepi kiri sternum, dan daerah aorta di sela iga ke dua tepi kanan sternum. Pemeriksaan melalui auskultasi jantung dapat ditentukan dengan adanya:
 - a. Bunyi jantung I karena katup mitral dan trikuspidalis menutup pada permulaan sistole (kontraksi), bersamaan dengan iktus kordis, denyut karotis terdengar jelas di apeks. Bunyi jantung II karena katup aorta dan katup pulmonal menutup pada permulaan diastole (relaksasi jantung), paling jelas di sela iga kedua tepi kiri sternum terpecah pada inspirasi dan tunggal pada ekspirasi). Bunyi jantung III karena vibrasi disebabkan oleh pengisian ventrikel yang cepat (bernada rendah yang terdengar baik di apeks atau

parasternal kiri bawah, dan lebih jelas bila miring ke kiri), kemudian abnormal bila ada pengerasan dan takikardia serta iramanya derap. Bunyi jantung IV karena tahanan terhadap pengisian ventrikel setelah kontraksi atrium, (bernada rendah tidak terdengar pada bayi dan anak), keadaan patologis bila ada bunyi derap

- b. Irama derap, dapat terdengar apabila bunyi jantung III dan IV terdengar secara keras, kemudian disertai dengan adanya takikardia seperti derap . kuda yang berlari.
- c. Bising jantung, dapat terjadi karena arus darah turbulen, yaitu melalui jalan yang abnormal atau sempit dengan penilaian seperti fase bising antara lain fase sistolik yang terdengar antara bunyi jantung I dan II sedangkan fase diastolik terdengar antara bunyi jantung II dan I, bentuk bising, derajat atau intensitas bising antara lain: derajat 1/6: bising lemah

hanya terdengar para aJtili yang berpengalaman; derajat 2/6: bising lemah mudah terdengar dengan penjaran minimal; derajat 3/6: bising keras, tidak disertai getaran bising penjaran sedang; derajat 4/6: bising keras disertai getaran bising dengan penjaran luas; derajat 5/6: bising sangat keras, tetapi keras bila stetoskop ditempelkan saja; penjaran luas derajat 6/6: bising paling keras, meskipun stetoskop di angkat dari dinding dada dengan penjaran luas. Selain penilaian bunyi jantung tersebut di atas, ada pula penjaran bising, kualitas bising, frekuensi atau nada bising, dan lain-lain.



Gambar 4.14 Lokasi pemeriksaan jantung

Sumber. Wong 1996

Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen pada anak dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Pemeriksaan auskultasi harus dilakukan terlebih dahulu agar bising usus atau peristaltik usus yang akan didengarkan tidak dipengaruhi oleh stimulasi dari luar melalui palpasi atau perkusi. Organ yang diperiksa dalam pemeriksaan abdomen, antara lain hati, ginjal, dan lambung.

1. Inspeksi dilakukan untuk menilai ukuran dan bentuk perut. Apabila membuncit simetris, dapat terjadi hipokalemi, hipotiroid, penimbunan lemak, perforasi, asites, dan ileus obstruktif. Apabila membuncit asimetris, maka kemungkinan dijumpai pada poliomyelitis, pembesaran organ intra abdominal, ileus, dan lain-lain. Kemudian, dapat diamati gerakan pada dinding perut.
2. Auskultasi dilakukan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan adanya suara peristaltik usus normal yang terdengar setiap 10-30 detik. Peristaltik usus meningkat (nyaring) pada obstruksi traktus gastrointestinal dan menurun pada peritonitis atau ileus. Selain itu, suara bising (bruit) juga kemungkinan dapat terdengar pada seluruh permukaan perut pada koarktasio aorta abdominalis. Apabila suara ini dapat terdengar pada daerah ginjal bagian posterior, kemungkinan terjadi konstiksi salah satu arteri renalis.
3. Perkusi, dilakukan melalui epigastrium secara simetris menuju ke bagian bawah abdomen. Dengan penilaian normal (bunyi timpani) pada seluruh lapangan abdomen, sedangkan bunyi abnormal mengindikasikan kemungkinan obstruksi saluran gastrointestinal, ileus, dan lain-lain. Adanya asites dapat diketahui redup yang berpindah perkusi dari umbilikus ke sisi perut (*shifting dullness*).
4. Palpasi, dilakukan dengan monomanual (satu tangan) atau bimanual (dua tangan), seperti pada palpasi pada lapangan atau dinding abdomen dengan adanya nyeri tekan, ketegangan dinding perut, palpasi pada hati (normal umur 5-6 tahun teraba 1/3 dengan tepi tajam, konsistensi kenyal, permukaan rata, dan tidak ada nyeri tekan), palpasi limfa (normal masih teraba 1-2 cm di bawah arkus kosta) dilakukan dan palpasi ginjal (normal tidak teraba, kecuali pada neonatus) dengan meletakkan tangan kiri pemeriksa di bagian posterior tubuh dan jari telunjuk menekan ke atas, sementara tangan kanan melakukan palpasi.
5. Selain pemeriksaan pada bagian dalam organ di atas, dapat pula dilakukan pemeriksaan pada organ lain seperti pada anus dan rektum, untuk menilai keadaan kongenital seperti adanya fisura, polip, atau tanda-tanda radang. Pemeriksaan lain adalah dengan cara colok dubur dengan posisi tengkurap, fleksi kedua sendi lutut. Gunakan sarung tangan, lalu periksa dengan jari.

Pemeriksaan Genitalia

Pemeriksaan genitalia ini akan berbeda antara laki-laki dan perempuan. Pada laki-laki, pemeriksaan dilakukan dengan memerhatikan ukuran, bentuk penis, testis, serta kelainan yang ada, seperti hipospadia (orificium uretra di ventral penis, biasanya dekat *gland* atau sepanjang penis), epispadia (muara uretra pada dorsal penis, mungkin di *gland* atau batang penis), fimosis

(pembukaan prepusium sangat kecil sehingga tidak dapat ditarik ke gland penis), serta adanya radang pada testis dan skrotum.

Pemeriksaan pada perempuan dilakukan dengan memerhatikan adanya epispadia (terbelahnya mons pubis, klitoris dan uretra membuka di bagian dorsal), adanya tanda-tanda seks sekunder (seperti pertumbuhan rambut, payudara), serta cairan yang keluar dari lubang genital.

Pemeriksaan Tulang Belakang dan Ekstremitas

Pemeriksaan tulang belakang dan ekstremitas pada anak dapat dilakukan dengan inspeksi terhadap adanya kelainan tulang belakang seperti lordosis (deviasi tulang belakang ke arah anterior), kifosis (deviasi tulang belakang ke arah posterior), skiliosis (deviasi tulang belakang ke arah samping), kelemahan, serta perasaan nyeri yang ada pada tulang belakang dengan mengobservasi pada posisi telentang, tengkurap, atau duduk.

Pemeriksaan tulang, otot, dan sendi dilakukan dengan inspeksi pada jari-jari seperti pada jari tabuh (*clubbed fingers*). Pemeriksaan ini dapat mengindikasikan adanya penyakit jantung bawaan atau penyakit paru-paru kronis, adanya nyeri tekan, gaya berjalan, ataksia (inkoordinasi hebat), spasme otot, paralisis, atropi/ hipertropi otot, kontraktur, dan lain-lain.

