REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN
CIPTAAN

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

Nomor dan tanggal permohonan	:	EC00202278341, 22 Oktober 2022
Pencipta		
Nama	:	**Nuniek Tri Wahyuni, M, Kep, Supriatin,S.Kep.,Ners.,M.Kep dkk**
Alamat	:	Graha Dawuan Indah No.D.6 RT 3 RW 8, Dawuan, Tengah Tani, Cirebon, Cirebon, JAWA BARAT, 45453
Kewarganegaraan	:	Indonesia
Pemegang Hak Cipta		
Nama	:	**Nuniek Tri Wahyuni, M, Kep, Supriatin,S.Kep.,Ners.,M.Kep dkk**
Alamat	:	Graha Dawuan Indah No.D.6 RT 3 RW 8, Dawuan, Tengah Tani, Cirebon, Cirebon, JAWA BARAT, 45453
Kewarganegaraan	:	Indonesia
Jenis Ciptaan	:	**Buku**
Judul Ciptaan	:	**Keperawatan Anak**
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia	:	21 Oktober 2022, di Jakarta
Jangka waktu pelindungan	:	Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.
Nomor pencatatan	:	000394085

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
Direktur Jenderal Kekayaan Intelektual
u.b.
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP.196412081991031002

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

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Nuniek Tri Wahyuni, M, Kep	Graha Dawuan Indah No.D.6 RT 3 RW 8, Dawuan, Tengah Tani, Cirebon
2	Supriatin,S.Kep.,Ners.,M.Kep	Blok Kapling Timur RT 10 RW 1, Megu Cilik, Weru, Cirebon
3	Ns.Rutmauli Hutagaol, S.Kep., M.Kep.	JL. Segarawana I No. 16 RT 1 RW 17, Mejasem Barat, Kramat, Tegal
4	Dwi Sulistyo Cahyaningsih, SKp, M.Kep	Karaba Indah Blok. BB/31 RT 2 RW 9, Wadas, Telukjambe Timur, Karawang
5	Ns. Imelda Pujiharti, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.An, MH	JL. Intan II No.34 RT 3 RW 20, Kayuringin Jaya, Bekasi Selatan, Bekasi
6	Ns. Ninis Indriani, M. Kep., Sp.Kep.An	Ling Cungking RT 6 RW 3 , Mojopanggung, Giri, Bayuwangi
7	Maria Kareri Hara S.Kep.Ns., M.Kes	JL. Ikan Laohan RT 22 RW 6, Kambajawa, Kota Waingapu, Sumba Timur
8	Feni Amelia Puspitasari, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.	JL. H Nawi Kavling Asih Indah Blok C No.110 H RT 5 RW 13, Jatimakmur, Pondokgede, Bekasi
9	Ns.Yulia Agustina, M.Kep	JL. Irigasi Tertia 3 C3 No 13 RT 11 RW 11, Bekasi Jaya, Bekasi Timur, Bekasi
10	Ns. Fany anitarini, M. Kep	Dusun Jatisari RT 2 RW 2, Wriginagung, Gambiran, Bayuwangi
11	Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep, Sp.Kep.An	JL. Betung VII Blok-E NO 201 RT 5 RW 8, Pondok Bambu, Duren Sawir, Jakarta Timur
12	Roshinta Sony Anggari, M.Kep	DSN Parastembok RT 5 RW 1, Jambewangi, Sempu, Bayuwangi
13	Laviana Nita L. M. Kep	Perum Griya Thamrin Indah Blok F/04 RT 7 RW 8, Gedangsewu, Pare, Kediri
14	Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An	Komp PGRI Blok AI No 15 RT 7 RW 2, Pasir Putih, Sawangan, Depok
15	Dr. Ns. Anita, S. Kep., M. Kep., Sp.Mat	JL. Imam Bonjol No.79 RT 16 RW 4, Hadimulyo Barat, Metro Pusat, Metro
16	Antonetha Rosni Hunggumila, SST.,M.Kes	Mauliru RT 12 RW 3, Mauliru, Kambera, Sumba Timur

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Nuniek Tri Wahyuni, M, Kep	Graha Dawuan Indah No.D.6 RT 3 RW 8, Dawuan, Tengah Tani, Cirebon
2	Supriatin,S.Kep.,Ners.,M.Kep	Blok Kapling Timur RT 10 RW 1, Megu Cilik, Weru, Cirebon
3	Ns.Rutmauli Hutagaol, S.Kep., M.Kep.	JL. Segarawana I No. 16 RT 1 RW 17, Mejasem Barat, Kramat, Tegal
4	Dwi Sulistyo Cahyaningsih, SKp, M.Kep	Karaba Indah Blok. BB/31 RT 2 RW 9, Wadas, Telukjambe Timur, Karawang
5	Ns. Imelda Pujiharti, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.An, MH	JL. Intan II No.34 RT 3 RW 20, Kayuringin Jaya, Bekasi Selatan, Bekasi
6	Ns. Ninis Indriani, M. Kep., Sp.Kep.An	Ling Cungking RT 6 RW 3 , Mojopanggung, Giri, Bayuwangi

7	Maria Kareri Hara S.Kep.Ns., M.Kes	JL. Ikan Laohan RT 22 RW 6, Kambajawa, Kota Waingapu, Sumba Timur
8	Feni Amelia Puspitasari, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.	JL. H Nawi Kavling Asih Indah Blok C No.110 H RT 5 RW 13, Jatimakmur, Pondokgede, Bekasi
9	Ns.Yulia Agustina, M.Kep	JL. Irigasi Tertia 3 C3 No 13 RT 11 RW 11, Bekasi Jaya, Bekasi Timur, Bekasi
10	Ns. Fany anitarini, M. Kep	Dusun Jatisari RT 2 RW 2, Wriginagung, Gambiran, Bayuwangi
11	Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep, Sp.Kep.An	JL. Betung VII Blok-E NO 201 RT 5 RW 8, Pondok Bambu, Duren Sawir, Jakarta Timur
12	Roshinta Sony Anggari, M.Kep	DSN Parastembok RT 5 RW 1, Jambewangi, Sempu, Bayuwangi
13	Laviana Nita L. M. Kep	Perum Griya Thamrin Indah Blok F/04 RT 7 RW 8, Gedangsewu, Pare, Kediri
14	Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An	Komp PGRI Blok AI No 15 RT 7 RW 2, Pasir Putih, Sawangan, Depok
15	Dr. Ns. Anita, S. Kep., M. Kep., Sp.Mat	JL. Imam Bonjol No.79 RT 16 RW 4, Hadimulyo Barat, Metro Pusat, Metro
16	Antonetha Rosni Hunggumila, SST.,M.Kes	Mauliru RT 12 RW 3, Mauliru, Kambera, Sumba Timur

AKADEMI KEPERAWATAN
BINA INSAN JAKARTA

SURAT TUGAS
Nomor: 05/S-GAS/APBI/X/2022

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama : Silvana Evi Linda, S.Kp., M.Kep.
Jabatan : Direktur Akademi Keperawatan Bina Insan
NIDN : 0316086706

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa:
Nama : Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep., Sp.Kep. An
Jabatan : Dosen Tetap Akademi Keperawatan Bina Insan
NIDN : 0317087702
Penulis HAKI : Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep., Sp.Kep. An

Adalah benar Dosen Tetap Akademi Keperawatan Bina Insan yang hendak mengajukan HAKI atas Karya Intelektualnya berupa Buku Ajar Keperawatan Anak.

Diharapkan dengan diterbitkannya HAKI, buku ajar tersebut dapat memberikan kontribusi ilmiah serta menjadi media edukatif yang bermanfaat bagi pembaca, khususnya Mahasiswa Akademi Keperawatan Bina Insan Jakarta, dalam memahami penerapan Konsep Dasar Keperawatan Anak dalam praktik keperawatan.

Demikian Surat Tugas ini dibuat untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Jakarta, 19 Oktober 2022
Akademi Keperawatan Bina Insan
Direktur

Silvana Evi Linda SKp, M.Kep
NIDN 0316086706

Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain adalah untuk membantu para mahasiswa dalam memahami 1. Konsep Keperawatan Anak; 2. Konsep Tumbuh Kembang; 3. Komunikasi Pada Anak dan Keluarga; 4. Konsep Bermain; 5. Konsep DDST II; 6. Konsep Nutrisi; 7. Konsep Hospitalisasi; 8. MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit); 9. Bimbingan Antisipasi (Anticipatory Guidance) dan Pencegahan Kecelakaan Pada Anak; 10. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Hematologi; 11. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Pencernaan yang Memerlukan Tindakan Bedah; 12. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular; 13. Asuhan keperawatan pada pasien dengan persyarafan; 14. Asuhan Keperawatan, Gangguan Sistem Perkemihan; 15. Konsep Neonatus Esensial; 16. Terapi Bermain.

Pahami konsep keperawatan anak sebelum Anda melakukan praktik keperawatan anak!

ZAHIR publishing
zahirpublishing@gmail.com
www.zahirpublishing.net

ISBN 978-623-488-141-5

Buku Ajar KEPERAWATAN ANAK

ZAHIR publishing

Buku Ajar KEPERAWATAN ANAK



Nuniek Tri Wahyuni, S.Kep., Ners., M.Kep. | Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Rutmauli Hutagaol, S.Kep., M.Kep. | Dwi Sulistyo C., S.Kp., M.Kep.
Ns. Imelda Pujiharti, M.Kep., Sp.Kep.An., M.H. | Ns. Ninis Indriani, M.Kep., Sp.Kep.An.
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes. | Feni Amelia Puspitasari, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Yulia Agustina, S.Kep, M.Kep. | Ns. Fany Anitarini, M.Kep. | Laviana Nita Ludyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An. | Antonetha Rosni Hunggumila, SST., M.Kes.
Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep.Sp.Kep.An. | Ns. Roshinta Sony Anggari, M.Kep.
Dr. Ns. Anita, M.Kep., Sp.Mat.

BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK

Nuniek Tri Wahyuni, S.Kep., Ners., M.Kep.
Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Rutmauli Hutagaol, S.Kep., M.Kep.
Dwi Sulistyo C., S.Kp., M.Kep.
Ns. Imelda Pujiharti, M.Kep., Sp.Kep.An., M.H.
Ns. Ninis Indriani, M.Kep., Sp.Kep.An
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Feni Amelia Puspitasari, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Yulia Agustina, S.Kep, M.Kep.
Ns. Fany anitarini, M.Kep.
Laviana Nita Ludyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An
Antonetha Rosni Hunggumila, SST., M.Kes.
Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep.Sp.Kep.An
Ns. Roshinta Sony Anggari, M.Kep.
Dr. Ns. Anita, M.Kep., Sp.MAT.

ZAHIR publishing

BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK

Penulis
Nuniek Tri Wahyuni, S.Kep., Ners., M.Kep.
Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Rutmauli Hutagaol, S.Kep., M.Kep.
Dwi Sulistyo C., S.Kp., M.Kep.
Ns. Imelda Pujiharti, M.Kep., Sp.Kep.An., M.H.
Ns. Ninis Indriani, M.Kep., Sp.Kep.An
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Feni Amelia Puspitasari, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Yulia Agustina, S.Kep, M.Kep.
Ns. Fany anitarini, M.Kep
Laviana Nita Ludyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An
Antonetha Rosni Hunggumila, SST., M.Kes.
Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep.Sp.Kep.An
Ns. Roshinta Sony Anggari, M.Kep.
Dr. Ns. Anita, M.Kep., Sp.Mat.

Tata Letak
Ulfa

Desain Sampul
Faizin

20 x 29 cm, viii + 190 hlm.
Cetakan I, Oktober 2022

ISBN: 978-623-466-141-5

Diterbitkan oleh:
ZAHIR PUBLISHING
Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,
Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571
e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta
No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Allah SWT, dan Hidayah yang sudah diberikan sehingga kami bisa menyelesaikan buku panduan yang berjudul "Buku Ajar Keperawatan Anak" dengan tepat waktu. Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain adalah untuk membantu para mahasiswa dalam memahami 1. Konsep Keperawatan Anak; 2. Konsep Tumbuh Kembang; 3. Komunikasi Pada Anak dan Keluarga; 4. Konsep Bermain; 5. Konsep DDST II; 6. Konsep Nutrisi; 7. Konsep Hospitalisasi; 8. MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit); 9. Bimbingan Antisipasi (*Anticipatory Guidance*) dan Pencegahan Kecelakaan Pada Anak; 10. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Hematologi; 11. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Pencernaan yang Memerlukan Tindakan Bedah; 12. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular; 13. Asuhan keperawatan pada pasien dengan persyarafan; 14. Asuhan Keperawatan, Gangguan Sistem Perkemihan; 15. Konsep Neonatus Esensial; 16. Terapi Bermain.

Kami sadar bahwa penulisan buku ini bukan merupakan buah hasil kerja keras kami sendiri. Ada banyak pihak yang sudah berjasa dalam membantu kami di dalam menyelesaikan buku ini, seperti pembuatan cover, editing dan lain-lain. Maka dari itu, kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu memberikan wawasan dan bimbingan kepada kami sebelum maupun ketika menulis buku ajar keperawatan anak. Kami juga sadar bahwa buku yang kami buat masih tidak belum bisa dikatakan sempurna. Maka dari itu, kami meminta dukungan dan masukan dari para pembaca, agar kedepannya kami bisa lebih baik lagi di dalam menulis sebuah buku.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI v

BAB I
KONSEP KEPERAWATAN ANAK 1
A. Tujuan Pembelajaran 1
B. Materi 1
C. Rangkuman 9
D. Tugas 9
E. Referensi 9
F. Glosarium 10

BAB II
KONSEP TUMBUH KEMBANG 11
A. Tujuan Pembelajaran 11
B. Materi 11
C. Rangkuman 19
D. Tugas 20
E. Referensi 20
F. Glosarium 20

BAB III
KOMUNIKASI PADA ANAK DAN KELUARGA 23
A. Tujuan Pembelajaran 23
B. Materi 23
C. Rangkuman 34
D. Tugas 34
E. Referensi 35
F. Glosarium 36

BAB IV
BERMAIN 37
A. Tujuan Pembelajaran 37
B. Materi 37
C. Rangkuman 42
D. Tugas 43
E. Referensi 43
F. Glosarium 43
G. Biodata Penulis 44

BAB V
DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST (DDST) 45
A. Tujuan Pembelajaran 45
B. Materi 45
C. Rangkuman 54
D. Tugas 54
E. Daftar Pustaka 55

BAB VI
KONSEP NUTRISI PADA ANAK 57
A. Tujuan Pembelajaran 57
B. Materi 57
C. Rangkuman 63
D. Tugas 63
E. Referensi 64

BAB VII
HOSPITALISASI 67
A. Tujuan Pembelajaran 67
B. Materi Konsep Hospitalisasi 67
C. Rangkuman 72
D. Tugas 73
E. Referensi 75
F. Glosarium 75

BAB VIII
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) 77
A. Tujuan Pembelajaran 77
B. Hasil Penelitian terkait Penerapan MTBS 77
C. Materi Balita Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun 77
D. Materi Bayi Muda Umur Kurang Dari 2 Bulan 88
E. Rangkuman 95
F. Tugas 96
G. Daftar Pustaka 96

BAB IX
PETUNJUK ANTISIPASI (*ANTICIPATORY GUIDANCE*) DAN PENCEGAHAN KECELAKAAN PADA ANAK 99
A. Tujuan Pembelajaran 99
B. Materi 99
C. Rangkuman 108
D. Tugas dan Latihan 108
E. Daftar Pustaka 109

BAB X
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI : THALASEMIA 111
A. Tujuan Pembelajaran 111
B. Materi 111
C. Rangkuman 118
D. Tugas 118
E. Referensi 118
F. Glosarium 119