Pemeriksaan Neurologis

Pemeriksaan neurologis pada anak dilakukan sebagai berikut:

1. Inspeksi, yaitu pemeriksaan terhadap adanya kelainan pada neurologis seperti kejang, tremor/gemetaran (gerakan halus yang konstan), *twitching* (gerakan spasmodik yang berlangsung singkat seperti otot lelah, nyeri setempat), korea (gerakan *involunter* kasar, tanpa tujuan, cepat, tersentak- sentak, dan tak terkoordinasi), *parese* (kelumpuhan otot tidak sempurna), paralisis (kelumpuhan otot yang sempurna), diplegia (kelumpuhan pada dua anggota gerak), paraplegia (kelumpuhan pada anggota gerak bawah), tetraplegia/parese (kelumpuhan pada keempat anggota gerak), hemiparese/plegi (kelumpuhan pada sisi tubuh atau anggota gerak yang dibatasi garis tengah di daerah tulang belakang).
2. Pemeriksaan refleks, di antaranya:
 - a. Refleks superfisial, dilakukan dengan menggores kulit abdomen dengan empat goresan yang membentuk segi empat di bawah xifoid (di atas simpisis).
 - b. Refleks tendon dalam, dilakukan dengan mengetuk menggunakan *hammer* pada tendon bisep, trisep, patela, dan *achilles*. Penilaian pada bisep (terjadi fleksi sendi

siku), trisep (terjadi ekstensi sendi siku), patela (terjadi ekstensi sendi lutut), dan pada *achilles* (terjadi fleksi plantar kaki). Apabila hiperefleks, berarti ada kelainan pada *upper motor neuron*. Sedangkan hiporefleks apabila terjadi kelainan pada *lower motor neuron*.

- c. Refleks patologis, untuk menilai adanya refleks Babinski dengan menggores permukaan plantar kaki dengan alat yang sedikit runcing, hasilnya positif apabila terjadi reaksi ekstensi ibu jari.
3. Pemeriksaan tanda meningeal, antara lain kaku kuduk dilakukan dengan cara pasien diatur dalam posisi telentang, kemudian leher ditekuk. Apabila dagu tertahan dan tidak menempel atau mengenai bagian dada, maka terjadi kaku kuduk (positif). Pemeriksaan tanda meningeal juga dapat dilakukan dengan cara:
 - a. Brudzinski I merupakan suatu cara di mana pasien diatur dalam posisi telentang, letakkan satu tangan di bawah kepala pasien yang telentang, kemudian kepala difleksikan ke dada, adanya rangsangan meningeal apabila kedua tungkai bawah akan (terangkat) fleksi pada sendi panggul dan lutut.
 - b. Brudzinski II merupakan cara di mana pasien diatur telentang. Fleksikan secara pasif tungkai atas pada sendi panggul, ikuti fleksi tungkai lainnya, sehingga apabila sendi lutut lainnya dalam keadaan ekstensi, maka terdapat tanda meningeal. Tanda kernig dilakukan dengan mengatur posisi dalam keadaan telentang, fleksikan tungkai atas tegak lurus, kemudian luruskan tungkai bawah pada sendi lutut. Dalam keadaan normal, tungkai bawah dapat membentuk sudut 135° terhadap tungkai atas.
4. Pemeriksaan kekuatan dan tonus otot dapat dilakukan dengan menilai bagian ekstremitas, memberi tahanan, dan mengangkat atau menggerakkan bagian otot. Penilaian dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

Tabel 4.16 Nilai kekuatan (tonus) otot

Nilai Kekuatan (Tonus) Otot	Keterangan
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali.
1 (10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekali.
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tetapi tidak kuat menahan berat dan tidak dapat melawan tekanan pemeriksa.
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat, tetapi dapat menggerakkan anggota badan untuk melawan tekanan pemeriksa.
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif untuk menahan berat dan melawan tekanan secara simultan
5 (100%)	Normal

Sumber: Allen 1998

PENILAIAN PERTUMBUHAN BAYI DAN ANAK BALITA

Penilaian terhadap pertumbuhan bayi dan anak balita yang dapat digunakan untuk mendeteksi tumbuh kembang, di antaranya pengukuran antropometrik, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan radiologi. Pada bagian ini, hanya dibahas pengukuran antropometrik.

Pengukuran Antropometrik

Pengukuran antropometrik meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan (panjang badan), lingkaran kepala, dan lingkaran lengan atas. Terdapat dua cara pengukuran antropometrik yaitu pengukuran berdasarkan umur dan pengukuran tidak berdasarkan umur. Contoh pengukuran berdasarkan umur antara lain pengukuran berat badan berdasarkan umur, panjang badan berdasarkan umur, dan lain-lain. Sedangkan pengukuran tidak berdasarkan umur, contohnya adalah berat badan berdasarkan tinggi badan, lingkaran lengan atas berdasarkan tinggi badan, dan lain-lain.

Penilaian Berat Badan

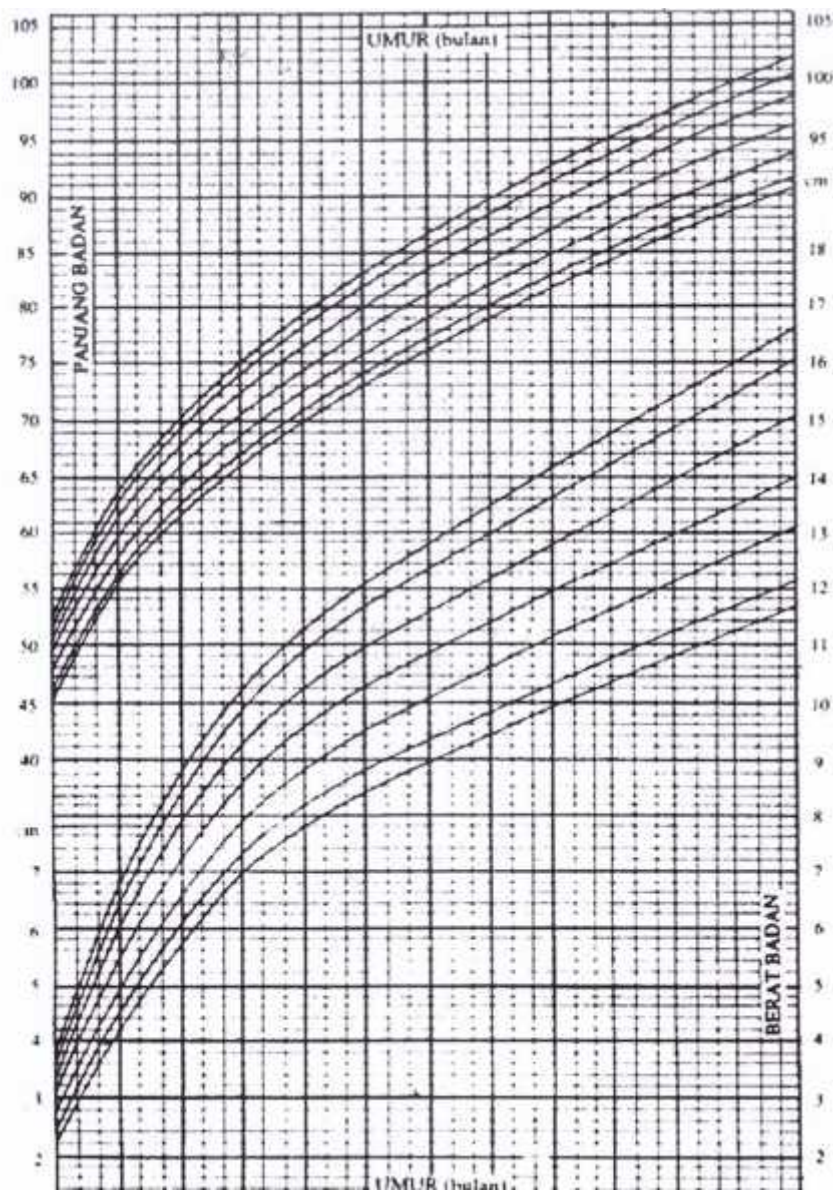
Penilaian berat badan merupakan bagian dari antropometrik yang digunakan untuk menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh. Misalnya, tulang, otot, lemak, dan cairan tubuh sehingga akan dapat diketahui status keadaan gizi anak atau tumbuh kembang anak. Selain menilai status gizi dan tumbuh kembang anak, berat badan dapat digunakan sebagai dasar perhitungan dosis dan makanan yang diperlukan dalam tindakan pengobatan. Adapun cara penilaian berat badan dapat dilakukan dengan melihat grafik (berat badan berdasarkan umur di bawah ini sesuai dengan Gambar 3.14- 3.17), dengan penilaian sebagai berikut:

1. Penilaian berat badan berdasarkan umur menurut WHO dengan baku NCHS dengan cara persentil, adalah sebagai berikut: persentil ke 50-3 dikatakan normal. Apabila kurang atau sama dengan tiga, masuk kategori malnutrisi (abnormal).
2. Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan menurut WHO dengan cara persentase dari median, adalah sebagai berikut: antara 85-80 % malnutrisi sedang. Sedangkan kurang dari 80 % adalah malnutrisi akut (*wasting*).
3. Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan baku NCHS dengan cara persentil adalah

sebagai berikut: persentil ke 75-25 dikatakan normal, persentil ke 10-5 dikatakan malnutrisi sedang, dan kurang dari persentil ke dikatakan malnutrisi berat.

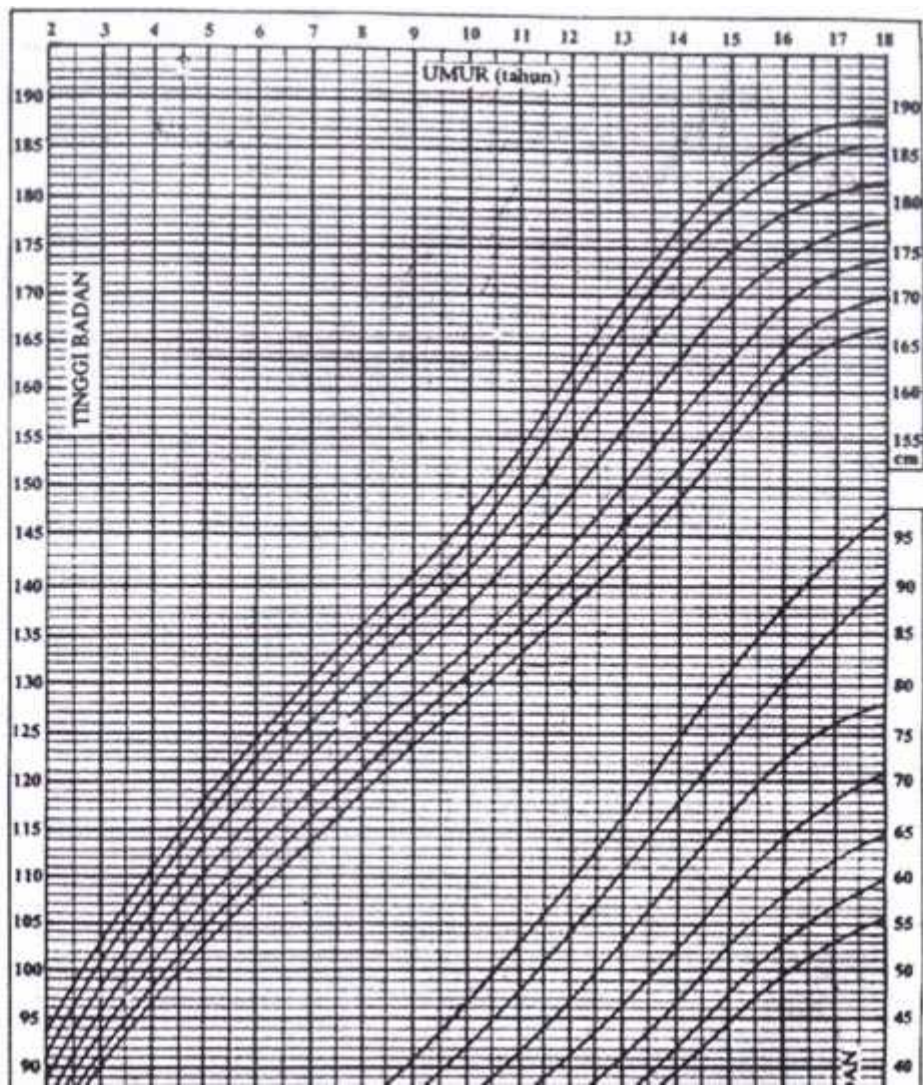
Penilaian Tinggi Badan

Penilaian tinggi badan juga dapat dilakukan dengan melihat grafik (tinggi badan berdasarkan umur di bawah ini sesuai dengan Gambar 3.15-3.18). Penilaian berdasarkan umur menurut WHO dengan baku NCHS, yaitu melalui cara persentase dari median sebagai berikut: lebih dari atau sama dengan 90 % adalah normal. Apabila kurang dari 90 % malnutrisi kronis (abnormal).



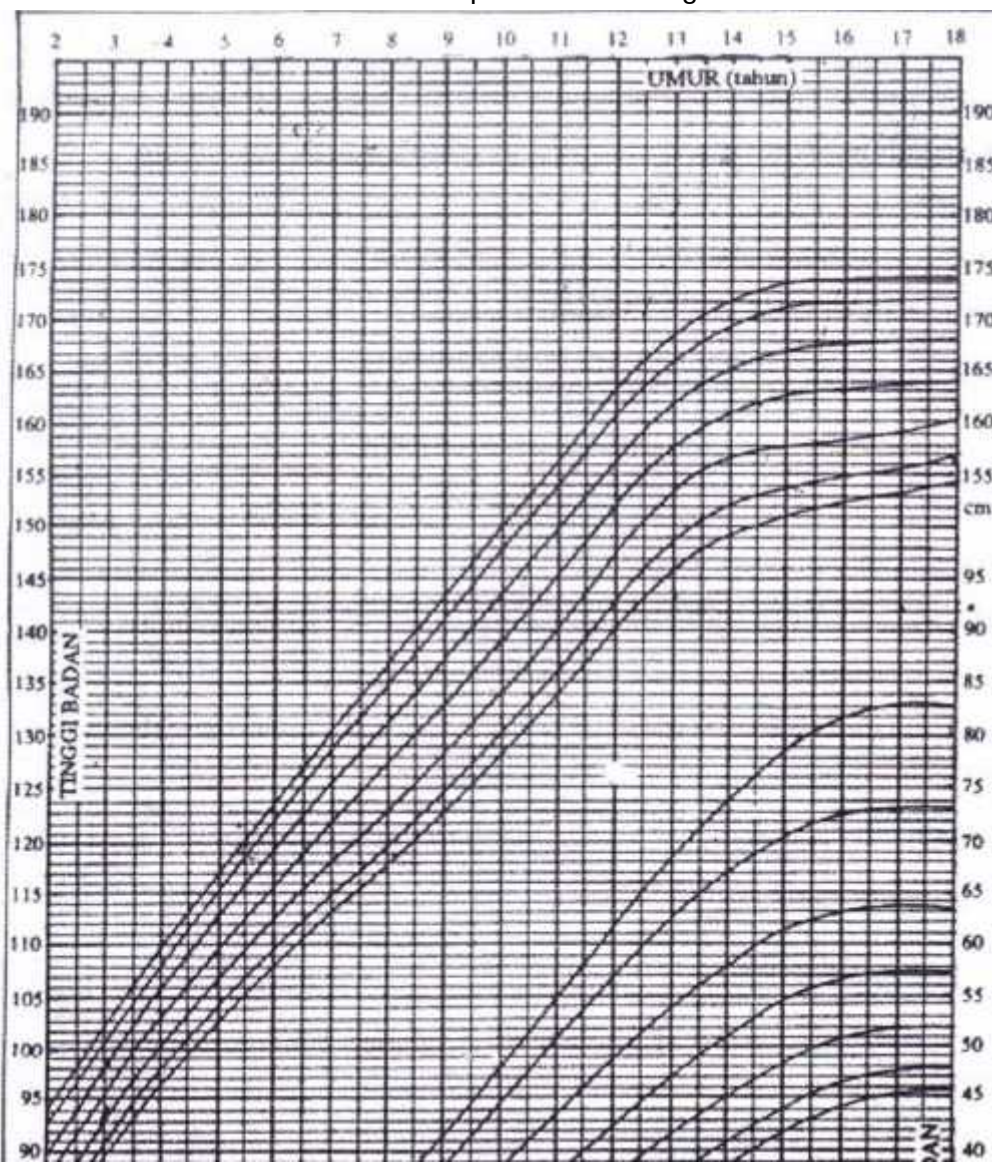
Gambar 4.15 Kurva pertumbuhan fisik anak laki-laki usia 0-36 bulan menurut persentil NCHS