BAB XI
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PERSYARAFAN: KEJANG DEMAM 121
A. Tujuan Pembelajaran 121
B. Materi 121
C. Rangkuman 125
D. Tugas 125
E. Referensi 125
F. Glosarium 126

BAB XII
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN SINDROM NEFROTIK 127
A. Tujuan Pembelajaran 127
B. Uraian Materi 127
C. Rangkuman 132
D. Tugas 132
E. Daftar Pustaka 133

BAB XIII
KONSEP PERAWATAN NEONATUS ESSENSIAL 135
A. Tujuan Pembelajaran 135
B. Materi 135
C. Rangkuman 146
D. Tugas 147
E. Referensi 147
F. Glosarium 148

BAB XIV
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN YANG MEMERLUKAN PEMBEDAHAN: HIRSCHPRUNG 151
A. Tujuan Pembelajaran 151
B. Penjelasan Materi 151
C. Rangkuman 159
D. Tugas 159
E. Referensi 160

BAB XV
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULAR 163
A. Tujuan Pembelajaran 163
B. Materi 163
C. Rangkuman 175
D. Tugas 175
E. Referensi 175

BAB XVI
TERAPI BERMAIN 179
A. Tujuan Pembelajaran 179
B. Materi 179
C. Rangkuman 187
D. Tugas 187
E. Referensi 187

BAB I
KONSEP KEPERAWATAN ANAK

Nuniek Tri Wahyuni, S.Kep.,Ners.,M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dan konsep dasar perawatan anak dalam konteks keluarga dan penerapannya pada masalah kesehatan anak di Indonesia

B. Materi

1. Perspektif Keperawatan Anak

a. Definisi Anak

Undang-undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan anak menyatakan dalam Pasal 1 ayat (1) bahwa anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.[1]

Bahwa kemudian dalam Pasal 47 ayat (1) Undang-undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan menjelaskan mengenai anak yang belum mencapai umur 18 (delapan belas) tahun atau belum pernah menikah.[2]

Dapat disimpulkan bahwa, pengertian anak ialah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun termasuk yang masih dalam kandungan atau belum pernah melakukan pernikahan.

b. Kesehatan Anak

1) Sehat

Sehat menurut UU Nomor 23 Tahun 1992 adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.[3]

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat di berikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak, adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis, dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu, selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak berada dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaiknya, apabila anak dalam kondisi krisis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik , mental dan social serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan (WHO, 1947) yang memiliki ciri sebagai berikut: Memiliki kemampuan merefleksikan perhatian induvidu sebagai manusia, memiliki pandangan terhadap sehat dalam konteks

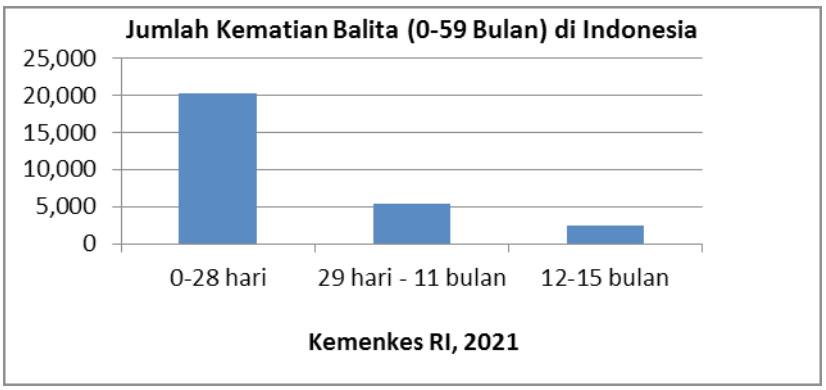
lingkungan baik secara internal maupun eksternal dan memiliki hidup yang kreatif dan produktif. [4]

2) Mortality

Kematian atau mortalitas adalah salah satu dari tiga komponen proses demografi yang berpengaruh terhadap struktur penduduk. Dua komponen proses demografi lainnya adalah kelahiran (*fertilitas)*, dan mobilitas penduduk. Tinggi rendahnya tingkat mortalitas penduduk di suatu daerah tidak hanya mempengaruhi pertumbuhan penduduk, tetapi juga merupakan barometer dari tinggi rendahnya tingkat kesehatan masyarakat di daerah tersebut.[5]

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara terpadu menyeluruh, dan berkesinambungan. Upaya kesehatan anak dilakukan sejak janin dalam kandungan hingga anak berusia 18 (delapan belas) tahun. Salah satu tujuan upaya kesehatan anak adalah menjamin kelangsungan hidup anak melalui upaya menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan balita. Tren angka kematian anak dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan.[6]

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32 per 1.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, angka kematian neonatus, bayi, dan balita diharapkan akan terus mengalami penurunan. Intervensi-intervensi yang dapat mendukung kelangsungan hidup anak ditujukan untuk dapat menurunkan AKN menjadi 10 per 1000 kelahiran hidup dan AKB menjadi 16 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2024. Sementara, sesuai dengan Target Pembangunan Berkelanjutan, AKABA diharapkan dapat mencapai angka 18,8 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2030.[7]



Gambar 1

Gambar 1. Menunjukkan bahwa Dari seluruh kematian neonatus yang dilaporkan, 72,0% (20.266 kematian) terjadi pada usia 0-28 hari. Sementara, 19,1% (5.386 kematian) terjadi pada usia 29 hari-11 bulan dan 9,9% (2.506 kematian) terjadi pada usia 12-59 bulan.

Penyebab kematian neonatal (0-28 hari) terbanyak adalah kondisi berat badan lahir rendah (BBLR) 35,2%, asfiksia 27,4%, kelainan kongenital 11,4%, infeksi 3,4%, tetanus neonatorium 0,3 %, COVID-19 0,0%.[6]

Penyakit infeksi menjadi penyumbang kematian pada kelompok anak usia 29 hari - 11 bulan. Sama seperti tahun sebelumnya, pada tahun 2020, pneumonia dan diare masih menjadi masalah utama yang meyebabkan 73,9%, kematian (pneumonia) 14,5% dan kematian (diare) 9,8%. Penyebab kematian lain di antaranya adalah kelainan kongenital jantung, kelainan kongenital lainnya, meningitis, demam berdarah, penyakit saraf, dan lainnya.[6]

Pada kelompok anak balita (12-59 balita) penyebab kematian terbanyak adalah diare. Penyebab kematian lain di antaranya pneumonia, kelainan kongenital jantung, kecelakaan lalu lintas, tenggelam, infeksi parasit, dan lainnya.

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir adalah cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1. Pelayanan dalam kunjungan ini (Manajemen Terpadu Balita Muda) antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan).

3) Morbidity

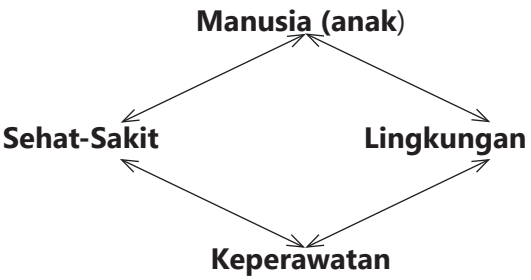
Prevalensi penyakit khusus dalam populasi pada waktu tertentu dikenal sebagai *statistic morbiditas*. Statistic morbiditas secara umum disajikan sebagai angka per 1000 populasi karena frekuensi kejadiannya yang tinggi. Tidak seperti statistic mortalitas, morbiditas sangat sulit didefinisikan dan mungkin menunjukkan penyakit akut, penyakit kronik, atau ketidakmampuan. Sumber data umum untuk statistic morbiditas mencakup alas an datang ke dokter, diagnosis pada saat masuk rumah sakit, atau wawancara di rumah tangga. Tidak seperti angka kematian, yang diperbarui setiap tahun, statistic morbiditas jarang di revisi dan tidak selalu mewakili populasi umum.[8]

Morbiditas atau kesakitan pada bayi merupakan hal yang harus dihindari, karena hal ini dapat berpengaruh pertumbuhan bayi. Tipe penyakit yang didapat anak selama masa kanak-kanak bervariasi sesuai usia. Misalnya, infeksi saluran pernapasan atas cenderung menurun sesuai pertambahan usia, dan gangguan lain seperti jerawat dan sakit kepala cenderung meningkat. Cedera adalah factor tambahan yang mempengaruhi mobiditas. Aspek paling penting dari morbiditas adalah derajat ketidakmampuan yang diakibatkannya.[8]

c. Keperawatan Anak

1) Falsafah

Falsafah keperawatan merupakan keyakinan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan yang dapat digambarkan berikut ini:



Gambar 2. Komponen Paradigma Keperawatan Anak

a) Manusia (anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

b) Sehat-Sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

c) Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, kematangan biologis, jenis kelamin, intelektual, emosi dan adanya predisposisi

atau resistensi terhadap penyakit. Sedangkan lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara kandung, teman sebaya dan masyarakat, agama, budaya status soail ekonomi, iklim/cuaca dan lingkungan fisik/biologi baik rumah maupun sanitasi di sekelilingnya akan mempengaruhi status kesehatan anak.

d) Keperawatan

Fokus utama dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan adalah peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, dengan falsafah yang utama, yaitu asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dan perawatan yang terapeutik. Selama proses asuhan keperawatan dijalankan, keluarga dianggap sebagai mitra bagi perawat dalam rangka mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan. Dua konsep yang mendasari dalam kerja sama orang tua-perawat ini adalah memfasilitasi keluarga untuk aktif terlibat dalam asuhan keperawatan anaknya di rumah sakit dan memberdayakan kemampuan keluarga baik dari aspek pengetahuan, keterampilan maupun sikap dalam melaksanakan perawatan anaknya di rumah sakit, melalui interaksi yang terapeutik dengan keluarga (*empowering)*. Bentuk intervensi utama yang diperlukan anak dan keluarganya adalah pemberian dukungan, pemberian pendidikan kesehatan, dan upaya rujukan kepada tenaga kesehatan lain yang berkompeten sesuai dengan kebutuhan anak.[9]

2) Peran Perawat

Perawat adalah salah satu anggota tim kesehatan yang bekerja dengan anak dan orang tua. Beberapa peran penting perawat, yaitu:

a) Sebagai pendidik.

Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

b) Sebagai konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencarikan alternatif pemecahannya

c) Sebagai koordinator/kolaborasi

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi

koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

d) Sebagai pembuat keputusan etik

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak

e) Sebagai peneliti

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada peran ini diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.[10]

3) Atraumatic Care

Atraumatic care atau asuhan atraumatik adalah penyediaan asuhan terapeutik dalam lingkungan oleh seseorang (personal) dengan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau memperkecil distres psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan.

Tujuan utama perawatan atraumatik adalah ˜Pertama, jangan melukai, yang memberikan kerangka kerja untuk mencapai tujuan ini adalah dengan menerapkan prinsip-prinsip *atraumatic care* antara lain adalah :

a) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga
b) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak
c) Mencegah dan mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis)
d) Tidak melakukan kekerasan pada anak
e) Modifikasi lingkungan

2. Pendekatan *Family Centre Care*

Family Centered Care (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak. Family Centered Care meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga.

a. Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan mengidentifikasian diri mereka sebagai bagian dari keluarga.[11]

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga,berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.[12]

Sehingga, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi dan boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah dan hukum yang tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dengan keadaan saling ketergantungan dan memiliki kedekatan emosional yang memiliki tujuan mempertahankan budaya, meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional serta sosial sehingga menganggap diri mereka sebagai suatu keluarga.

b. Fungsi dan Struktur Keluarga

Menurut Friedman fungsi keluarga terbagi atas :[12]

1) Fungsi Afektif

Fungsi ini merupakan presepsi keluarga terkait dengan pemenuhan kebutuhan psikososial sehingga mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan individu sebagai hasil dari adanya interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial. Fungsi ini melatih agar dapat beradaptasi dengan kehidupan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

5) Fungsi Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

Struktur keluarga atau komposisi keluarga, terdiri atas individu, masing-masing dengan status dan kedudukan social. Berikut ini struktur dari keluarga:

1) Keluarga tradisional
   a) Keluarga inti : keluarga yang terdiri atas ayah ibu dan anak
   b) Pasangan inti : keluarga yang terdiri atas suami dan istri saja
   c) Keluarga dengan orang tua tunggal satu orang sebagai kepala keluarga, biasanya bagian dari konsekuensi perceraian

d) Lajang yang tinggal sendirian
e) Keluarga besar yang mencakup tiga generasi
f) Pasangan usia pertengahan atau pasangan lanjut usia
g) Jaringan keluarga besar

2) Keluarga non-tradisional
a) Pasangan yang memiliki Anak tanpa menikah
b) Pasangan yang hidup bersama tanpa menikah (kumpul kebo)
c) Keluarga homoseksual (gay dan atau lesbian)
d) Keluarga komuni: keluarga dengan lebih dari satu pasang monogami dengan anak-anak secara bersama-sama menggunakan fasilitas serta sumber-sumber yang ada

c. Peran dan Hubungan Keluarga

Setiap individu mempunyai suatu posisi atau status dalam struktur keluarga, dan secara kultural dan sosial berperan dalam interaksi dengan kelompok keluarga.[8]

1) Peran sebagai ayah.

Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anaknya yang berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman juga sebagai kepala keluarga anggota kelompok sosial serta anggota masyarakat dan lingkungan.

2) Peran sebagai ibu.

Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya berperan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungan di samping dapat berperan pula sebagai mencari nafkah tambahan keluarga

3) Peran sebagai anak

Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual

d. Orang Tua tunggal

Keluarga orang tua tunggal bukan merupakan fenomena yang baru lagi, dan istilah orang tua tunggal *(single parent)* dan orang tua lengap *(two-parent).* Keluarga dengan orang tua tunggal zaman sekarang kemungkinan sebagian besar terjadi sebagai konsekuensi dari gerakan hak perempuan sehingga lebih banyak perempuan (dan pria) membentuk rumah tangga yang terpisah karena perceraian, kematian akibat penyakit, kelahiran anak, dan perang telah mengakibatkan semakin bertambahnya keluarga dengan orang tua tunggal walaupun kemungkinan untuk menikah kembali bisa terjadi.[8]

Tantangan yang dihadapi orang tua tunggal seperti kesulitan keuangan, merasa bersalah karena waktunya dihabiskan ditempat yang jauh dari anak-anak mereka sebagai pencari nafkah. Banyak orang tua tunggal mengalami masalah dalam perawatan anak mereka secara adekuat, dan terutama sulit sekali untuk merawat anak mereka yang sakit.[8]

e. Perceraian

Selama masa perceraian, kemampuan koping orang tua mungkin menurun. Orang tua mungkin terlalu memikirkan perasaan, kebutuhan, dan perubahan kehidupannya sendiri sehingga mereka tidak mempunyai waktu dan tidak dapat mendukung anak-anaknya.[8]

Hasil dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa perceraian telah menimbulkan efek pada anak. Penelitian jangka panjang mengindikasikan banyak anak-anak muda menderita masalah psikologis dan sosial selama bertahun-tahun akibat stress yang berkepanjangan dan atau stress baru dalam keluarga yang bercerai. Hasil paling utama adalah peningkatan kecemasan dalam membentuk hubungan yang kuat ketika dewasa muda.[8]

Walaupun sebagian besar penelitian terkonsentrasi pada efek negative perceraian pada anak, telah dilaporkan adanya hasil perceraian yang positif.[8]

C. Rangkuman

Anak ialah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun termasuk yang masih dalam kandungan atau belum pernah melakukan pernikahan dan sedang dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya (1) manusia dalam hal ini anak, (2) keperawatan, (3) sehat-sakit dan (4) lingkungan.

Fokus utama dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan adalah peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, dengan falsafah yang utama, yaitu asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dan perawatan yang terapeutik. Selama proses asuhan keperawatan dijalankan, keluarga dianggap sebagai mitra bagi perawat dalam rangka mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan.

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana penerapan *Family Centered Care* di ruang Neonatus Intensive Care Unit (NICU).

Petunjuk Jawaban Latihan

Carilah sumber dari berbagai buku atau melalui internet

E. Referensi

1. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 Perubahan Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, Pasal 1 ayat (1)
2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan Pasal 47 ayat (1)
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Pasal 1 ayat 1
4. World Health Organization. Definisi Sehat WHO: WHO; 1947
5. Manuaba, Ida, Bagus. Et all. 2008. Gawat Darurat Obstetri Ginekolog & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk profesi Bidan
6. Kementrian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021.
7. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017
8. Donna L Wong. 2009. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC.
9. Yupi Supartini. 2012. Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC
10. Yuliastati. 2016. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta: BPPSDMK

11. Zakaria, Amir. 2017. Asuhan Keperawatan Keluarga Pendekatan Teori dan Konsep. Malang: International Research and Development for Human Beings.
12. Friedman, M. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori dan Prakrek Edisi ke-5. Jakarta: EGC

F. Glosarium

UU : Undang Undang
AKN : Angka Kematian Neonatal
AKB : Angka Kematian Bayi
AKABA : Angka Kematian Balita
BBLR : Berat Badan Lahir Rendah
KN 1 : Kunjungan Neonatal Pertama
FCC : Family Centre Care

Biografi Penulis



Nuniek Tri Wahyuni, S.Kep.,Ners.,M.Kep. Lahir di Indramayu, 20 Februari 1983. Pendidikan terakhir Magister Keperawatan Anak Fitkes UNJANI Cimahi Bandung. Pengalaman bekerja sebagai Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekes Yapkesbi Sukabumi 2008-2009, Dosen tetap Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon tahun 2010 sampai dengan sekarang, Ketua Program Studi DIII Keperawatan tahun 2019 sampai dengan sekarang.

BAB II
KONSEP TUMBUH KEMBANG

Supriatin,S.Kep.,Ners.,M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Diakhir pembelajaran mahasiswa mampu memahami konsep pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan tahapannya

B. Materi

1. Pengertian tumbuh kembang

Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup 2 peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu pertembuhan dan perkembangan. Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam ukuran baik besar, jumlah,atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu. Perkembangan lebih menitikberatkan pada aspek perubahan bentuk atau fungsi pematangan organ ataupun individu, termasuk pula perubahan pada aspek social atau emosional akibat pengaruh lingkungan. Dengan demikian proses pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisis sedangkan proses perkembangan berkaitan dengan fungsi pematangan intelektual dan emosional organ atau individu.

Ciri khas seorang anak adalah selalu tumbuh dan berkembang yang dimulai sejak konsepsi sampai dengan berakhirnya masal remaja. Bertambahnya umur anak menyebabkan perubahan secara simultan pertumbuhan dan perkembangan anak sehinggadua peristiwa tersebut sangat penting dalam kehidupan anak. Pengertian pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehinggadapat diukur dengan satuan panjang dan berat, sedangkan perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Depkes, 2007). Hal ini sesuai dengan pendapat Nursalam (2008) yang menyatakan bahwa pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnyakarena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel, seperti pertambahan ukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala. Pertumbuhan bersifat kuantitatif sehingga dapat diukur dengan satuan berat (gram, kilogram), satuan panjang (cm, m), umur tulang, dan keseimbangan metabolik. Sedangkan perkembangan (development) adalah pertambahan kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks.

Sejalan dengan Herawati (2009), bahwa pertumbuhan merupakan perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari kematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal dalam perjalanan waktu tertentu. Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan yang bersifat kuantitatif yang mengacu pada jumlah, besar, dan luas, serta bersifat konkret yang biasanya menyangkut ukuran dan struktur biologis. Pertumbuhan ialah bertambahnya ukuran dan jumlah sel sertajaringan interceluler, yang berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau keseluruhan(Narendra, 2002). Pertumbuhan mempunyai ciri-ciri khusus, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama, serta munculnya ciri-ciri baru. Keunikan pertumbuhan adalah mempunyai kecepatan yang berbeda-beda di

setiap kelompok umur dan masing-masing organ juga mempunyai pola pertumbuhan yang berbeda. Terdapat 3 periode pertumbuhan cepat, yaitu masa janin, masa bayi 0 - 1 tahun, dan masa pubertas.

Menurut Elizabeth B. Hurlock (2008) pertumbuhan (growth) dan perkembangan (development) sebenarnya memiliki makna yang berbeda, tetapi antara keduanya tidak dapat dipisahkan. Pertumbuhan menunjukkan arti perubahan kuantitatif, pertambahan dalam ukuran dan struktur. Sejalan dengan pertumbuhan otak anak, dia memiliki kapasitas belajar lebih besar untuk belajar, mengingat, dan bernalar. Perkembangan menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel, jaringan, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya (Tanuwijaya, 2003). Perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan(skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, mengikuti pola yang teratur,dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan (Soetjiningsih, 2002).

Menurut Purwanti (2000), perkembangan adalah proses perubahan kualitatif yang mengacu pada kualitas fungsi organ-organ jasmani, sehingga penekanan arti perkembangan terletak pada penyempurnaan fungsi psikologis yang termanifestasi pada kemampuan organ fisiologis (Herawati, 2009). Ikatan Dokter Anak Indonesia (2002) menyebutkan bahwa perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur atau fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan, dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistemnya yang terorganisasi (Nursalam, 2008).

Pertumbuhan merupakan perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari kematanganfungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal dalam perjalanan waktu tertentu. Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan yang bersifat kuantitatif yang mengacu pada jumlah, besar, dan luas, serta bersifat konkret yang biasanya menyangkut ukuran dan struktur biologis (Herawati, 2009).

2. Tahapan Tumbuh kembang

a. Masa Perinatal

Masa perinatal mulai dari konsepsi sampai lahir. Pada masa ini terjadi tumbuh kembang yang sangat pesat. Sel telur yang telah dibuahi mengalami deferenisasi yang berlangsung cepat hinggga terbentuk organorgan tubuh yang berfungsi sesuai dengan tugasnya, hanya perlu waktu 9 bulan didalam kandungan. Masa kombrio berlangsung sejak konsepsi sampai umur 8 minggu (ada yang mengatakan sampai 12 minggu). Pada saat ini terbentuk organ-organ yang sangat peka terhadap lingkungan.

b. Pada masa neonatal

Pada masa neonatal, terjadi adaptasi lingkungan dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ektrauteri dan terjadi perubhan siklus darah. Organ-organ tubuh berfungsi sesuai tugasnya di dalam kehidupan ektrauteri. Pada masa 7 hari pertama (neonatal dini), bayi harus mendapatkan perhatian khusus, karena angka kematia pada masa bayi ini tinggi,

c. Masa Bayi

Pada masa bayi dan masa anak dini, pertumbuhan anak pesat walaupun kecepatan telah mengalami deselerasi dan proses maturasi yang berlangsung, terutama sistem saraf.

d. Masa anak prasekolah

Pada masa anak prasekolah, kecepatan pertumbuhan lambat dan berlangsung stabil (plateau) pada masa ini terdapat kecepatan perkembangan motorik dan fungsi ekskresi. Aktifitas fisik bertambah serta keterampilan dan proses fikir meningkat

e. Masa Pra remaja

Pada masa praremaja, anak perempuan 2 tahun lebih cepat memasuki masa remaja bila dibandingkan dengan anak laki-laki. Masa ini merupakan transisi dari masa anak ke dewasa, pada masa ini terjadi pacu tumbuh berat badan, tinggi badan dan juga pertumbuhan yang pesat pada alat-alat kelamin dan timbul tanda-tanda seks sekunder.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang

Faktor-faktor yang memengaruhi tumbuh kembang anak dapat dijelaskan dengan beberapa teori, salah satunya teori ekologi dikembangkan oleh Urie Bronfenbrenner (1917) yang fokus utamanya pada konteks sosial di mana anak tinggal dan orang-orang yang memengaruhi perkembangan anak. teori ekologi memandang perkembangan anak dari tiga sistem lingkungan yaitu mikrosistem, eksosistem, dan makrosistem. Ketiga sistem tersebut membantu perkembangan individu dalam membentuk ciri-ciri fisik dan mental tertentu. Model lain dari faktor-faktor yang memengaruhi tumbuh kembang anak juga diungkapkan oleh Unicef dan Jonsson (1990) (dalam Soetjiningsih, 2002) yang dibedakan menjadi sebab langsung, tidak langsung, dan dasar. Faktor-faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak menurut Hidayat (2005), yaitu faktor herediter dan lingkungan. Faktor herediter meliputi genetik/bawaan, jenis kelamin, ras/etnik dan umur. Faktor lingkungan meliputi lingkungan prenatal dan lingkungan postnatal. Lingkungan prenatal merupakan lingkungan dalam kandungan, mulai konsepsi sampai lahir yang meliputi gizi pada waktu ibu hamil, lingkungan mekanis (posisi janin dalam uterus, zat kimia atau toksin), radiasi, infeksi dalam kandungan, stres, factor imunitas, kekurangan oksigen pada janin. Sedangkan menurut Al-Hassan dan Lanford (2009) status sosial ekonomi dapat ditunjukkan dengan pendapatan keluarga, tingkat pendidikan ayah dan tingkat pendidikan ibu serta pekerjaan orang tua.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) menyebutkan faktor luar atau lingkungan yang dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, antara lain gizi,penyakit kronis/ kelainan kongenital, lingkungan fisik dan kimia, psikologis, endokrin, social ekonomi, lingkungan pengasuhan, stimulasi dan obat-obatan. Secara lebih rinci Soetjiningsih (2002) menjelaskan bahwa terdapat dua faktor yang memengaruhi tumbuh kembang anak yaitu faktor genetic (intrinsik) dan faktor lingkungan (ekstrinsik).

a. Faktor Internal (Genetik)

Faktor genetik merupakan modal dasar mencapai hasil pertumbuhan. Faktor genetik antara lain termasuk berbagai faktor bawaan yang normal dan patologis, jenis kelamin, obstetrik dan suku bangsa atau bangsa. Pertumbuhan dan perkembangan anak dengan jenis kelamin laki-laki setelah lahir akan cenderung cepat dibandingkan dengan anak perempuan serta akan bertahan sampai usia tertentu. Baik anak laki-laki atau anak perempuan akan mengalami pertumbuhan yang lebih cepat ketika mereka mencapai masa pubertas. Apabila potensi genetik ini dapat berinteraksi dalam lingkungan yang baik dan optimal maka akan menghasilkan pertumbuhan yang optimal pula (Hidayat, 2008).

b. Faktor Eksternal (Lingkungan)

Secara garis besar, faktor lingkungan dapat dibagi dua yaitu: lingkungan pranatal dan lingkungan pascanatal. Lingkungan prenatal yang berpengaruh terhadap pertumbuhan anak yaitu: gizi ibu pada waktu hamil, mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stres, imunitas, anoksia embrio.

4. Pola pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan organ-organ tubuh mengikuti 4 pola, yaitu pola umum, neural, limfoid, serta reproduksi. Organ-organ yang mengikuti pola umum adalah tulang panjang, otot skelet, sistem pencernaan, pernafasan, peredaran darah, volume darah. Perkembangan otak bersama tulang-tulang yang melindunginya, mata, dan telinga berlangsung lebih dini. Otak bayi yang baru dilahirkan telah mempunyai berat 25% berat otak dewasa, 75% berat otak dewasa pada umur 2 tahun, dan pada umur 10 tahun telah mencapai 95% berat otak dewasa. Pertumbuhan jaringan limfoid agak berbeda dengan dari bagian tubuh lainnya, pertumbuhan mencapai maksimum sebelum remaja kemudian menurun hingga mencapai ukuran dewasa. Sedangkan organ-organ reproduksi tumbuh mengikuti pola tersendiri, yaitu pertumbuhan lambat pada usia pra remaja, kemudian disusul pacu tumbuh pesat pada usia remaja. (Tanuwijaya, 2003; Meadow & Newell, 2002; Cameron, 2002).

Usia dini merupakan fase awal perkembangan anak yang akan menentukanperkembangan pada fase selanjutnya. Perkembangan anak pada fase awal terbagi menjadi 4 aspek kemampuan fungsional, yaitu motorik kasar, motorik halus dan penglihatan, berbicara dan bahasa, serta sosial emosi dan perilaku. Jika terjadi kekurangan pada salah satu aspek kemampuan tersebut dapat mempengaruhi perkembangan aspek yang lain. Kemajuan perkembangan anak mengikuti suatu pola yang teratur dan mempunyai variasi pola batas pencapaian dan kecepatan. Batasan usia menunjukkan bahwa suatu patokan kemampuan harus dicapai pada usia tertentu. Batas ini menjadi penting dalam penilaian perkembangan, apabila anak gagal mencapai dapat memberikan petunjuk untuk segera melakukan penilaian yang lebih terperinci dan intervensi yang tepat.

5. Fase-fase tumbuh kembang (Teori Piaget, Ericsson)

a. Teori Tumbuh Kembang Sidmund Freud

Sidmund Freud terkenal sebagai pengganti teori alam bawah sadar dan pakar psikoanalisis. Tapi kita sering lupa bahwa Freudlah yang menekankan pentingnya arti perkembangan psikososial pada anak. Freud menerangkan bahwa berbagai problem yang dihadapi penderita dewasa ternyata disebabkan oleh gangguan atau hambatan yang dialami perkembangan psikososialnya. Dasar psikaonalisis yang dilakukannya adalah untuk menelusuri akar gangguan jiwa yang dialami penderita jauh kemasa anak, bahkan kemasa bayi. Freud membagi perkembangan menjadi 5 tahap, yang secara berurut dapat dilalui oleh setiap individu dalam perkembangan menuju kedewasaan. Adapun tahap perkembangan menurut Freud adalah;

1) Fase oral

Disebut fase oral karena dalam fase ini anak mendapat kenikmatan dan kepuasan berbagai pengalaman sekitar mulutnya. Fase oral mencakup tahun pertama kehidupan ketika anak sangat tergantung dan tidak berdaya. Ia perlu dilindungi agar mendapat rasaaman. Dasar perkembangan mentalsangat tergangtung dari hubungan ibu – anak

pada fase ini. Bila terdapat gangguan atau hambatan dalam hal ini maka akan terjadi fiksasi oral, artinya pengalaman buruk, tentang masalah makan dan menyapih akan menyebabkan anak terfiksasi pada fase ini, sehingga perilakunya diperolehpada fase oral. Pada fase pertama belum terselesaikan dengan baik maka persoalan ini akan terbawa ke fase kedua. Ketidak siapan ini meskipun belum berhasil dituupi biasanya kelak akan muncul kembali berupa berbagai gangguan tingkah laku.