Sumber. NCHS dikutip dari Matondang dkk. 200



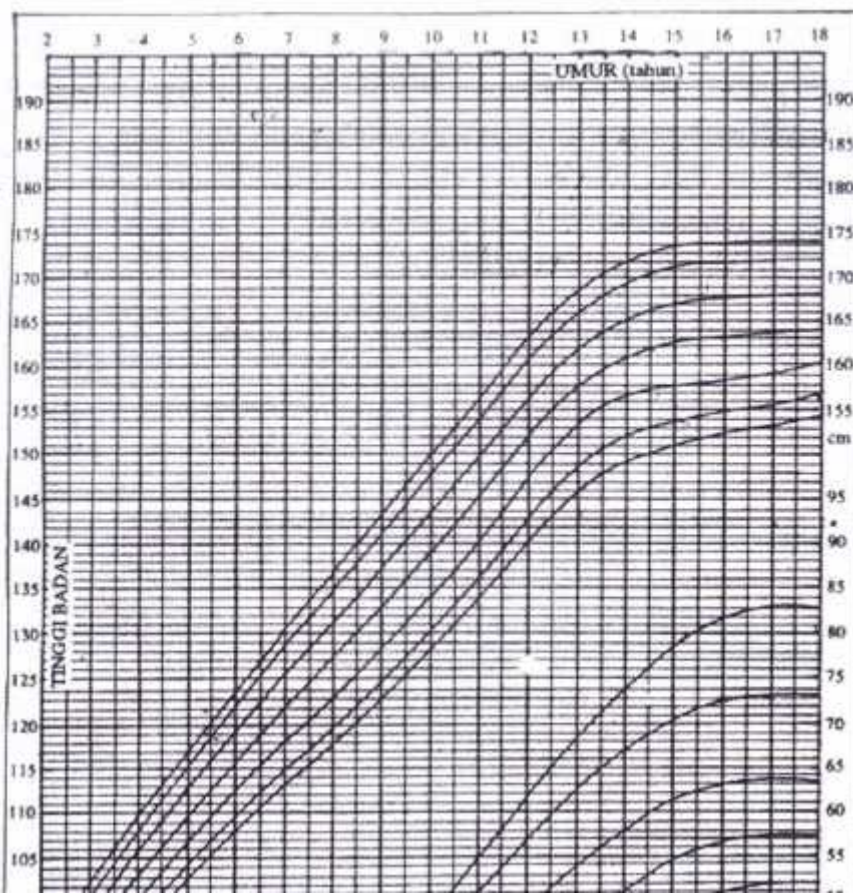
Gambar 4.76 Kurva pertumbuhan fisik anak perempuan usia 0-36 bulan menurut persentil NCHS

Sumber: NCHS dikutip dari Matondang dkk. 2000



Gambar 4.77 Kurva pertumbuhan fisik anak laki-laki usia 2-18 tahun menurut persentil NCHS

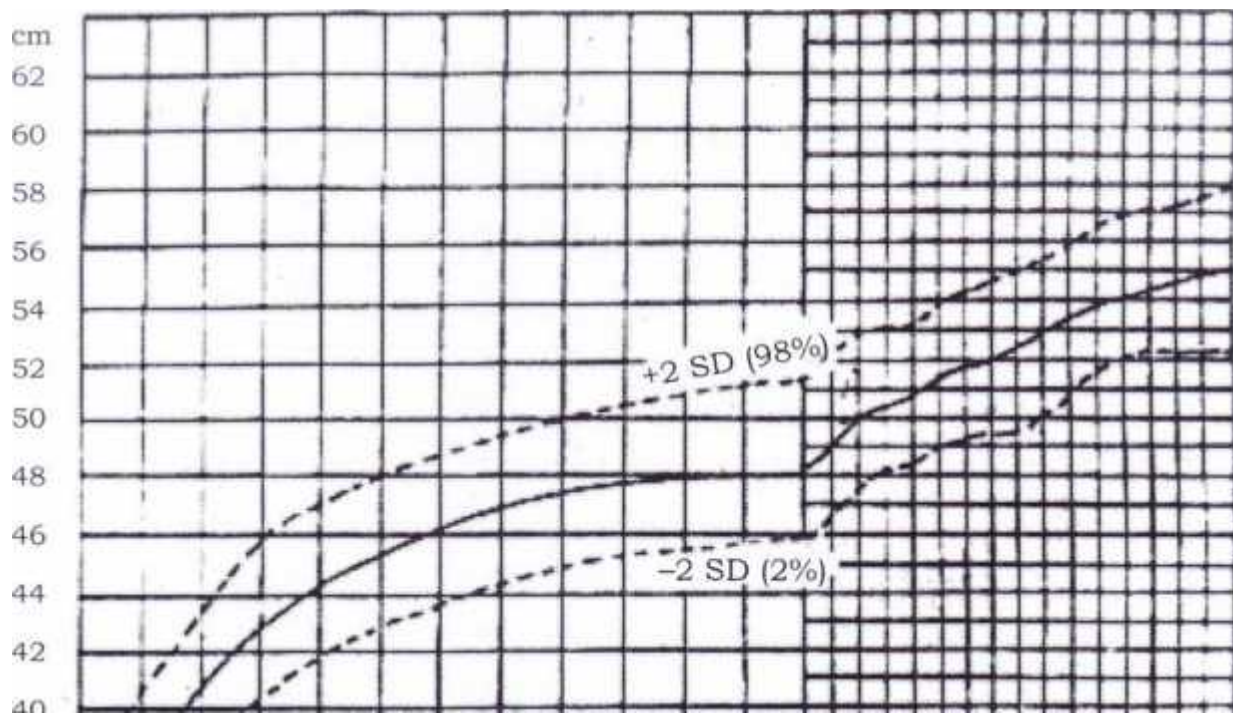
Sumber. NCHS dikutip dari Matondang dkk. 2000