2) Fase anal

Fase kedua ini berlangsung pada umur 1-3 tahun. Pada fase ini anakmenunjukkan sifat ke-AKU-annya. Sikapnya sangat narsistik dan egoistic. Ia pun mulaibelajar kenal tubuhnya sendiri dan mendapatkan kepuasan dari pengalaman. Suatutugas penting dalam yang lain dalam fase ini adalah perkembangan pembicaraan dan bahasa. Anak mula-mula hanya mengeluarkan bahasa suara yang tidak ada artinya, hanya untuk merasakan kenikmatan dari sekitar bibir dan mulutnya. Pada fase ini hubungan interpersonal anak masih sangat terbatas. Ia melihat benda-benda hanya untuk kebutuhan dan kesenangan dirinya. Pada umur ini seorang anak masi bermain sendiri, ia belum bias berbagi atau main bersama dengan anak lain. Sifatnya sangat egosentrik dan sadistik

3) Fase falik

Fase falik antara umur 3-12 tahun. Fase ini dibagi 2 yaitu fase oediopal antara 3-6 tahun dan fase laten antara 6-12 tahun. Fase oediopal denagn pengenalan akan bagian tubuhnya umur 3 tahun. Disini anak mulai belajar menyesuaiakan diri dengan hukum masyarakat. Perasaan seksual yang negative ini kemudia menyebabkania menjauhi orang tua dengan jenisn kelamin yang sama. Disinilah proses identifikasi seksual. Anak pada fase praoediopal biasanya senang bermain denagn anak yang jenis kelaminnya berbeda, sedangkan anak pasca oediopal lebih suka berkelompok dengan anak sejenis

4) Fase laten

Resolusi konflik oediopal ini menandai permulaan fase laten yang terentang 7-12 tahun, untuk kemudian anak masuk ke permulaan masa pubertas. Periode ini merupakan integrasi, yang bercirikan anak harus berhadapan dengan berbagai tuntutan dan hubungan denagn dunia dewasa. Anak belajar untuk menerapkan dan mengintegrasikan pengalaman baru ini. Dalam fase berikutnya berbagai tekanan sosial akan dirasakan lebih berat oleh karena terbaur dengan keadaan transisi yang sedang dialami si anak.

5) Fase genital

Dengan selesainya fase laten, maka sampailah anak pada fase terakhir dalam perkembangannya. Dalam fase ini si anak menghadapi persoalan yang kompleks. Kesulitan sering timbul pada fase ini disebabkan karena si anak belum dapat menyelesaikan fase sebelumnya dengan tuntas

b. Teori Tumbuh Kembang Erik Erikson

Erikson melihat anak sebagai makhluk psisososial penuh energy. Ia mengungkapakan bahwa perkembangan emosional berjalan sejajar dengan pertumbuhan fisis, dan ada interaksiantara perkembangan fisis dan psikologis. Ia melihat adanya suatu keteraturan yang sama antara perkembangan psikologis dan pertumbuhan fisis. Erikson membagi perkembangan manusi dari awal hingga akhir hayatnya menjadi 8 fase dengan brbagai

tugas yang harus diselesaikan pada setiap fase. Lima fase pertama adalah saat anak tumbuh dan berkembang.

1) Masa Bayi

Kepercayaan dasar vs ketidak percayaan. Dalam masa ini terjadi interaksi sosial yang erat antara ibu dan anak yang menimbulkan rasa aman dalamdiri si anak. Dari rasa aman tumbuh rasa kepercayaan dasar terhadap dunia luar.

2) Masa Balita

Kemandirian vs ragu dan malu. Masa balita dari Erikson ini kira-kira sejajar dengan fase anal. Pada masa ini anak sedang belajar untuk menegakkan kemandiriannya namun ia belum dapat berfikir, oleh karena itu masih perlu mebdapat bimbingan yang tegas. Psikopatologi yang banyak ditemukansebagai akibat kekurangan fase ini adalah sifat obsesif-kompulsif dan yang lebih berat lagi adalah sifat atau keadaan paranoid.

3) Masa Bermain

Inisiatif vs bersalah. Masa ini berkisar antara umur 4-6 tahun. Anak pada umur ini sangat aktif dan banyak bergerak. Ai mulai belajar mengembangkan kemampuannya untuk bermasyarakat. Inisiatifnya mulai berkembang pula dan bersama temannya mulai belajar merencanakan suatu permainan dan melakukannya dengan gembira.

4) Masa Sekolah

Berkarya vs rasa rendah diri. Masa usia 6-12 tahun adalah masa anak mulai memasuki sekolah yang lebih formal. Ia sekarang berusaha merebut perhatian dan penghargaan atas karyanya. Ia belajar untuk menyelesaikan tugas yang diberikan padanya, rasa tanggung jawab mulai timbul, dan ia mulai senang untuk belajar bersama.

5) Masa Remaja

Identitas diri vs kebingungan akan peran diri. Pada sekitar umur 13 tahun masa kanak-kanak berakhir dan masa remaja dimulai. Pertumbuhan fisis menjadi sangat pesat dan mencapai taraf dewasa. Peran orang tua sebagai figure identifikasi lain. Nilai-nilai dianutnya mulai diaragukan lagi satu per satu.

c. Teori Tumbuh Kembang Menurut Piaget

Piaget adalah pakar terkemuka dalam bidang teori perkembangan kognitif. Seperti juga Freud, Piaget melihat bahwa perkembangan itu mulai dari suatu orientasi yang egosentrik, kemudian makin meluas dan akhirnya memasukidunia sosial. Piaget membagi perkembangan menjadi empat fase:

1) Fase sensori-motor (0-2 tahun)

Seorang anak mempunyai sifat yang sangat egosentrik dan sangat terpusat pada diri sendiri. Oleh karena itu kebutuhan pada fase ini bersifat fisik, fungsi ini menyebabkan si anak cepat menguasainya dan dibekali dengan keterampilan tersebut melangkah ke fase berikutnya.

2) Fase praoperasional(2-7 tahun)

Fase ini dibagi menjadi dua, yaitu fase para konseptual dan fase intuitif. Fase pra konseptual (2-4 tahun). Disini anak mulai mengembangkan kemampuan bahasa yang memungkinkan untuk berkomunikasi dan bermasyarakat dengan dunia kecilnya. Fase intuitif (4-7 tahun) anak makin mampu bermasyarakat namun ia belum dapat berfikir secara timbal balik. Ia banyak memperhatikan dan meniru perilaku orang dewasa.

3) Fase Operasional Konkrit (7-11 tahun)

Pengalaman dan kemampuan yang diperoleh pada fase sebelumnya menjadi mantap. Ia mulai belajar untuk menyesuaikan diri dengan temantemannyadan belajar menerima pendapat yang berbeda dari pendapatnyasendiri.

4) Fase Operasional Formal (11-16 tahun)

Pada fase akhir ini kemampuan berfikir anak akan mencapai taraf kemampuan berfikir orang dewasa. Tercapainya kemampuan ini memungkinkan remaja untuk masuk ke dalam dunia pendidikan yang lebih kompleks, yaitudunia pendidikan tinggi.

6. Parameter pertumbuhan dan perkembangan anak

Parameter ukuran antropometrik yang dipakai dalam penilaian pertumbuhan fisik adalah tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lipatan kulit, lingkar lengan atas, panjang lengan, proporsi tubuh, dan panjang tungkai. Menurut Pedoman Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita (Tim Dirjen Pembinaan Kesmas, 1997) dan Narendra (2003) macammacam penilaian pertumbuhan fisik yang dapat digunakan adalah:

a. Pengukuran Berat Badan (BB)

Pengukuran ini dilakukan secara teratur untuk memantau pertumbuhan dan keadaan gizi balita. Balita ditimbang setiap bulan dan dicatat dalam Kartu Menuju Sehat Balita (KMS Balita) sehingga dapat dilihat grafik pertumbuhannya dan dilakukan interfensijika terjadi penyimpangan.

b. Pengukuran Tinggi Badan (TB)

Pengukuran tinggi badan pada anak sampai usia 2 tahun dilakukan dengan berbaring., sedangkan di atas umur 2 tahun dilakukan dengan berdiri. Hasil pengukuran setiap bulan dapat dicatat pada dalam KMS yang mempunyai grafik pertumbuhan tinggi badan.

c. Pengukuran Lingkar Kepala Anak (PLKA)

PLKA adalah cara yang biasa dipakai untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan otak anak. Biasanya ukuran pertumbuhan tengkorak mengikuti perkembangan otak, sehingga bila ada hambatan pada pertumbuhan tengkorakmaka perkembangan otak anak juga terhambat. Pengukuran dilakukan padadiameter occipitofrontal dengan mengambil rerata 3 kali pengukuran sebagai standar.

Untuk menilai perkembangan anak banyak instrumen yang dapat digunakan. Salah satu instrumen skrining yang dipakai secara internasional untuk menilai perkembangan anakadalah DDST II (Denver Development Screening Test). DDST II merupakan alat untuk menemukan secara dini masalah penyimpangan perkembangan anak umur 0 s/d < 6 tahun. Instrumen ini merupakan revisi dari DDST yang pertama kali dipublikasikan tahun 1967 untuk tujuan yang sama. Pemeriksaan yang dihasilkan DDST II bukan merupakan pengganti evaluasi diagnostik, namun lebih ke arah membandingkan kemampuan perkembangan seorang anak dengan anak lain yang seumur. DDST II digunakan untuk menilai tingkat perkembangan anak sesuai umurnya pada anak yang mempunyai tanda-tanda keterlambatan perkembangan maupun anak sehat. DDST II bukan merupakan tes IQ dan bukanmerupakan peramal kemampuan intelektual anak di masa mendatang. Tes ini tidak dibuat untuk menghasilkan diagnosis,namun lebih ke arah untuk membandingkan kemampuan perkembangan seorang anak dengan kemampuan anak lain yang seumur.

Menurut Pedoman Pemantauan Perkembangan Denver II (Subbagian Tumbuh Kembang Ilmu Kesehatan Anak RS Sardjito, 2004), formulir tes DDST II berisi 125 item yang terdiri dari 4 sektor, yaitu: personal sosial, motorik halus-adaptif, bahasa, serta motorikkasar.Sektor personal sosial meliputi komponen penilaian yang berkaitan dengan kemampuan penyesuaian diri anak di masyarakat dan kemampuan memenuhi kebutuhan pribadi anak. Sektor motorik halus-adaptif berisi kemampuan anak dalam hal koordinasi mata-tangan, memainkan dan menggunakan benda-benda kecil serta pemecahan masalah. Sektor bahasa meliputi kemampuan mendengar, mengerti, dan menggunakan bahasa. Sektor motorik kasar terdiri dari penilaian kemampuan duduk, jalan, dan gerakan-gerakan umum otot besar. Selain keempat sektor tersebut, itu perilaku anak juga dinilai secara umum untuk memperoleh taksiran kasar bagaimana seorang anak menggunakan kemampuannya.

7. Masalah-masalah kesehatan yang terjadi sesuai tahap tumbuh kembang anak

Masalah yang sering timbul dalam pertumbuhan dan perkembangan anak meliputi gangguan pertumbuhan fisik, perkembangan motorik, bahasa, emosi, dan perilaku.

a. Gangguan Pertumbuhan Fisik

Gangguan pertumbuhan fisik meliputi gangguan pertumbuhan di atas normal dan gangguan pertumbuhan di bawah normal. Pemantauan berat badan menggunakan KMS (Kartu Menuju Sehat) dapat dilakukan secara mudah untuk mengetahui pola pertumbuhan anak. Menurut Soetjiningsih (2003) bila grafik berat badan anak lebih dari 120% kemungkinan anak mengalami obesitas atau kelainan hormonal. Sedangkan, apabila grafikberat badan di bawah normal kemungkinan anak mengalami kurang gizi, menderita penyakit kronis, atau kelainan hormonal. Lingkar kepala juga menjadi salah satu parameter yang penting dalam mendeteksi gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. Ukuran lingkar kepala menggambarkan isi kepala termasuk otak dan cairan serebrospinal. Lingkar kepala yang lebih dari normal dapat dijumpai pada anak yang menderita hidrosefalus, megaensefali, tumor otak ataupun hanya merupakan variasi normal. Sedangkan apabila lingkar kepala kurang dari normal dapat diduga anak menderita retardasi mental, malnutrisi kronis ataupun hanya merupakan variasi normal.

Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran juga perlu dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya gangguan yang lebih berat. Jenis gangguanpenglihatanyang dapat diderita oleh anak antara lain adalah maturitas visual yang terlambat, gangguan refraksi, juling, nistagmus, ambliopia, buta warna, dan kebutaan akibat katarak, neuritis optik, glaukoma, dan lain sebagainya. (Soetjiningsih, 2003). Sedangkan ketulian pada anak dapat dibedakan menjadi tuli konduksi dan tuli sensorineural.

Menurut Hendarmin (2000), tuli pada anak dapat disebabkan karena faktor prenatal dan postnatal. Faktor prenatal antara lain adalah genetik dan infeksi TORCH yang terjadi selama kehamilan. Sedangkan faktor postnatal yang sering mengakibatkan ketulian adalah infeksi bakteri atau virus yang terkait dengan otitis media.

b. Gangguan perkembangan motorik

Perkembangan motorik yang lambat dapat disebabkan oleh beberapa hal. Salah satu penyebab gangguan perkembangan motorik adalah kelainan tonus otot atau penyakit neuromuskular. Anak dengan serebral palsi dapat mengalami keterbatasan perkembangan motorik sebagai akibat spastisitas, athetosis, ataksia, atau hipotonia. Kelainan sumsum tulang belakang seperti spina bifida juga dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan

motorik. Penyakit neuromuscular sepeti muscular distrofi memperlihatkan keterlambatan dalam kemampuan berjalan. Namun, tidakselamanyagangguan perkembangan motorik selalu didasari adanya penyakit tersebut. Faktor lingkungan serta kepribadian anak juga dapat mempengaruhi keterlambatan dalam perkembangan motorik. Anak yang tidak mempunyai kesempatan untuk belajar seperti sering digendong atau diletakkan di baby walker dapat mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan motorik.

c. Gangguan perkembangan bahasa

Kemampuan bahasa merupakan kombinasi seluruh system perkembangan anak. Kemampuan berbahasa melibatkan kemapuan motorik, psikologis, emosional, dan perilaku (Widyastuti, 2008). Gangguan perkembangan bahasa pada anak dapat diakibatkanberbagai faktor, yaitu adanya faktor genetik, gangguan pendengaran,intelegensia rendah, kurangnya interaksi anak dengan lingkungan, maturasi yang terlambat, dan faktor keluarga. Selain itu, gangguan bicara juga dapat disebabkan karena adanya kelainan fisik seperti bibir sumbing dan serebral palsi. Gagap juga termasuk salah satu gangguan perkembangan bahasa yang dapat disebabkan karena adanya tekanan dari orang tua agar anak bicara jelas (Soetjingsih, 2003).

d. Gangguan Emosi dan Perilaku

Selama tahap perkembangan, anak juga dapat mengalami berbagai gangguan yang terkait dengan psikiatri. Kecemasan adalah salah satu gangguan yang muncul padaanak dan memerlukan suatu intervensi khusus apabila mempengaruh interaksi sosialdan perkembangan anak. Contoh kecemasan yang dapat dialami anak adalah fobia sekolah, kecemasan berpisah, fobia sosial, dan kecemasan setelah mengalami trauma. Gangguan perkembangan pervasif pada anak meliputi autisme serta gangguan perilaku dan interaksi sosial. Menurut Widyastuti (2008) autism adalah kelainan neurobiologis yang menunjukkan gangguan komunikasi, interaksi, dan perilaku. Autisme ditandai dengan terhambatnya perkembangan bahasa, munculnya gerakan-gerakan aneh sepertiberputar-putar, melompat-lompat, atau mengamuk tanpa sebab.