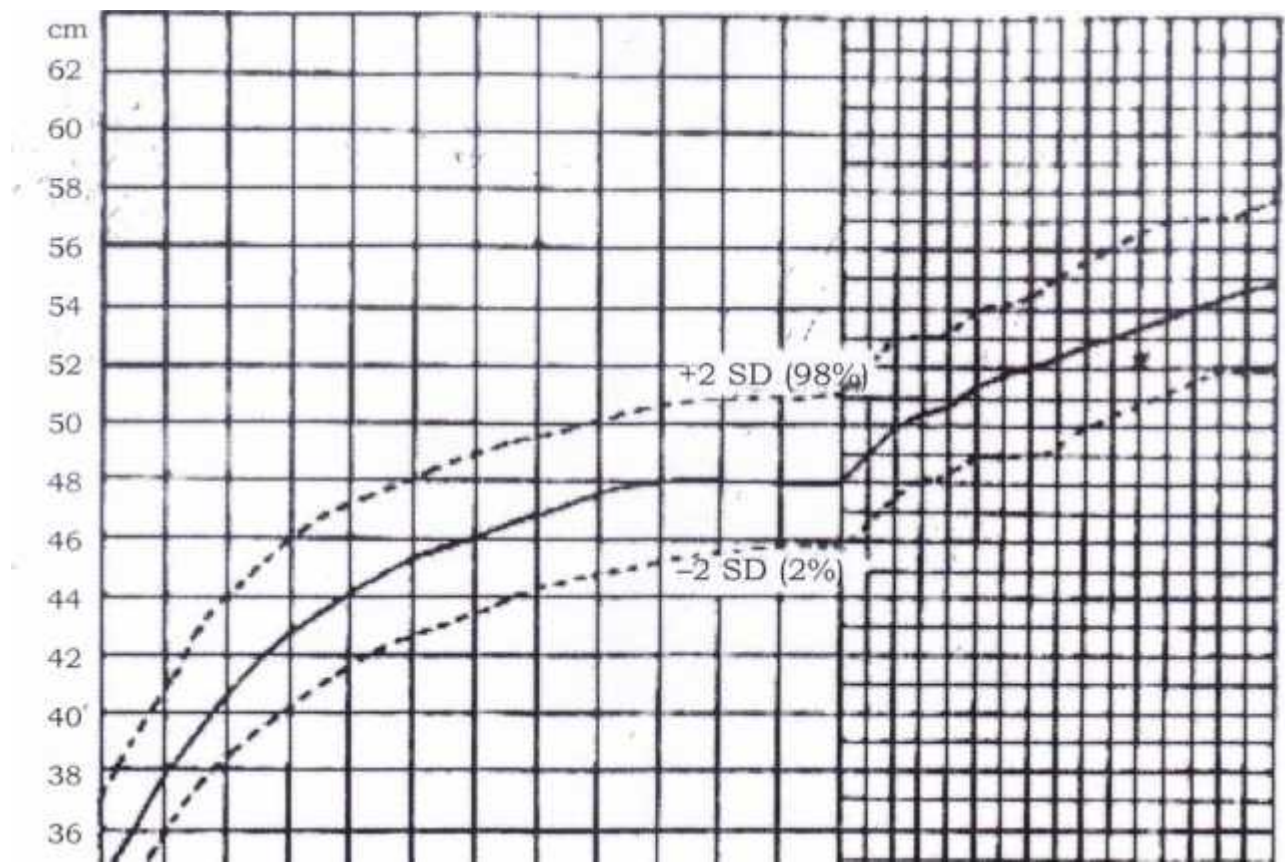
Gambar 4.18
 Kurva pertumbuhan fisik anak perempuan usia 2-18 tahun
Sumber: NCHS dikutip dari Matondang dkk. 2000

Penilaian Lingkar Kepala

Penilaian lingkar kepala dapat digunakan untuk menilai pertumbuhan otak. Apabila pertumbuhan otak kecil (mikrosefali), maka dapat mengindikasikan kemungkinan adanya retardasi mental. Sebaliknya apabila otaknya besar (volume kepala meningkat), dapat mengindikasikan kemungkinan penyumbatan pada aliran cairan serebrospinalis. Penilaian ini dapat dilakukan dengan menggunakan kurva lingkar kepala pada gambar berikut ini (nilai normal antara $-2\text{ SD} \pm 2\text{ SD}$).



Gambar 4.19 Grafik lingkaran kepala anak perempuan
 Sumber: NCHS Dikutip dari Matondang dkk. 2000





Gambar 4.20 Grafik lingkaran kepala anak laki-laki
Sumber. NCHS dikutip dari Matondang *dkk.* 2000

Penilaian Lingkar Lengan Atas

Penilaian ini bertujuan untuk menilai jaringan lemak dan otot (Gambar 4.21), akan tetapi penilaian ini tidak banyak berpengaruh pada keadaan jaringan tubuh apabila dibandingkan dengan berat badan. Penilaian ini juga dapat dipakai untuk menilai status gizi pada anak usia prasekolah.



Gambar 4.21 Pengukuran lingkaran lengan
Sumber. Matondang dkk. 2000

PENILAIAN PERKEMBANGAN BAYI DAN ANAK BALITA

Untuk menilai perkembangan anak pertama yang dapat dilakukan adalah dengan wawancara tentang faktor kemungkinan yang menyebabkan gangguan dalam perkembangan. Kemudian melakukan tes skrining perkembangan anak dapat menggunakan *Denver development screening test* (DDST), tes IQ, atau tes Psikologi lainnya. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah dengan evaluasi terhadap lingkungan anak (interaksi anak selama ini), evaluasi fungsi penglihatan, pendengaran, bicara, bahasa, dan pemeriksaan fisik lainnya.

Beberapa tes yang dapat digunakan untuk menilai status perkembangan anak antara lain tes intelegensi Stanford Binet, skala intelegensi Wechsler untuk anak prasekolah dan sekolah, skala perkembangan menurut Gesell [*Gesell Infant Scale*], skala Bayley (*Bayley infant scale of development*), tes bentuk geometrik, tes motor *visual bender gestalt*, tes menggambar orang, tes perkembangan adaptasi sosial, DDST, dan diagnostik perkembangan fungsi munchen tahun pertama. Pada bab ini, hanya dibahas tentang cara menilai perkembangan anak menurut DDST II.

Cara Melakukan DDST (*Denver Developmental Screening Test*)

Tes ini mengalami beberapa perkembangan dalam penggunaannya. Saat ini telah terjadi revisi yang dikenal dengan nama DDST II. Penilaian DDST ini meliputi empat faktor, di antaranya penilaian terhadap personal sosial, motorik halus, bahasa, dan motorik kasar. Cara melakukan penilaian adalah sebagai berikut:

Persiapan Alat:

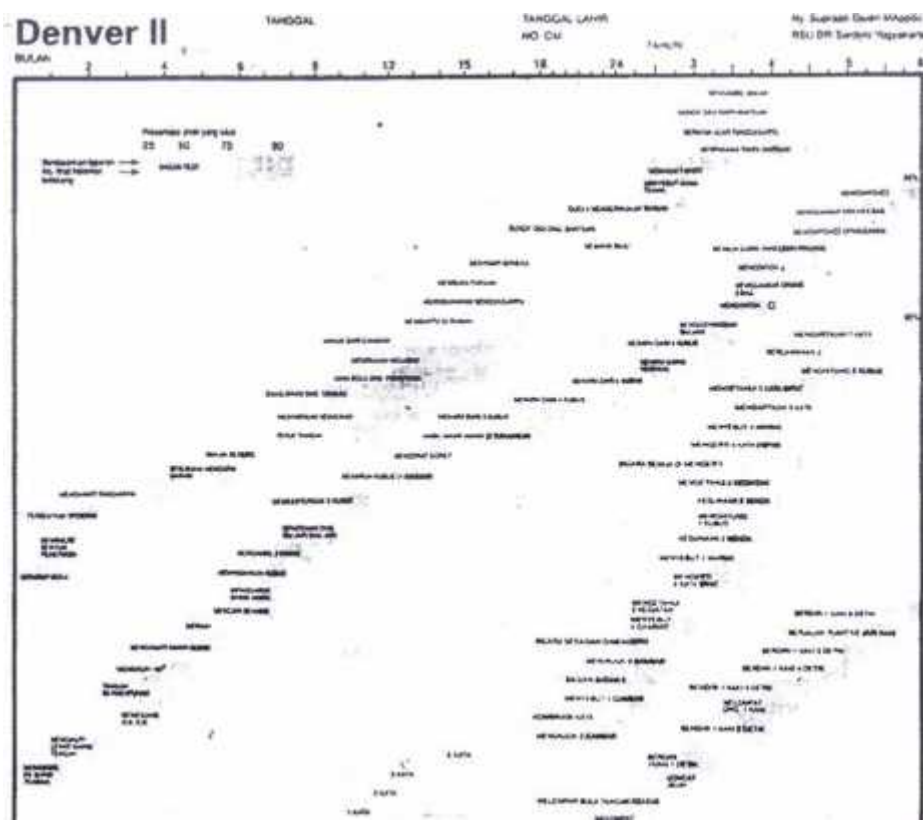
1. Lembar formulir DDST II.
2. Alat bantu atau peraga, seperti benang wol merah; manik-manik; kubus warna merah, kuning, hijau, dan biru; permainan anak, seperti bola kecil dan bola tenis; kertas; serta pensil.

Prosedur penilaian:

1. Tentukan umur anak pada saat pemeriksaan.
2. Tarilc garis pada lembar DDST II sesuai dengan umur yang telah ditentukan.
3. Lakukan pengukuran pada anak tiap komponen dengan batasan garis yang ada mulai dari motorik kasar, bahasa, motorik halus, dan personal sosial.
4. Tentukan hasil penilaian apakah normal, meragukan, dan abnormal dengan gambar berikut ini (Gambar 4.22).
 - a. Keterlambatan (abnormal) apabila terdapat 2 keterlambatan/lebih pada 2 sektor, atau bila dalam 1 sektor di dapat 2 keterlambatan/lebih ditambah 1 sektor atau lebih terdapat 1 keterlambatan.
 - b. Meragukan apabila 1 sektor terdapat 2 keterlambatan/lebih, atau 1 sektor atau lebih didapatkan 1 keterlambatan.
 - c. Dapat juga dengan menentukan ada tidaknya keterlambatan pada masing-masing sektor bila menilai tiap sektor, atau tidak menyimpulkan gangguan perkembangan keseluruhan.

Sumber: Soetjiningsih 1998

TUMBUH KEMBANG ANAK



Gambar 4.22 *Denver development screening test II*
Sumber: Soetjiningsih 1998

BAB V

ASUHAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEHILANGAN DAN KEMATIAN

Tujuan Belajar

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan tentang kehilangan (*loss*) dan berduka (*grieving*).
2. Menjelaskan dan melakukan tindakan yang dilakukan pada pasien yang menghadapi kehilangan.
3. Menjelaskan tentang sekarat (*dying*) dan kematian (*death*).
4. Menjelaskan dan melakukan perawatan jenazah.

KEHILANGAN (LOSS) DAN BERDUKA (GRIEVING)

Kehilangan (Loss)

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika

terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan. Rasa kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama kehidupannya. Sejak lahir, individu sudah mengalami kehilangan dan cenderung akan mengalaminya kembali walaupun dalam bentuk yang berbeda. Setiap individu akan bereaksi terhadap kehilangan. Respons terakhir terhadap kehilangan sangat dipengaruhi oleh respons individu terhadap kehilangan sebelumnya (Potter dan Perry 1997).

Lingkungan memengaruhi nilai dan prioritas individu, sehingga rasa kehilangan beragam bentuknya. Lingkungan tersebut meliputi keluarga, teman, masyarakat, dan budaya. Kehilangan dapat berupa kehilangan yang nyata atau kehilangan yang dirasakan. Kehilangan yang nyata merupakan kehilangan terhadap orang atau objek yang tidak dapat lagi dirasakan, dilihat, diraba, atau dialami individu, misalnya anggota tubuh, anak, hubungan, dan peran di tempat kerja. Kehilangan yang dirasakan merupakan kehilangan yang sifatnya unik berdasarkan individu yang mengalami kedukaan, misalnya kehilangan harga diri atau rasa percaya diri.

Jenis-jenis Kehilangan

1. Kehilangan objek eksternal (misalnya, kehilangan karena kecurian atau kehancuran akibat bencana alam).
2. Kehilangan lingkungan yang dikenal (misalnya, kehilangan karena berpindah rumah, dirawat di rumah sakit, atau berpindah pekerjaan).
3. Kehilangan sesuatu atau individu yang berarti (misalnya, kehilangan pekerjaan; kepergian anggota keluarga atau teman dekat; kehilangan orang yang dipercaya; atau kehilangan binatang peliharaan).
4. Kehilangan suatu aspek diri (misalnya, kehilangan anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik).
5. Kehilangan hidup (misalnya, kehilangan karena kematian anggota keluarga, teman dekat, atau diri sendiri).

Dampak Kehilangan

1. Pada masa anak-anak, kehilangan dapat mengancam kemampuan untuk berkembang, kadang-kadang akan timbul regresi, serta merasa takut saat ditinggalkan atau dibiarkan kesepian.
2. Pada masa remaja atau dewasa muda, kehilangan dapat menimbulkan disintegrasi dalam keluarga.
3. Pada masa dewasa tua, kehilangan khususnya karena kematian pasangan hidup, dapat

menjadi pukulan yang sangat berat dan menghilangkan semangat hidup individu yang ditinggalkan.

Berduka (*Grieving*)

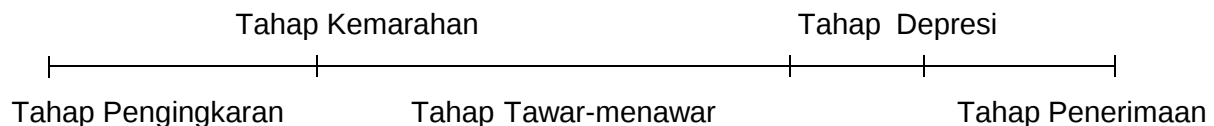
Istilah kehilangan mencakup dua hal, yaitu berduka (*grieving*) dan berkabung (*mourning*). Berduka merupakan reaksi emosional terhadap kehilangan. Hal ini diwujudkan dengan berbagai cara yang unik pada masing-masing individu berdasarkan pengalaman pribadi, ekspektasi budaya, dan keyakinan spiritual yang dianutnya. Berkabung merupakan periode penerimaan terhadap kehilangan dan duka. Hal ini terjadi dalam masa kehilangan dan sering dipengaruhi oleh kebudayaan atau kebiasaan.

Jenis-jenis Berduka

1. Berduka normal, terdiri atas perasaan, perilaku, dan reaksi yang normal terhadap kehilangan. Misalnya kesedihan, kemarahan, menangis, kesepian, dan menarik diri dari aktivitas untuk sementara.
2. Berduka antisipatif, yaitu proses melepaskan diri yang muncul sebelum kehilangan atau kematian yang sesungguhnya terjadi. Misalnya, ketika menerima diagnosis terminal, individu akan memulai proses perpisahan dan menyelesaikan berbagai urusan di dunia sebelum ajalnya tiba.
3. Berduka yang rumit, dialami oleh individu yang sulit untuk maju ke tahap berikutnya, yaitu tahap kedukaan normal. Masa berkabung seolah-olah tidak kunjung berakhir sehingga dapat mengancam hubungan individu yang bersangkutan dengan individu lain.
4. Berduka tertutup, yaitu kedukaan dengan kehilangan yang tidak dapat diakui secara terbuka. Misalnya, kehilangan pasangan karena AIDS, anak mengalami kematian orang tua, dan ibu yang kehilangan anaknya di kandungan atau ketika bersalin.

Respons Berduka

Respons individu ketika berduka terhadap kehilangan dapat melalui tahap-tahap sebagai berikut (Kubler-Rose dalam Potter dan Perry 1997).



- 1. Tahap pengingkaran.** Reaksi awal individu yang mengalami kehilangan adalah syok; tidak percaya dan tidak mengerti; atau mengingkari kenyataan bahwa kehilangan benar-benar telah terjadi. Sebagai contoh, orang atau keluarga dari orang yang menerima diagnosis terminal akan terus-menerus mencari informasi tambahan.

Pada tahap ini, reaksi fisik yang terjadi adalah letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernapasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah, dan tidak tahu harus

berbuat apa. Reaksi ini dapat berakhir dalam waktu beberapa menit atau beberapa tahun.

2. **Tahap kemarahan.** Pada tahap ini, individu menolak kehilangan. Kemarahan yang timbul sering diproyeksikan kepada orang lain atau dirinya sendiri. Orang yang mengalami kehilangan juga tidak jarang menunjukkan perilaku agresif, berbicara kasar, menolak pengobatan, dan menuduh petugas kesehatan lainnya yang tidak kompeten. Respons fisik yang sering terjadi, antara lain muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengempal, dan lain- lain.
3. **Tahap tawar-menawar.** Pada tahap ini, terjadi penundaan kesadaran atas kenyataan terjadinya kehilangan. Individu bertindak seolah-olah kehilangan tersebut dapat dicegah dengan mencoba untuk membuat kesepakatan secara halus atau terang-terangan. Individu mungkin berupaya melakukan tawar- menawar dengan memohon kemurahan Tuhan Yang Maha Esa.
4. **Tahap depresi.** Pada tahap ini, pasien sering menunjukkan sikap menarik diri, kadang-kadang bersikap sangat penurut, tidak mau bicara, menyatakan keputusasaan, rasa tidak berharga, bahkan bisa muncul keinginan bunuh diri. Gejala fisik yang ditunjukkan antara lain menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun, dan lain-lain.
5. **Tahap penerimaan.** Tahap ini berkaitan dengan reorganisasi rasa kehilangan. Pikiran yang selalu berpusat kepada objek yang hilang akan mulai berkurang atau hilang. Individu telah menerima kenyataan kehilangan yang dialaminya dan mulai memandang ke depan.

Gambaran tentang objek atau individu yang hilang akan mulai dilepaskan secara bertahap. Perhatiannya akan beralih kepada objek yang baru. Apabila individu dapat memulai tahap tersebut dan menerima kenyataan dengan perasaan damai, maka dia dapat mengakhiri proses berduka serta dapat mengatasi rasa kehilangan secara tuntas. Kegagalan untuk masuk ke tahap penerimaan akan memengaruhi kemampuan individu tersebut dalam mengatasi rasa kehilangan selanjutnya.

TINDAKAN PADA PASIEN YANG KEHILANGAN DAN BERDUKA

Tindakan pada Pasien dengan Tahap Pengingkaran

1. Memberikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, dengan cara:
 - a. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan berdukanya.
 - b. Meningkatkan kesabaran pasien, secara bertahap, tentang kenyataan dan kehilangan apabila sudah siap secara emosional.
2. Menunjukkan sikap menerima dengan ikhlas kemudian mendorong pasien untuk berbagi rasa dengan cara:

- a. Mendengarkan dengan penuh perhatian dan minat mengenai apa yang dikatakan oleh pasien tanpa menghukum atau menghakimi.
 - b. Menjelaskan kepada pasien bahwa sikapnya dapat timbul pada siapa pun yang mengalami kehilangan.
3. Memberikan jawaban yang jujur terhadap pertanyaan pasien tentang sakit, pengobatan, dan kematian dengan cara:
 - a. Menjawab pertanyaan pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti, jelas, dan tidak berbelit-belit.
 - b. Mengamati dengan cermat respons pasien selama berbicara.
 - c. Meningkatkan kesadaran secara bertahap.

Tindakan pada Pasien dengan Tahap Kemarahan

Mengizinkan dan mendorong pasien untuk mengungkapkan rasa marahnya secara verbal tanpa melawannya kembali dengan kemarahan. Hal itu dapat dilakukan dengan cara:

1. Menjelaskan kepada keluarga pasien bahwa sebenarnya kemarahan pasien tidak ditujukan kepada mereka.
2. Mengizinkan pasien untuk menangis.
3. Mendorong pasien untuk membicarakan rasa marahnya.
4. Membantu pasien dalam menguatkan sistem pendukungnya dan orang lain.

Tindakan pada Pasien dengan Tahap Tawar-menawar

Membantu pasien dalam mengungkapkan rasa bersalah dan takut dengan cara:

1. Mendengarkan ungkapan yang dinyatakan pasien dengan penuh perhatian.
2. Mendorong pasien untuk membicarakan rasa takut atau rasa bersalahnya.
3. Bila pasien selalu mengungkapkan kata “kalau....” atau “seandainya...”, beritahu pasien bahwa petugas kesehatan hanya dapat melakukan sesuatu yang nyata.
4. Membahas bersama pasien mengenai penyebab rasa bersalah atau rasa takutnya.

Tindakan pada Pasien dengan Tahap Depresi

1. Membantu pasien mengidentifikasi rasa bersalah dan takut dengan cara:
 - a. Mengamati perilaku pasien dan bersama dengannya membahas perasaannya.
 - b. Mencegah tindakan bunuh diri atau merusak diri, sesuai dengan derajat risikonya.
2. Membantu pasien mengurangi rasa bersalah dengan cara:
 - a. Menghargai perasaan pasien.
 - b. Membantu pasien menemukan dukungan yang positif dengan mengaitkannya terhadap kenyataan.

- c. Memberi kesempatan pada pasien untuk menangis dan mengungkapkan perasaannya.
- d. Bersama pasien membahas pikiran yang selalu timbul.

Tindakan pada Pasien dengan Tahap Penerimaan

Membantu pasien menerima kehilangan yang tidak bisa dielakkan dengan cara:

1. Membantu keluarga mengunjungi pasien secara teratur.
2. Membantu keluarga berbagi rasa, karena setiap anggota keluarga tidak berada pada tahap yang sama di saat yang bersamaan.
3. Membahas rencana setelah masa berkabung terlewati.
4. Memberi informasi akurat tentang kebutuhan pasien dan keluarga.