C. Rangkuman

Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam ukuran baik besar, jumlah,atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu. Perkembangan lebih menitik beratkan pada aspek perubahan bentuk atau fungsi pematangan organ ataupun individu, termasuk pula perubahan pada aspek social atau emosional akibat pengaruh lingkungan. Tahapan Tumbuh kembang terdiri dari masa perinatal, masa neonatal, masa bayi, masa anak prasekolah masa pra remaja. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang yaitu faktor herediter dan lingkungan. Pertumbuhan organ-organ tubuh mengikuti 4 pola, yaitu pola umum, neural, limfoid, serta reproduksi Perkembangan anak pada fase awal terbagi menjadi 4 aspek kemampuan fungsional, yaitu motorik kasar, motorik halus dan penglihatan, berbicara dan bahasa, serta sosial emosi dan perilaku. Terdapat beberapa teori Tumbuh Kembang yaitu menurut Sidmund Freud sebagai pakar perkembangan psikoanalisis. Freud membagi perkembangan menjadi 5 tahap yaitu fase oral, fase anal,fase falik, fase laten, fase genital, selanjutnya teori tumbuh kemabang menurut Erik Erikson bahwa perkembangan emosional berjalan sejajar dengan pertumbuhan fisis, dan ada interaksi antara perkembangan fisis dan psikologis. Erikson membagi perkembangan manusi dari awal hingga akhir hayatnya menjadi 8 fase dengan brbagai tugas yang harus diselesaikan pada setiap fase. Teori Tumbuh Kembang Menurut Piaget merupakan pakar dalam

bidang teori perkembangan kognitif. Piaget membagi perkembangan menjadi empat fase yaitu fase sensori-motor (0-2 tahun), fase praoperasional(2-7 tahun), fase operasional konkrit (7-11 tahun), Fase Operasional Formal (11-16 tahun). Parameter pertumbuhan fisik adalah tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lipatan kulit, lingkar lengan atas, panjang lengan, proporsi tubuh, dan panjang tungkai dan perkembangan anak untuk menilai perkembangan anak adalah DDST II (Denver Development Screening Test). Masalah-masalah kesehatan yang terjadi sesuai tahap tumbuh kembang anak Masalah yang sering timbul dalam pertumbuhan dan perkembangan anak meliputigangguan pertumbuhan fisik, perkembangan motorik, bahasa, emosi, dan perilaku.

D. Tugas

1. Bagaimana langkah langkah dalam melakukan screening perkembangan ?
2. Jelaskan Alat screening untuk mendeteksi pertumbuhan dan perkembangan?

E. Referensi

Nursalam, Rekawati Susilaningrum dan Sri Utami. 2008.Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak. Jakarta: Salemba Medika

Depkes RI. 2007. Pedoman Pelaksanaan Stimuasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Narendra, M. B. 2003. Penilaian Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Jakarta: EGC

Hurlock,E.B.2008. Psikologi Perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan. Jakarta: Erlangga ibid,2008

Tanuwijaya S. 2002. Konsep Umum Tumbuh dan Kembang. Dalam: Nahendra (penyunting) Tumbuh Kembang Anak dan Remaja. Edisi Pertama. Jakarta: Sagung Seto.

Soetjiningsih. 2002. Perkembangan Anak dan Permasalahannya. Jakarta: EGC Soetjiningsih. 1998. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: EGC

Bronfenbrenner Urie. 1994. Bronfenbrenner dan Ceci, "Nature-Nurture Reconceptualized in Development Perspective; A Bioecological Model". Psycoligical Review 10J (4); 568-686. 1994,

Cameron, N. 2002. Human Growth and Development. California: Academic Press.Meadow, R dan Newll, S. 2002. Lecture Notes Pediatrica. Jakarta: Erlangga.

Widyastuti, D, dan Widyani, R. 2001. Panduan Perkembangan Anak 0 Sampai 1 Tahun.Jakarta: Puspa Swara.

Departemen Kesehatan RI. 2009. Buku Pedoman Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUGM/RS Sardjito.

Suyitno, H, dan Narendra, M. B. 2003. Pertumbuhan Fisik Anak. Jakarta: EGC. Alimul Hidayat,A. Aziz. 2005. Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1.Jakarta: Salemba

F. Glosarium

Anoksia embrio : Gangguan fungsi plasenta yang menyebabkan pertumbuhan terganggu karena terjadi penurunan oksigen ke janin

Embrio : organisme atau sel yang hidup di masa awal pertumbuhan, yang tidak dapat bertahan hidup sendiri

Endokrin	: Suatu sistem dalam tubuh manusia yang bertugas untuk melakukan sekresi (memproduksi) hormone yang berfungsi untuk mengatur seluruhkegiatan organ-organ dalam tubuh
Hipotonia	: Gejala berkurangnya massa otot sehingga menyebabkan otot menjadi lemah dan tidak bisa digerakan dengan baik
Intervensi	: Tindakan/perbuatan yang dilakukan untuk mengatasi/memecahkan suatu masalah
	Jaringan interceluler: Bersifat tidak hidup dan sebagai hasil produksi sel. Sebagai nampak dari peranannya maka substansi ini terdapat di antara sel-seldalam jaringan
Konsepsi	: Peristiwa bertemunya sel telur (ovum) dan sperma
Retardasi mental	: Merupakan kondisi yang ditandai dengan inteligensia yang rendah (IQ<70) yang menyebabkanketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat ataskemampuan yang dianggap normal
Sindroma Down	: Gangguan genetika paling umum yang menyebabkan perbedaan kemampuan belajar dan ciri-ciri fisik tertentu
Skrining	: Penggunaan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun
Stimulasi	: Suatu kegiatan yang dilakukan untuk merangsang kemampuan dasar anak agar anak dapat tumbuhdan berkembang secara optimal

Biografi Penulis



Supriatin,S.Kep.,Ners.,M.Kep. Lahir di Cirebon, 20 Mei 1980. Bekerja sebagai dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) STIKes Cirebon mulai tahun 2006 sampai dengan sekarang. Lulus Sekolah Dasar Negeri 2 Megucilik tahun 1993, Lulus SLTP Negeri Weru Cirebon tahun 1996, Lulus SLTA Negeri 1 Sumber tahun 1999, Lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners tahun 2005, Lulus S2 Magister Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Jendral Ahmad Yani Cimahi tahun 2015. Menghasilkan banyak karya tulis ilmiah. Penulis juga sering mengikuti konferensi, seminar, lokakarya dan symposium sebagai penyaji, peserta maupun moderator

BAB III
KOMUNIKASI PADA ANAK DAN KELUARGA

Ns. Rutmauli Hutagaol, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah anda menyelesaikan materi pada bab ini, anda akan memperoleh pemahaman dan kemampuan sebagai berikut:

1. Mampu Memahami konsep komunikasi secara umum.
2. Mampu mengidentifikasi hambatan dalam berkomunikasi pada anak di pelayanan Kesehatan.
3. Mampu menerapkan prinsip komunikasi dalam berkomunikasi pada anak berdasarkan tingkat usia pada pelayanan Kesehatan.
4. Mampu Menjelaskan konsep komunikasi pada anak dan keluarga di pelayanan Kesehatan.
5. Mampu Memahami menerapkan komunikasi pada anak dan keluarga di pelayanan Kesehatan.

B. Materi

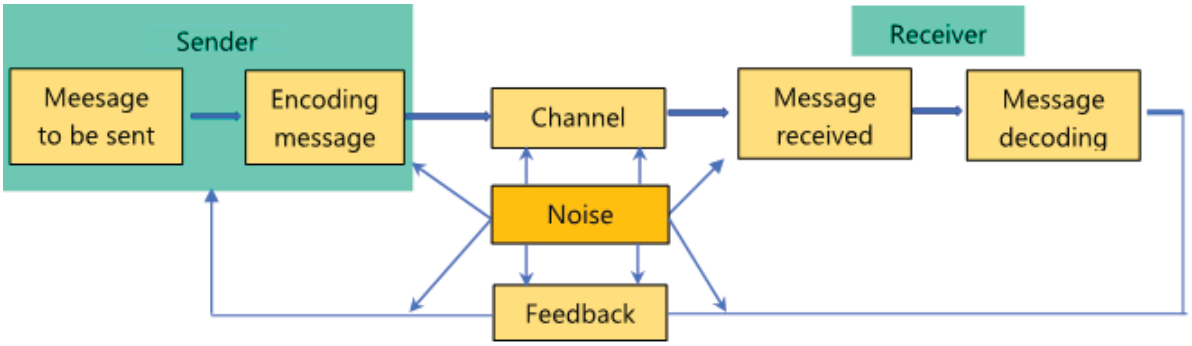
1. Pengantar Komunikasi

Komunikasi yang efektif tidak hanya penting dalam perawatan pasien, tetapi juga merupakan alat utama pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan rasa hormat, empati, dan kasih sayang kepada pasien dan keluarganya. Penelitian telah menunjukkan bahwa komunikasi yang terampil yang berpusat pada pasien, menyampaikan empati dan secara efektif menggunakan bahasa dan sinyal non-verbal dapat meningkatkan kepuasan pasien (Palazzi et al., 2015). Selain itu hasil penelitian (Purnamasari & Putri Utami (2020) dan Hidayatullah (2020)) menyatakan bahwa ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien.

2. Defenisi Komunikasi

Komunikasi adalah proses pertukaran pikiran, pesan, atau informasi, melalui ucapan, isyarat, tulisan, atau perilaku (Maquis & Huston, 2017). Sedangkan menurut Mundakir (2006) komunikasi adalah proses penyampaian gagasan, harapan dan pesan yang disampaikan melalui lambang-lambang tertentu, mengandung arti, dilakukan oleh pemberi pesan ditujukan kepada penerima pesan. Defenisi yang berbeda dikemukakan oleh Potts & Mandleco (2012), komunikasi adalah pertukaran makna antar individu melalui sistem dari simbol-simbol. Dapat disimpulkan, komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan atau informasi, gagasan, melalui ucapan, isyarat, tulisan, lambang-lambang yang mengandung arti yang disampaikan oleh pemberi pesan ditujukan kepada pemberi pesan. Komunikasi interpersonal yang digunakan dalam pelayanan kesehatan dan memiliki tujuan untuk kesembuhan pasien disebut komunikasi terapeutik.

3. Proses Komunikasi



Gambar 1: Proses Komunikasi (Robbins & Judge, 2017)

Komunikasi sebagai suatu proses dalam penyampaian pesan untuk mencapai suatu tujuan, komponen utamanya adalah komunikator atau sumber pesan, komunikan atau penerima pesan dan pesan itu sendiri.

4. Unsur-Unsur Komunikasi

Komunikasi merupakan proses yang berkelanjutan, dinamik dan multidimensional. Proses komunikasi dapat terjadi akibat adanya unsur-unsur komunikasi yang membangun komunikasi itu sendiri. Perawat dengan peran profesionalnya akan menggunakan Pemikiran kritis untuk berfokus pada tiap aspek komunikasi, sehingga menghasilkan komunikasi yang bermanfaat dan efektif. Berikut adalah unsur-unsur komunikasi (Potter & Perry, 2009):

a. Referen. Referen adalah suatu dorongan yang memotivasi seseorang untuk melakukan komunikasi dengan pihak lain. Hal yang menginisiasi komunikasi pada lingkungan pelayanan kesehatan dimana anak di rawat adalah Penglihatan, suara, bau, jadwal, pesan, objek emosi, sensasi, persepsi, ide, dan petunjuk lainnya. Perawat yang memahami jenis stimulus yang mengisiasi terjadinya komunikasi akan mampu membangun dan menyusun pesan lebih efisien dan menerima makna pesan lebih tepat. Contoh, Perawat di ruang rawat pediatrik mendengar pasien anak menangis akan menghasilkan respon keperawatan yang berbeda dibandingkan pasien anak yang mengalami kebosanan.

b. Sender/ Komunikator. Sender/ Komunikator merupakan subjek pengirim pesan yang mengode pesan. Pengirim menempatkan ide atau perasaan ke dalam bentuk yang di kirim dan memiliki tanggungjawab atas ketepatan isi dan emosi pesan yang disampaikan. Dalam komunikasi tatap muka atau yang menggunakan media dengan audiovisual, seorang komunikator harus menyesuaikan diri dengan lingkungan dan komunikan. Penampilan ini sesuai dengan tata krama dan memperhatikan keadaan, waktu dan tempat dan usia dari komunikan.

c. Receiver/ Komunikan. Komunikan adalah orang yang menafsirkan pengirim pesan (Potts & Mandleco, 2012). Komunikan bisa berupa klien atau individu, keluarga maupun kelompok masyarakat. Pengiriman dan penerimaan pesan terkadang bisa terjadi secara bersamaan. Semakin banyak kesamaan antara pemberi dan penerima pesan akan semakin memungkinkan memiliki persepsi yang tepat dan akan menghasilkan respons yang tepat.

d. Pesan. Pesan adalah isi dari yang disampaikan oleh komunikator. Pesan mengandung Bahasa verbal, nonverbal, dan simbolik. Persepsi pribadi bisa mengubah pemaknaan dari penerima. Contoh, dua orang Perawat dapat menyampaikan informasi yang sama dengan pesan yang berbeda karena berbeda gaya komunikasi. Dua individu akan Memahami pesan

yang sama secara berbeda. Pengiriman pesan yang efektif dapat dikemukakan dengan jelas, langsung dan dengan cara yang dipahami oleh penerima.

e. Channel/ Media. Media merupakan alat penyampaian dan penerimaan pesan melalui indra Penglihatan, pendengaran, dan taktil. Ekspresi wajah dapat mengirimkan pesan visual, sedangkan kata-kata memasuki saluran pendengaran, dan sentuhan menggunakan saluran taktil. Semakin banyak media yang digunakan dalam mengirim pesan semakin baik penerima dalam Memahami pesan yang diterima. Sebagai contoh, seorang anak yang akan diberikan tindakan personal hygiene mulut, Perawat Menjelaskan apa itu personal hygiene dengan bahasa yang sederhana sesuai tingkat usia anak dan mendemonstrasikan tekniknya, dan menunjukkan dengan gambar atau vidio. Perawat tersebut menggunakan media komunikasi verbal, nonverbal, dan alat/ teknologi. Hal ini akan mempermudah anak untuk memaknai pesan yang disampaikan oleh Perawat.

f. Umpan Balik. Umpan balik merupakan pesan yang dikembalikan oleh penerima pesan. Adanya umpan balik membuktikan bahwa penerima pesan telah Memahami arti dari pesan yang disampaikan oleh pengirim pesan. Untuk membuat komunikasi efektif, pengirim dan penerima harus peka dan terbuka terhadap setiap pesan, mengklarifikasi pesan, dan memodifikasi perilaku. Perawat juga memiliki tanggunjawab utama dalam menjalin hubungan antara Perawat dan pasien. Umpan balik bisa berupa lambang, pesan, lambing-lambang, sama seperti yang disampaikan oleh pemberi pesan atau komunikator.

g. Lingkungan. Lingkungan merupakan tempat interaksi bagi pengirim dan penerima pesan. Lingkungan yang efektif harus memenuhi Kebutuhan fisik, emosional, serta keamanan peserta komunikasi. Lingkungan yang bising, suhu yang ekstrim, pengalihan perhatian, dan ketiadaaan privasi atau ruang dapat menciptakan gangguan proses komunikasi sehingga menimbulkan Kebingungan, ketegangan, dan ketidaknyamanan. Dalam berkomunikasi dengan pasien anak harus memiliki setting lingkungan yang mendukung terciptanya kenyamanan untuk anak. Misalnya dengan menempatkan anak pada ruangan yang ada mainan, warna yang terang sehingga anak merasa nyaman.