SEKARAT (*DYING*) DAN KEMATIAN (*DEATH*)

Sekarat (*dying*) merupakan suatu kondisi pasien saat sedang menghadapi kematian, yang memiliki berbagai hal dan harapan tertentu untuk meninggal. Kematian (*death*) secara klinis merupakan kondisi terhentinya pernapasan, nadi, dan tekanan darah, serta hilangnya respons terhadap stimulus eksternal, ditandai dengan aktivitas listrik otak terhenti. Dengan perkataan lain, kematian merupakan kondisi terhentinya fungsi jantung, paru-paru, dan kerja otak secara menetap. Sekarat dan kematian memiliki proses atau tahapan yang sama seperti pada kehilangan dan berduka. Tahapan tersebut sesuai dengan tahapan Kubler-Ross, yaitu diawali dengan penolakan, kemarahan, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan.

PERUBAHAN TUBUH SETELAH KEMATIAN

Terdapat beberapa perubahan tubuh setelah kematian, di antaranya rigor mortis (kaku) yang dapat terjadi sekitar 2-4 jam setelah kematian, algor mortis (dingin) yaitu turunnya suhu tubuh secara perlahan-lahan, serta *post mortem decomposition* yaitu terjadi livor mortis pada daerah yang tertekan dan melunaknya jaringan yang dapat menimbulkan banyak bakteri.

PERAWATAN PADA JENAZAH

1. Tempatkan dan atur jenazah pada posisi anatomis.
2. Singkirkan pakaian.
3. Lepaskan semua alat kesehatan.
4. Bersihkan tubuh dari kotoran dan noda.
5. Tempatkan kedua tangan jenazah di atas abdomen dan ikat pergelangannya (bergantung dari kepercayaan atau agama).
6. Tempatkan satu bantal di bawah kepala.
7. Tutup kelopak mata. Jika tidak ada tutup, bisa menggunakan kapas basah.
8. Katupkan rahang atau mulut, kemudian ikat dan letakkan gulungan handuk di bawah dagu.
9. Letakkan alas di bawah glutea.

10. Tutup sampai sebatas bahu, kepala ditutup dengan kain tipis.
11. Catat semua milik pasien dan berikan kepada keluarga.
12. Beri kartu atau tanda pengenalan.
13. Bungkus jenazah dengan kain panjang.

PERAWATAN JENAZAH YANG AKAN DIOTOPSI

1. Ikuti prosedur rumah sakit dan jangan lepas alat kesehatan.
2. Beri label pada pembungkus jenazah.
3. Beri label pada alat protesis yang digunakan.
4. Tempatkan jenazah pada lemari pendingin.

PERAWATAN TERHADAP KELUARGA

1. Dengarkan ekspresi keluarga.
2. Beri kesempatan bagi keluarga untuk bersama dengan jenazah beberapa saat.
3. Siapkan ruangan khusus untuk berduka.
4. Bantu keluarga untuk membuat keputusan dan perencanaan pada jenazah.
5. Beri dukungan jika terjadi disfungsi berduka.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro, R (1998), *Application, of Nursing Process A Step by Step Guide*, J.B. Lippincot Philadelphia.
- Allen, C.V. (1998), *Memahami Proses Keperawatan dengan Pendekatan Latihan*, alih bahasa Cristantie Efendi,-Jakarta, EGC.
- Anne Griffin Perry dan Patricia A Potter, (1997), *Clinical Nursing Skills Techniques*, 4th Edition, Mosby Year Book Inc.
- Anne Griffin Perry dan Patricia A Potter, (2004), *Clinical Nursing Skills Techniques*, 4th Edition, Mosby Year Book Inc.
- Arthur C. Curton (1983) dalam Long, B.C., *Esensial of Medical Surgical a Nursing Process Approach*, Mosby Company, St. Louis.
- Behrman, RE dkk, (1996), *Textbook of Pediatric*, Philadelphia, WB Saunders Company
- Belland, Kethleen Hoerth dan Wells, Marry Ann, (1986), *Clinical Nursing Procedures*, By Jones and Bartlett Publisher, California.

- Brown, RG & Burns, T (2002), *Lecture Notes on Dermatology*, 8th edition, alih bahasa M Anies Zakaria, Jakarta, Penerbit Erlangga.
- Carpenito LJ (1993), *Nursing Diagnosis; Application to Clinical Practice*, Edisi 5, Philadelphia, Lippincott
- Craven, Ruth, (1999), *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*, Philadelphia, Lippincott.
- Engel, J. (1995) *Pocket Guide to Pediatric Assessment*, St. Louis Missouri, Mosby. Year Book.
- FK Universitas Padjajaran, (1983), *Obstetri Fisiologi*, Elemen, Bandung.
- Guyton, A.C. (1995), *Guyton Fisiologi Manusia & Mekanisme Penyakit*, EGC, Jakarta.
- Hidayat, AAA dan Uliyah, M (2005), *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*, Jakarta, EGC.
- Kozier Erb et all (1995), *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice Values*. .California: Addison Wesley Publ. *Ethic &*
- La Rocca, Joanne, (1993), *Pocket Guide to Intravenous Therapy Edisi*, Mosby Year Book, Inc.
- Long, B.C. (1989), *Esensial of Medical Surgical a Nursing Process Approach*, Mosby Company, St. Louis.
- Lu Verne, Wolff, Marlene H Wetzal, Elinor Vuest (1989), *Fundamental of Nursing*, J.B Lippincot Company.
- Matondang, Cony S dkk, (2000), *Diagnosis Fisispada Anak*, Fr Sagung Seto, Jakarta.
- McCoffery (1979) dalam Long, B.C., *Esensial of Medical Surgical a Nursing Process Approach*, Mosby Company, St. Louis.
- Nurrachmah, E, (2001), *Nutrisi dalam Keperawatan*, PT Sagung Seto, Jakarta.
- Pearce, E.C. (2000), *Anatomi dan fisiologi untuk Paramedis*, PT Gramedia, Jakarta
- Perry, Anne Griffin (1994), *Pocket Guide to Basic Skills and Procedurs*, Edisi 3, by Mosby Year book.
- Potter, P.A. dan Perry. A.G. (1997), *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 4th Ed. St Louis: Mosby Year Book.
- Potter, P.A. dan Percy, AG, (1993), *Fundamental of Nursing: Concepts Process Practice* (Edisi 3), St Lois, Mosby Year Book.
- _____(1998), *Clinical Nursing Skills Techniques*, Edisi 4, Mosby Year Book Inc.
- Prihardjo, R. (1995), *Etika Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Pudjiadi, Solihin (2001), *Ilmu Gizi Klinis pada Anak*, Edisi 4, FKUI, Jakarta.
- Puruhito (1995), *Dasar-dasar Teknik Pembedahan*, Bagian Ilmu Bedah FK Universitas Airlangga, Surabaya.

- Soetjiningsih, (1998), *Tumbuh Kembang Anak*, EGC, Jakarta.
- Taylor, C et al (1997), *Fundamental of Nursing the Art and. Science of Nursing Care*, Edisi 3, New York Philadelphia, Lippincott.
- Varney, H et al (1998), *Varney's Pocket midwife*, Jones & Bartlett Publishers Inc, Boston.
- Widya Kerja Pangan dan Gizi (2004), *Angkai Kecukupan Gizi Orang Indonesia*, (www.gizi.net diakses tanggal 2 April 2006).
- Wolf Welfsel Feurst (1974) dalam Long, B.C., *Esensial of Medical Surgical a Nursing Process Approach*, Mosby Company, St. Louis.
- Wong DL, (1999), *Whaley and Wong's Nursing Care of Infant and. Children*, Mosby Inc, St Louis Missouri.
- _____(1996), *Whaley and Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing*, Mosby Year Book inc Inc St Louis Missouri.
- _____(1995), *Essentials of Pediatric Nursing*, Edisi 4, Mosby Company, St.Louis Missouri.