5. Tingkatan Komunikasi

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan menggunakan berbagai tingkat komunikasi dalam melaksanakan peran profesionalnya. Oleh sebab itu, dibutuhkan keterampilan komunikasi pada tiap level komunikasi. Berikut adalah tingkat komunikasi dalam pelayanan Kesehatan:

a. Komunikasi intrapersonal

Komunikasi intrapersonal merupakan bentuk komunikasi yang terjadi di dalam diri individu itu sendiri atau berbicara pada diri sendiri (self-talk), verbalisasi diri, dan pikiran dalam hati. Komunikasi pada tingkat ini bermanfaat untuk membangun kesadaran diri sendiri dan konsep diri yang positif sehingga mampu meningkatkan ekspresi diri. Sebagai contoh, seseorang akan lebih percaya diri bila merasa dirinya positif dan mengganti pikiran yang negative. Seorang anak yang takut melihat benda atau alat kesehatan ketika hendak dilakukan Pemeriksaan karena merasa benda tersebut akan melukai dirinya, tetapi ketika anak diberikan kesempatan untuk menyentuh benda tersebut sehingga mengubah pikirannya yang ternyata benda tersebut tidak akan menyakitinya, maka anak tersebut telah melakukan komunikasi intrapersonal.

b. Komunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal merupakan interaksi yang terjadi antara Perawat dan pihak lain dan sering terjadi saat berhadapan langsung atau secara visual. Komunikasi tingkat ini adalah yang paling sering digunakan dalam pelayanan Kesehatan dan Menjadi inti dari pelayanan. Pada komunikasi ini terjadi pada konteks social dan memungkinkan terjadinya pengiriman pesan berupa symbol dan petunjuk serta pemaknaan pesan yang diterima oleh penerima pesan. Pada tingkat komunikasi ini, memungkina terjadinya perbedaan persepsi dan pandangan sehingga penting untuk melakukan validasi makna. Sebagai contoh, ketika mengedukasi anak dan keluarga bisa terjadi kesalahan pemaknaan karena perbedaan makna yang diolah oleh penerima pesan dalam hal ini pasien anak dan keluarga.

c. Komunikasi transpersonal

Komunikasi transpersonal merupakan komunikasi yang terjadi dengan adanya interaksi pada wilayah spiritual seseorang. Kebanyakan orang menggunakan doa, meditasi, refleksi diri, ritual keagamaan untuk berkomunikasi dengan kekuatan yang lebih tinggi di luar diri individu itu sendiri. Dalam hal ini, Perawat perlu menghargai kepentingan spiritualitas dan menilai Kebutuhan spiritual pasien dalam pemenuhan Kebutuhan pasien.

d. Komunikasi kelompok kecil

Komunikasi ini merupakan interaksi yang terjadi saat sekelompok kecil individu bertemu. Komunikasi ini akan efektif apabila peserta kelompok merasa diterima, merasa mampu berkomunikasi secara terbuka dan jujur serta mendengarkan anggota lain secara aktif.

e. Komunikasi publik

Komunikasi public merupakan interaksi dengan pendengar. Pada komunikasi ini, Perawat berbicara dan berinteraksi pada sekelompok orang tentang topik Kesehatan dan menyajikan hasil ilmiah kepada sejawat di konferensi. Komunikasi public memerlukan adaptasi khusus dalam kontak mata, Bahasa tubuh, intonasi suara dan penggunaan media untuk menyampaikan pesan secara efektif. Komunikasi publik yang efektif akan meningkatkan pengetahuan pendengar tentang topik dan masalah kesehatan.

6. Komunikasi Pada Anak Dan Keluarga

Manusia melakukan komunikasi sepanjang rentang kehidupannya bahkan dari semenjak bayi dalam Rahim ibu manusia sudah melakukan komunikasi sampai menjelang ajal. Sejak dalam kandungan anak sudah melakukan komunikasi dengan ibunya melalui tendangan di dalam rahim dan melakukan pergerakan- pergerakan secara teratur, sedangkan komunikasi ibu/ ayah/ kakak berkomunikasi dengan bayi melalui elusan di perut ibu atau kecupan lembut pada perut ibu.

Kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif adalah dasar dan komponen utama dalam memberikan perawatan kepada anak dan keluarganya (Stuart, 2009). Komunikasi pada anak berbeda dengan komunikasi pada orang dewasa. Berkomunikasi dengan pasien anak dan keluarganya menghadirkan tantangan unik dan membutuhkan keterampilan khusus. Oleh sebab itu, perlu untuk memahami bagaimana perbedaan pasien anak dan dewasa.

Table 1: Perbedaan pasien anak dengan pasien dewasa (Palazzi et al., 2015)

Pasien anak	Pasien dewasa
Idealnya, berpusat pada keluarga, melibatkan pasien dan orang tua.	Idealnya, berpusat pada pasien.
Pertumbuhan dan perkembangan adalah masalah utama bagi kebanyakan pasien.	Proses penuaan dan manajemen penyakit kronis merupakan masalah utama bagi banyak pasien.
Promosikan kesehatan adalah area fokus yang penting.	Mempromosikan dan mempertahankan kesehatan dan skrining penyakit adalah area fokus.
Fokus pada sekolah dan sekolah.	Focus pada pekerjaan
Dalam kebanyakan kasus pasien tidak dapat menyetujui pengobatan secara hukum.	Dalam kebanyakan kasus, pasien secara hukum dapat menyetujui pengobatan.
Banyak pasien yang berbicara dan tidak dapat berpartisipasi dalam diskusi, perencanaan atau pengambilan keputusan.	Relatif sedikit pasien yang mengalami gangguan kognitif dan tidak dapat berpartisipasi dalam diskusi, perencanaan atau pengambilan keputusan.
Banyak pasien terlalu muda untuk berpartisipasi dalam perawatan mereka.	Relatif sedikit pasien yang tidak dapat berpartisipasi dalam perawatan mereka.
Bayi, balita dan anak kecil memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki tanggung jawab untuk perawatannya. Untuk anak-anak dan remaja yang lebih besar, tanggung jawab dibagi dengan orang tua.	Kebanyakan pasien bertanggung jawab atas perawatan mereka sendiri, kadang-kadang dibagi dengan anggota keluarga. Sebagian kecil pasien tidak mampu bertanggung jawab atas perawatan mereka.

Walaupun anak cenderung tidak memiliki tanggungjawab atas pengobatannya, namun sebagi pemberi perawatan perlu melibatkan anak dalam pengobatannnya melalui komunikasi kepada pasien. Kita perlu mengajak anak-anak untuk berpartisipasi dalam diskusi, tidak hanya dengan menggambarkan gejala fisik yang mereka alami tetapi juga dengan mendiskusikan perasaannya dan berkontribusi dalam pengambilan keputusan. Misalnya anak yang baru saja menjalani operasi, anak perlu ditanya apa yang mereka rasakan.

Dalam memulai percakapan dengan pasien anak, perawat perlu melakukan perkenalan pada awal pertemuan sebagai pembukaan. Terlebih bila kunjungan yang dilakukan adalah kunjungan pertama ke pasien. Untuk kunjungan awal, pastikan Anda mengetahui nama lengkap pasien sebelum memasuki ruangan. Setelah berada di dalam ruangan, periksa nama apa yang disukai anak untuk dipanggil dan bagaimana orang dewasa ingin dipanggil. Selalu sapa pasien dan anggota keluarga dengan menyebutkan namanya (Palazzi et al., 2015).

Komunikasi adalah berbicara dan mendengarkan. Perawat harus dapat tidak hanya menggunakan kata-kata untuk menjelaskan informasi kepada keluarga dan anak, tetapi juga mendengarkan apa yang dikatakan oleh keluarga dan anak. Kemampuan untuk mempersiapkan dan menjelaskan ide, perasaan, dan pikiran secara akurat (dengan berbicara) dan menanggapi pesan secara akurat, dengan mendengarkan dapat mengurangi kesalahpahaman dan menghasilkan komunikasi yang efektif. (Potts & Mandleco, 2012)

Komunikasi yang efektif membutuhkan kepekaan terhadap kebutuhan anak dan keluarga serta rencana keperawatan yang dikembangkan dengan baik dan dipikirkan dengan matang. Kesadaran perawat akan kebutuhan klien dan keluarga terhadap informasi kesehatan atau

pendidikan kesehatan sangat diperlukan. Sebagai contoh, informasi terkait gejala penyakit yang dialami oleh anak, bagaimana perawatannya, dan bagaimana keluarga turut terlibat dalam perawatan anak sehingga mampu meningkatkan kesejahteraan keluarga.

7. Prinsip Komunikasi dengan Anak

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam membangun komunikasi yang efektif kepada anak dan keluarga, yaitu:

a. Membangun hubungan dan kepercayaan

Perawat harus mengembangkan kepercayaan dan hubungan dengan klien dan klien harus mau berbicara, mendengarkan, dan memberikan jawaban yang jujur. Perawat mungkin juga perlu tersedia dan terbuka untuk pertanyaan yang mungkin dimiliki pengasuh dan anak-anak. Untuk membangun hubungan dengan anak dan pengasuh, perawat harus diterima oleh mereka dan bersedia untuk mendiskusikan hal-hal yang tidak berhubungan dengan kesehatan. masalah untuk menyampaikan kehangatan dan keramahan. Untuk membangun kepercayaan, Perawat harus menepati janji, menepati janji, menghormati kerahasiaan klien, dan menjelaskan dengan cermat prosedur dengan cara yang dapat diterima oleh keluarga

b. Menunjukkan penghormatan (Respect)

Prinsip dasar yang mendasari semua praktik keperawatan adalah penghormatan terhadap nilai, martabat, dan hak asasi manusia yang melekat pada setiap individu (ANA, 2001). Memanggil atau menyapa anak dengan nama depan atau nama lengkap merupakan sikap yang menunjukkan respect terhadap pasien. Jika ingin memanggil nama anak atau nama orang tua atau pengasuhnya dengan nama panggilan pastikan telah meminta ijin. Hal ini Menjadi penting Sebagai ungkapan rasa penghormatan terhadap anak dan keluarga pasien. Rasa hormat juga disampaikan dengan mempertimbangkan perasaan keluarga, pandangan budaya, dan nilai-nilai. Perawat menunjukkan sikap bahwa Perawat memiliki waktu untuk bersama dengan anak dan keluarga dan bukan bersikap seolah-olah Perawat sibuk. Sebagai contoh, Perawat sering melihat jam saat berbicara atau menceritakan pada anak dan keluarga bahwa Perawat sedang banyak pekerjaan. Hal ini, akan membuat kesulitan dalam membangun kepercayaan dan rasa hormat. Sikap Perawat dalam menunjukkan membangun kepercayaan dan rasa hormat dapat ditunjukkan melalui yaitu dengan tersenyum saat menyapa atau visit walaupun memakai masker akan terlihat dari tatapan mata perawat, berbicara dengan jelas dan lembut, tidak seperti berteriak. Mishra (2015) menyatakan bahwa ketidakmampuan berkomunikasi dengan baik akan menyebabkan frustasi tidak hanya kepada pasien dan keluarga namun juga kepada perawat itu sendiri.

c. Empati

Empati Menjadi dasar dari dalam membangun hubungan dan elemen penting dalam komunikasi. Empati yaitu kemampuan untuk menempatkan diri pada posisi orang lain merasakan sekaligus mengetahui secara intelektual apa yang dialami orang lain tersebut (Burnard & Gill, 2008; Munoz & Luckman, 2005). Perawat yang berempati mampu menghargai dan memahami anak-anak dan keluarga sebagai individu yang unik dan memberi perasaan diperhatikan dan diterima. Empati perlu ditunjukkan melalui perilaku baik verbal maupun nonverbal. Perawat dapat menunjukkan sikap empati dengan memberikan dukungan, pemahaman, dan Pendidikan Kesehatan kepada anak dan keluarga

walaupun dalam keadaan sakit. Sebagai contoh, seorang anak laki-laki berusia 10 tahun menderita tumor otak, yang dirawat oleh orang tuanya. Disini Perawat dapat menunjukkan rasa emaptinya dengan mengajari orang tua untuk berpartisipasi dalam perawatan anak. Perawat berempati dengan memberikan cara perawatan yang baik bagi anak bersama orang tua dan berbagi perasaan yang dialami oleh pasien dan keluarga.

d. Aktif mendengar

Mendengarkan terdiri dari memberikan isyarat verbal dan nonverbal yang mengkomunikasikan minat. mendengarkan adalah kegiatan yang membutuhkan perhatian dan usaha. perawat tidak hanya mendengarkan kata-kata anak dan keluarga, tetapi juga bagaimana kata-kata digunakan dan memaknainya. Mendengarkan secara akurat tidak akan terjadi tanpa usaha. mendengarkan membutuhkan perhatian aktif terhadap apa yang diungkapkan, diamati, dan diciptakan oleh seluruh konteks komunikasi. Penting untuk menghindari pikiran yang tidak focus, melamun. Perawat mendengarkan dengan penuh perhatian dan menunggu orang lain menyelesaikan apa yang mereka katakan, menjaga kontak mata, menghadap ke anak atau ke keluarga. Namun perlu diperhatikan, makna kontak mata pada lintas budaya.

e. Memberikan umpan balik yang tepat

Memberikan umpan balik dapat mencakup anggukan kepala, merefleksikan kembali kepada klien apa yang dikatakan, mengajukan pertanyaan untuk mengklarifikasi, mencari validasi dari klien untuk memastikan kesamaan pemaknaan pesan, dan berfokus pada satu ide dan mengeksplorasinya lebih jauh. Memfokuskan berarti mengarahkan pembicaraan berdasarkan pernyataan yang dibuat oleh klien. Misalnya, selama percakapan dengan seorang anak tentang kakinya yang patah, anak tersebut menyebutkan bahwa anak lain di taman bermain telah mendorongnya. Perawat mungkin ingin mengarahkan percakapan dan menyelidiki lebih dalam ketakutan yang mungkin dialami anak karena insiden di taman bermain, kekerasan lainnya. interaksi yang mungkin dimiliki anak di masa lalu, dan apa mungkin terjadi selama interaksi di masa depan.

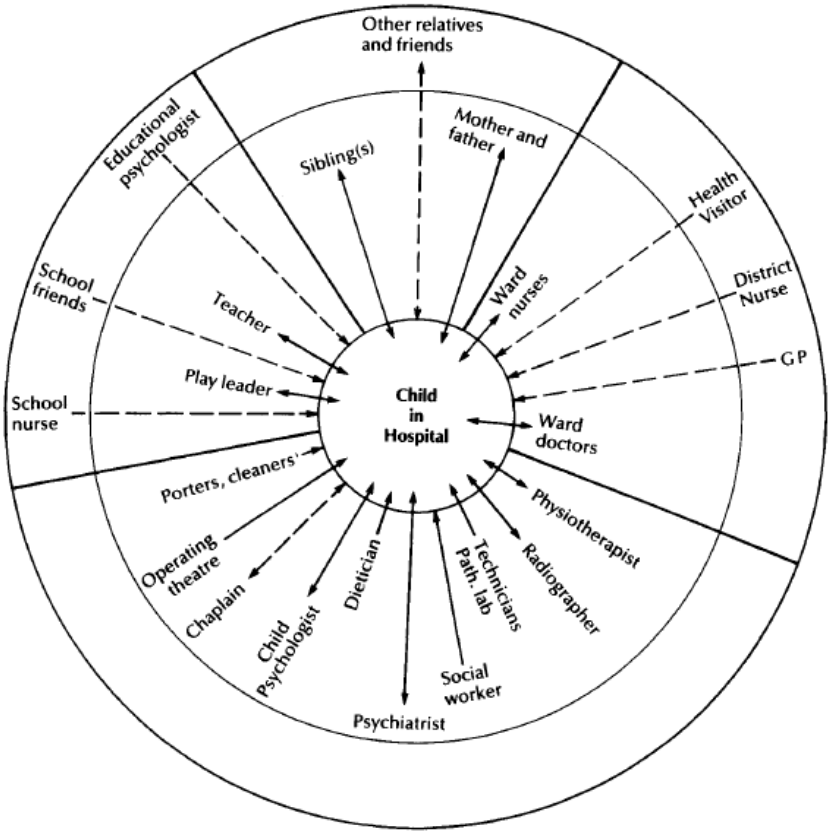
f. Mengelola konflik

Ada empat cara untuk mendekati resolusi konflik: menang-menang, kalah-menang, menang-kalah, dan kalah-kalah. Pendekatan win-win terjadi ketika kedua belah pihak berkomitmen untuk menyelesaikan konflik. Mereka bekerja sama menuju sebuah resolusi, mencari berbagai cara untuk menyelesaikan masalah sehingga mereka akhirnya bisa sampai pada solusi yang dapat diterima semua pihak. Situasi kalah menang terjadi ketika satu orang mengizinkan penyelesaian atas biayanya sendiri; pendekatan menang-kalah terjadi ketika satu orang menyelesaikan konflik dengan memenuhi kebutuhan dan keinginannya, tetapi memaksa orang lain untuk setuju dengan solusi tersebut. Kalah-kalah terjadi ketika tidak ada pihak yang senang dengan hasil konflik. Penting bagi perawat untuk mengupayakan pendekatan menang-menang. Hal ini memungkinkan anak dan keluarga merasa memegang kendali, dan ada kemungkinan lebih besar untuk mematuhi keputusan yang dibuat.

g. Menetapkan batasan professional.

Perawat harus menciptakan dan memelihara batasan profesional dalam hubungan dengan anak dan pengasuhnya. Hubungan terapeutik harus penuh perhatian dan empati, tetapi harus menghindari keterlibatan emosional yang berlebihan dan sikap protektif yang

berlebihan. Selalu membantu untuk menjelaskan kepada anak-anak dan keluarga tindakan perawatan yang akan diberikan, dan bagaimana orang tua dan anak dapat terlibat dalam pengasuhan. Mengidentifikasi kebutuhan dan menetapkan harapan akan meningkatkan dan memfasilitasi interaksi. Perawat tidak boleh mengganggu hubungan antara anak dan pengasuh. Sebaliknya, perawat terbaik melayani anak dengan membantu pengasuh dalam merawat dan mengasuh anak, dan dengan mengenali kebutuhan pengasuh untuk merasa diterima oleh para profesional dan diakui sebagai hal yang penting bagi kesejahteraan anak. Akhirnya, perawat harus menghindari perilaku pribadi yang menandakan keterlibatan berlebihan seperti bersosialisasi dengan anak atau keluarga mereka, berbagi informasi pribadi seperti alamat rumah atau nomor telepon, dan memberi atau menerima hadiah.



Gambar 1: Anak dalam perawatan di Rumah sakit (Scammel, 2015)

8. Teknik Komunikasi Pada Anak Sesuai Tingkat Usia

Pada praktiknya Perawat hanya akan melakukan komunikasi dengan pasien pada saat melakukan Intervensi. Sebagai contoh, pada saat melakukan injeksi, pemasangan infus, atau saat melakukan Observasi klinis. Komunikasi antara perawat dengan pasien yang kurang maksimal dapat menyebabkan pasien anak sering mengalami trauma pada perawat.

a. Masa neonatus (lahir-28 hari)

Masa bayi adalah masa ketika komunikasi dicapai melalui cara nonverbal. Menangis adalah salah satu sarana komunikasi bayi baru lahir. Hal ini dimaknai karena adanya kebutuhan bayi yang tidak terpenuhi (Kyle & Carman, 2015). Bayi menyampaikan keinginannya melalui komunikasi nonverbal. Bayi merasakan kenyamanan dan keamanan jika ada kontak fisik yang dekat dengan orang yang dikenalnya (ibu). Tangisan bayi merupakan cara bayi memberitahukan bahwa ada sesuatu yang tidak enak yang dirasakan. Sebagai contoh,

bayi akan menangis jika popoknya basar atau merasa lapar. Sebagai contoh, bayi usia 2 minggu akan menangis dan menggerak-gerakkan tangan dan kakinya saat lapar.

b. Masa bayi (1 bulan- 1 tahun)

Balita terus mengalami dunia melalui pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan sentuhan, dan tetap bergantung pada keluarga. Bayi berusia 1 hingga 3 bulan dapat mendesis, membuat vokalisasi yang berbeda, dan menunjukkan tangisan yang berbeda. Pada usia 4 sampai 5 bulan, bayi membuat suara vokal sederhana, tertawa keras, dan dapat merespon suara dengan bersuara. Usia 4 sampai 7 bulan bayi mulai membedakan emosi berdasarkan nada suara dan berteriak untuk mengekspresikan perasaan gembira atau sebaliknya. Pada usia 7 sampai 10 bulan bayi sudah mengoceh dan menyebutkan kata tanpa makna (misalnya: "mamama" atau "dada"). Pada usia 9 hingga 12 bulan, bayi mulai mulai meniru bunyi-bunyi bicara seperti "mama" dan "papa". Rata-rata anak berusia 12 bulan menggunakan dua atau tiga kata yang dapat dikenali dengan makna, mengenali objek dengan namanya, dan mulai meniru kata-kata dan suara binatang (Kyle & Carman, 2015). Perawat yang berinteraksi dengan balita harus memperhatikan situasi dan bahasa tubuh. Mereka juga harus mempelajari kata-kata yang digunakan balita dan perilakunya.

c. Masa Todler dan Pra Sekolah (1-3 tahun dan 3-6 tahun)

Kelompok usia toddler dan pra sekolah sudah mampu berkomunikasi secara verbal atauun nonverbal. Anak sudah mampu mengutarakan keinginan dengan menggunakan kata-kata yang sudah dikuasainya. Ciri khas anak usia ini adalah egosentris. Anak melihat segala sesuatu hanya berhubungan dengan dirinya sendiri dan melihat sesuatu hanya berdasarkan sudut pandangnya sendiri. Selainitu, anak pada usia ini memiliki rasa ingin tahu yang sangat tinggi, inisiatif tinggi, kemampuan bahasanya mulai meningkat.

d. Masa Usia Sekolah (5 tahun-12 tahun)

Anak usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun (Wong, 2009) yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Pada periode usia ini, anak mulai belajar pada hal-hal yang bersangkutan dengan perilaku sosial. Anak sudah mulai memiliki banyak perbendaharaan kata yang dapat digunakan untuk berinteraksi dengan orang lain sebagai kehidupan sosial dari anak. Pada saat pertama anak masuk ke rumah sakit, anak akan merasa tidak nyaman dengan lingkungan baru dan bertemu dengan orang-orang baru atau disebut juga dengan Hospitalisasi anak. Saat memberikan perawatan pada anak usia sekolah, perawat harus terlebih dahulu menjelaskan perawatan dan prosedur jauh sebelum waktu yang dijadwalkan (Potts & Mandleco, 2012).

e. Masa Remaja

Berkomunikasi dengan anak yang sudah masuk usia remaja sebenarnya lebih mudah. Pada masa ini, remaja mampu berpikir logis dan abstrak, serta mampu mengungkapkan dan memahami sebagian besar konsep orang dewasa. Pemahaman mereka sudah memadai untuk bicara tentang masalah yang kompleks. Perkembangan komunikasi pada usia remaja dapat dilihat dengan Adanya kemampuan berdiskusi atau berdebat. Pada usia remaja, pola perkembangan kognisinya sudah mulai berpikir secara konseptual mengingat masa ini adalah masa peralihan anak menjadi dewasa, sedangkan secara emosional sudah mulai menunjukkan perasaan malu. Oleh karena itu, privasi dan kemandirian perlu diterapkan dalam berkomunikasi dengan pasien remaja (Potts & Mandleco, 2012). Dalam berkomunikasi dengan remaja, kita tidak bisa mengendalikan alur pembicaraan, mengatur, atau memegang kendali secara otoriter.

9. Teknik Komunikasi Pada Anak

Anak adalah individu yang unik, bukan miniatur orang dewasa. Untuk berkomunikasi dengan anak perlu melakukan pendekatan atau teknik khusus terjalin hubungan yang baik sesuai dengan tumbuh kembang anak. Secara umum ada dua teknik berkomunikasi yang digunakan pada anak, yaitu teknik verbal dan nonverbal (Mulyana & Hilmawan, 2021).

a. Teknik verbal

1) Bercerita (story telling)

Teknik bercerita dapat dengan Bahasa anak dapat memberikan ketenangan pada anak karena terhindar dari ketakutan akibat mengalami perawatan di rumah sakit. Teknik ini dapat dilakukan dengan cara meminta anak menceritakan pengalamannya ketika menerima perawatan selama di rawat di Rumah sakit.

2) Bibliotheraphy

Teknik ini menggunakan buku-buku sebagai sarana untuk proses Terapeutik dan suportif. Hal ini dilakukan untuk membantu anak mengungkapkan perasaan dan perhatiannya melalui aktivitas membaca. Buku yang digunakan bertujuan agar anak melakukan penghayatan terhadap cerita sehingga anak mampu menyampaikan kembali isi buku tersebut sesuai dengan pemahaman anak dengan Bahasa yang sederhana.

3) Mimpi

Mimpi merupakan aktivitas yang tidak sadar Sebagai bentuk perasaan dan pikiran yang ditekan ke alam bawah sadar. Mimpi yang dialami oleh anak dapat digunakan oleh perawat untuk mengidentifikasi perasaan anakyang mengganggu sehingga terjadi ketidaknyamanan.

4) Meminta dan menyebutkan keinginan

Hal ini dilakukan bertujuan menggali keluhan yang dirasakan oleh anak dan menunjukkan perasaan dan pikiran anak. Perawat meminta anak untuk menyebutkan keinginannya sehingga dapat diketahui apa yang Menjadi perasaan dan isi pikiran anak.

5) Bermain dan permainan

Bermain Menjadi teknik komunikasi yang paling efektif pada anak. Bermain dan permainan dapat memberikan petunjuk mengenai tumbuh kembang fisik, intelektual dan sosial anak. Hal ini dapat memberikan manfaat kepada anak dengan mengurangi trauma akibat sakit atau masuk Rumah sakit atau mempersiapkan prosedur tindakan keperawatan terhadap anak.

6) Melengkapi kalimat

Teknik ini dilakukan dengan cara meminta anak untuk menyempurnakan atau melengkapan kalimat yang dibuat perawat. Teknik ini bermanfaat untuk mengetahui perasaan anak tanpa bertanya langsung kepada anak.

7) Pro dan kontra

Pada teknik ini, anak diminta mengajukan pilihan positif atau negative sesuai dengan pendapat anak. Teknik ini bertujuan untuk menggali perasaan-perasaan anak, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan. Teknik ini penting diterapkan untuk menciptakan hubungan baik antara perawat dan anak.

b. Teknik Non Verbal

1) Menulis

Menulis adalah arlternatif pendekatan bagi anak untuk memulai percakapan, perawat dapat memeriksa atau menyelidiki tulisan dan meminta untuk membaca beberapa bagian. Dengan menulis anak-anak lebih riil dan nyata.

2) Menggambar

Teknik dilakukan dengan cara meminta anak untuk menggambar sesuatu terkait dengan diri anak sendiri. Misalnya, berkaitan dengan perasaan, pikiran, keinginan anak. Hasil kreasi gambar anak memberikan makna ungkapan tentang diri anak melalui coretan.

3) Sentuhan

Sentuhan mungkin salah satu perilaku komunikatif yang paling penting yang digunakan perawat, karena bagi banyak orang, sentuhan dapat menyampaikan rasa empati, kehangatan, pengertian, kasih sayang, kesediaan untuk terlibat, pengasuhan, dan kepedulian. Namun, perawat perlu menyadari bahwa sentuhan mungkin memiliki arti khusus lainnya untuk anak-anak dan keluarga, tergantung pada jenis kelamin atau latar belakang etnis. Bagi sebagian orang, sentuhan dapat diartikan sebagai dominasi, atau dianggap sebagai hal yang negatif.

10. Komunikasi Dengan Keluarga

Keluarga tidak hanya terjalin karena ddanya hubungan darah. Namun lebih kepada didasarkan pada kehadiran atau ketidakhadiran anggota keluarga, seperti orang tua, anak, dan kerabat lainnya. Pengertian keluarga secara fungsional menekankan kepada terpenuhinya tugas-tugas dan fungsi psikososial meliputi perawatan, Sosialisasi pada anak, dukungan emosi dan materi, serta pemenuhan peran-peran tertentu. Komunikasi dengan keluarga merupakan proses segi tiga antara perawat, orang tua dan anak. Berikut adalah ciri-ciri komunikasi yang terjadi pada keluarga yaitu Adanya Keterbukaan (*opennes*), Empati (*Empathy*), Dukungan, Perasaan Positif (*Positiveness*), dan Adanya perasaan Kesamaan (*Equality*).

a. Berbicara dengan jelas

Berkomunikasi dengan keluarga harus jelas, sopan, dan sesuai etika yang berlaku agar tidak terjadi salah paham.

b. Mengarah Kepada Pokok Permasalahan.

Kemampuan untuk mengarahkan pada pokok permasalahan selama berwawancara adalah salah satu kesulitan dalam mencapai tujuan komunikasi efektif. Salah satu pendekatan adalah menggunakan pertanyaan terbuka dan luas. Langkah ini dilakukan untuk menghindari komunikasi yang tidak relevan dan mengefektifkan komunikasi terapeutik.

c. Mendengarkan

Mendengar tidak hanya mendengarkan kata-kata akan tetapi memahami perasaan dan makna kata dan kalimat yang diucapkan oleh lawan bicara dan memberikan cukup waktu untuk mendengar. Mendengarkan adalah unsur yang paling penting dalam komunikasi efektif. Berikut adalah hal penting yang perlu dilakukan pada saat mendengar yaitu memberikan perhatian penuh, tidak menyela/ memotong pembicaraan, merefleksikan kembali kata atau kalimat yang didengar, mendengar melalui kata/ kalimat adanya perasaan takut yang tersembunyi (Smith, 2016).

d. Diam Sejenak

Diam merupakan salah satu metode komunikasi yang dapat digunakan kepada keluarga pasien. Mengetahui kapan waktu yang tepat untuk diam menjadi penting dalam berkomunikasi dengan keluarga (Smith, 2016). Waktu diam dapat digunakan oleh perawat untuk berpikir sejenak dan kembali berfokus terhadap permasalahan yang dialami oleh keluarga anak. Diam memberikan kita kesempatan kepada perawat untuk untuk menginterpretasikan apa yang sedang dikatakan oleh keluarga pasien dan mengenali perasaannya lebih dalam, serta memberikan perawat kesempatan untuk memikirkan apa yang akan kita katakan. Seorang keluarga/ orang tua yang diam setelah mendengarkan pemberitahuan tentang diagnosis terminal anaknya kemungkinan akan mengalami shock, ketidakpercayaan dan mencoba untuk memahami kenyataan dari apa yang baru saja didengar. Diam juga dapat menunjukkan kenyamanan, respect, dan perhatian seperti ketika perawat duduk dengan orang tua setelah mendengar berita yang mengganggu atau setelah prosedur yang mengecewakan.

e. Bersikap Empati

Empati berarti ikut merasakan perasaan orang lain secara obyektif. Perawat yang empati dapat melihat keadaan dari sudut pandang klien/ keluarga. Empati berbeda dengan simpati, simpati tidak selalu ada unsur hubungan "membantu" dengan klien. Perawat yang empati mampu menghargai dan memahami anak-anak dan keluarga sebagai individu yang unik dan memberikan perasaan diperhatikan dan diterima. Agar hal ini terjadi, empati perawat perlu diintegrasikan dengan perilaku verbal dan nonverbal.

f. Humor

Humor dapat memberikan efek menyembuhkan dan dapat menjembatani kesenjangan komunikatif. Namun, jika menggunakan humor, penting untuk mengetahui apakah humor sesuai dengan latar belakang budaya atau etnis keluarga. Penting juga untuk memastikan keluarga memahami istilah yang digunakan.

C. Rangkuman

perawat mendorong orang tua pasien untuk bercerita dengan membuat suasana yang nyaman, mendengarkan secara efektif dan menunjukkan sikap empati terhadap orang tua pasien. selain itu perawat mencoba untuk meyakinkan dan memberikan pengarahan pada orang tua pasien anak.Dengan perawat melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien. Pasien anak mau menerima tindakan keperawatan yang akan diberikan oleh perawat. Selain itu komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dengan orang membatu memberi edukasi kepada orang tua pasien tentang tindakan keperawatan yang akan diberikan sehingga orang tua pasien menjadi mengerti dan mau menyetujui tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman anda tentang komunikasi dengan anak dan keluarga. Anda diberikan tugas untuk di diskusikan bersama kelompok dengan ketentuan Sebagai berikut:

1. Buatlah kelompok yang terdiri dari 5-6 mahasiswa.
2. Kelompok mendiskusikan kasus yang ada di bawah ini terkait bagaimana membantu keluarga dan anak seperti pada gambaran kasus. Bagaimana anda Memahami perasaan

anak dan keluarga serta membantu mereka untuk beradaptasi dengan situasi yang mereka alami melalui komunikasi?

3. Hasil Diskusi kelompok dituangkan ke dalam bentuk makalah dan PPT.
4. Tugas di presentasikan pada pertemuan berikutnya.
5. Kriteria penilaian tugas didasarkan pada ketajaman Analisa dan kemampuan menggunakan teori ke dalam penyelesain masalah pada kasus.

Kasus

Emma, berusia 8 Tahun, dirawat di Rumah sakit karena didiagnosa demam berdarah. Orang tua panik dan Kebingungan karena baru pertama kali Emma masuk Rumah sakit dan harus kontak dengan dokter dan Perawat di ruangan, menerima berbagi Pemeriksaan dan pengobatan dan harus terpisah dengan saudara dan rutinitasnya sebelumnya. Emma merupakan seorang anak sekolah dasar yang biasa dengan rutinitas sekolah. Emma juga memiliki dua saudara yang sangat dekat dengan Emma dan biasa tidur di kamar yang sama dengan Emma.

Bagaimana anda berkomunikasi dengan Emma dan keluarganya untuk mengatasi masalah kepanikan dan menghadapi situasi yang baru mereka alami?

E. Referensi

American Nurses Association. (2001). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. Washington,DC: American Nurses Publishing.

www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/EthicsStandards/CodeofEthics.aspx

Hidayatullah, M. S. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Puskesmas Tapen Kabupaten Bondowoso. *Jurnal Keperawatan Profesional*, *8*(1), 62-73. https://doi.org/10.33650/jkp.v8i1.1022

Mundakir. 2006. Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan. Graha Ilmu. Jakarta.

Kyle, T., & Carman, S. (2015). Essentials of Pediatric Nursing. In *Syria Studies* (2nd ed., Vol. 7, Issue 1). Lippintcott Williams & Wilkins. https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

Maquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. In *Wolters Kluwer Health* (9th ed., Vol. 59).

Mishra, S. (2015). Respect for nursing professional: Silence must be heard. *Indian Heart Journal*, *67*(5), 413-415. https://doi.org/10.1016/j.ihj.2015.07.003

Mulyana, A., & Hilmawan, R. G. (2021). *Komunikasi Keperawatan*. Langgam Pustaka.

Potts, N. L., & Mandleco, B. L. (2012). Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families. In *Cengage Learning* (3rd ed.). Delmar Cengage Learning.

Potter, P., & Perry, A. (2009). *Funametal Keperawatan* (7th ed.). Salemba Medika.

Palazzi, D. L., Lorin, M. I., Turner, T. L., & Cabrera, A. G. (2015). *Communicating with Pediatric Patients and their Families: the Texas Children's Hospital Guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals*.

Purnamasari, N., & Putri Utami, D. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Kelas Ii Dan Iii Rsud Wonosari Yogyakarta the Correlation Between Nursing Therapeutic Communication With Patient Satisfaction in Patient Room of Class Ii and Iii in Wonosari. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*, *10*(1).

Robbins, S., & Judge, T. (2017). *Organizational Behavior* (S. Yagan (ed.); 17th ed.). Pearson.

Scammel, B. (2015). Essentials of Nursing Management: Communication Skills. In *Macmillan Education LTD* (Vol. 1). Macmillan Education LTD. http://golibgen.io/noleech1.php?hidden=1461000%2Ff95de15ee58c8475dbaaf3a5586544cb&hidden0=Barbara+Scammell+auth.+Communication+Skills.pdf

Smith, B. (2016). *Nursing & Health Compassion, Caring and Communication*. Pearson Education Published.

Supartini, Yupi. 2004. Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta.

F. Glosarium

Channel : Media komunikasi

Empati : Kemampuan untuk memahami apa yang dirasakan orang lain

Nonverbal: Metode berkomunikasi dengan orang lain tanpa menggunakan kata-kata, melainkan tindakan

Sender : Komunikator

Receiver : Komunikan

Biografi Penulis



Rutmauli Hutagaol, Lahir di Serdang Bedagai. Menempuh pendidikan dari D-III Keperawatan Medistra Lubuk Pakam (2005 s.d 2008), dan Pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2011 s.d 2013) dan profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014 s.d 2015). Melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2017 s.d 2019). Pengalaman bekerja di Rumah Sakit sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Gading Pluit Jakarta Utara (2009 s.d 2011) dan Rumah Sakit Medistra Jakarta (2015 s.d 2017). Pengalaman mengajar di Akademi Keperawatan Andalusia Jakarta (2020 s.d 2022) dan saat ini di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin.

BAB IV
BERMAIN

Dwi Sulistyo C, S.Kp, M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

Di akhir pembelajaran mahasiswa mampu memahami :

1. Konsep bermain
2. Fungsi dan tujuan bermain
3. Bermain sesuai tahapan usia

B. Materi

Setiap anak mempunyai kebutuhan untuk bermain dimana dengan bermain anak dapat mengembangkan kemampuannya dalam perkembangan dan meningkatkan kekuatan fisik dalam pertumbuhannya. Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara suka rela untuk memperoleh kesenangan dan bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan social. Bermain untuk anak yang sehat sedangkan untuk anak dengan gangguan kesehatan baik secara fisik dan perkembangan ada beberapa istilah yang dikenal yaitu terapi bermain atau bermain terapeutik.

1. Pengertian

a. **Terapi bermain** adalah bentuk konseling atau psikoterapi dengan menggunakan permainan guna mengamati serta mengatasi berbagai masalah kesehatan mental dan gangguan perilaku.

b. **Bermain terapeutik** adalah permainan yang memperbolehkan anak-anak untuk mencurahkan pikiran dan perasaannya, memahami kenyataan, mengatasi konflik dalam dirinya dan kemampuan dalam mengatasi secara efektif.

Kecemasan merupakan hal yang sering terjadi pada anak yang mengalami hospitalisasi.

2. Fungsi Bermain

a. Perkembangan sensorik motorik

Pada saat melakukan permainan, aktifitas motorik merupakan komponen terbesar yang digunakan anak dan bermain aktif sangat penting untuk perkembangan funsi otot

b. Perkembangan Intelektual

Anak melakukan eksplorasi dan manipulasi terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan sekitarnya, terutama mengenal bentuk, ukuran, warna, tekstur dan membedakan objek, pada saat bermain anak melatih diri dan memecahkan masalah.

c. Perkembangan sosial

Perkembangan sosial ditandai dengan kemampuan anak untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Anak belajar mengambangkan hubungan sosial dan belajar memecahkan masalah yang muncul dari hubungan tersebut. Anak belajar berinteraksi dgn teman, memahami bahasa lawan bicara, dan belajar ttg nilai sosial yang ada pd kelompok.

d. Perkembangan Kreatifitas

Kemampuan untuk menciptakan sesuatu dan mewujudkan ke dalam bentuk objek dan atau kegiatan yang dilakukannya.

e. Perkembangan kesadaran diri

Anak mengembangkan kemampuannya dalam mengatur tingkah laku. Anak akan belajar mengenal kemampuannya dan membandingkan dengan orang lain dan menguji kemampuannya dengan mencoba peran baru dan mengetahui dampak tingkah laku terhadap orang lain.

f. Perkembangan Moral

Anak mempelajari nilai benar dan salah dari lingkungan terutama dari orangtua dan guru. Anak akan mendapatkan kesempatan untuk menerapkan nilai-nilai sehingga dapat diterima di lingkungan dan dapat menyesuaikan diri dengan aturan yg ada dikelompoknya.

Anak belajar bertanggung jawab atas segala tindakan yang akan dilakukan. Anak akan mendapatkan kesempatan untuk menerapkan nilai-nilai sehingga dapat diterima di lingkungan dan dapat menyesuaikan diri dgn aturan yang ada dikelompoknya. Anak belajar bertanggung jawab atas segala tindakan yg akan dilakukan.

g. Terapi

Pada saat dirawat di rumah sakit anak akan mengalami berbagai perasaan yang sangat tidak menyenangkan, seperti marah, takut, cemas, sedih dan nyeri, sehingga anak -anak akan dapat mengalihkan rasa sakitnya dalam bentuk permainan.

3. Tujuan Bermain

a. Dapat melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal
b. Dapat mengekspresikan keinginan, perasaan dan fantasi melalui permainan
c. Dapat mengembangkan kratifitas melalui pengalaman bermain yang tepat
d. Dapat beradaptasi lebih efektif terhadap stress karena sakit dan dirawat di rumah sakit.

4. Faktor yang mempengaruhi Bermain

a. Tahap perkembangan
b. Status Kesehatan
c. Jenis Kelamin
d. Lingkungan
e. Alat permainan yang cocok

5. Klasifikasi Bermain

a. Menurut Isinya
   1) *Sosial affective play* : permainan dengan membina hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dengan orang lain (contoh : ciluk-baa).
   2) *Sense of pleasure play* : permainan yang sifatnya memberikan kesenangan pada anak (contoh : main air dan pasir, main bulu ayam).
   3) *Skill play* : permainan yang sifatnya memberikan keterampilan pada anak (contoh: naik sepeda).
   4) *Dramatic Role Play* : anak bermain imajinasi/fantasi (contoh : dokter dan perawat).

5) *Games* : permainan yang menggunakan alat tertentu yang menggunakan perhitungan/ skor (contoh : ular tangga).

6) *Un occupied behaviour* : anak tidak memainkan alat permainan tertentu, tapi situasi atau objek yang ada disekelilingnya , yang digunakan sebagai alat permainan (contoh: jinjit-jinjit, bungkuk-bungkuk, memainkan kursi, meja).

b. Menurut Karakter Sosial

1) *Unlooker play* : anak hanya mengamati temannya yang sedang bermain, tanpa ada inisiatif untuk ikut berpartisipasi dalam permainan (contoh : Congklak).

2) *Solitary play* : anak tampak berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yg dimilikinya. Contoh : teman yang lain main masak-masakan teapi ada yang gabung dengan main boneka.

3) *Parallel play* : anak menggunakan alat permaianan yang sama, tetapi antara satu anak dengan anak lain tidak terjadi kontak satu sama lain sehingga antara anak satu dengan lainya tidak ada sosialisasi. Selain itu tujuan permainan tidak jelas (contoh: bermain boneka, masak-masak).

4) *Associative play* : permainan ini sudah terjadi komunikasi antara satu anak dengan anak lain, tetapi tidak terorganisasi, tidak ada pemimpin (contoh main hujan, main sepedaan)

5) *Cooperative play* : aturan permainan dalam kelompok lebih jelas pada permainan jenis ini, dan punya tujuan serta pemimpin (contoh : main basket, volly, sepak bola, footzal).

6. Karakteristik Bermain Sesuai Tahap Perkembangan

a. Bayi

Tumbuh kembang bayi sangat pesat sehingga anak harus diberikan permainan yang berbeda. Pada usia ini permainan yang bisa diterapkan *affective play dan sense of pleasure play*.

1 bulan

- Visual

  Untuk melatih kamampuan visual bayi dengan melihat jarak jauh → gantungkan benda yang berwarna terang

- Auditory

  Untuk melatih kemampuan bicara/menyanyi dengan bayi → musik, radio, jam

- Tactile à Dipeluk/digendong
- Kinetic → diayun, kereta untuk jalan-jalan

2-3 bulan

- *Visual* → Beri objek warna terang, bawa bayi ke ruang berbeda, letakkan bayi agar dapat memandang sekitar
- *Auditory* → bicara dengan bayi, beri mainan yang berbunyi, ikut sertakan dalam pertemuan keluarga
- *Tactil* → Belai waktu mandi, sisir rambut dengan lembut, gosok dengan lotion/bedak, berikan pengurutan.
- *Kinetic* → jalan jalan dengan kereta, gerakan berenang

4-6 Bulan

- *Visual* → beri cermin, bawa nonton TV, beri mainan warna terang
- *Auditory* → ajak bicara, ualangi suara yang dibuatnya, panggil nama, remas kertas dekat telinga, letakkan mainan yang berbunyi dekat telinganya.
- *Tactile* → Beri mainan berbagai tekstur lembut, kasar, bermain air, masukkan dalam bak mandi saat mandi.
- *Kinetic* → bantu telungkup, sokong saat duduk

7-9 Bulan

- *Visual* → Beri mainan warna terang, bergerak, bunyi yang lebih besar, beri cermin, ciluk baa, Bero bola diikat
- *Auditory* → Panggil namanya, nama bagian bagian tubuh, beri tahu apa yang anda lakukan, ajarkan tepuk tangan, beri perintah sederhana.
- *Tactile* → meraba bahan dengan berbagai textur, main air mengalir.
- *Kinetic* → Letakkan bayi dilantai, berdirikan untuk menahan BB, letakkan mainan agak jauh dan suruh untuk mengambilnya

10-12 Bulan

- Visual → Perlihatkan gambar terang, bawa ke tempat berbeda, mis : Super market, kebun binatang, tunjukkan bangunan yang agak jauh, bermain bola
- Auditory → Kenalkan suara binatang tiruan, tunjukkan bagian tubuh dan sebutkan
- Tactile → Beri makanan yang dapat dipegang, kenalkan dingin panas.
- Kinetic → beri mainan yang dapat ditarik dan didorong

Toddler

- Mainan yang dapat didorong
- Crayon dan kertas
- Alat alat masak
- Balok dgn bermacam bentuk
- Malam/lilin
- Gambar gambar dlm buku
- Boneka/Bola
- Telepon

Prasekolah

- Peralatan Rumah tangga
- Buku dengan kata-kata simpel
- Sepeda roda tiga
- Alat-alat olah raga
- Lilin/Boneka
- Kapal terbang, mobil truk

Usia Sekolah

6-8 Tahun

- Kartu

- Alat Olah raga
- Boneka
- Buku-buku dan alat-alat tulis
- Sepeda

8-12 tahun

- Buku
- Mengumpulkan perangko
- Main Kartu
- Olah raga (Renang, sepeda, sepatu roda, pingpong

Remaja (14-18 tahun)

- Sepak bola
- Basket
- Mendengar Musik
- Bulutangkis
- Buku

Bermain di Rumah Sakit

Keuntungan bermain d**i** Rumah Sakit

1. Meningkatkan hubungan Perawat-pasien di RS
2. Dapat mengekspresikan perasaan tidak enak
3. Memulihkan rasa mandiri pada anak
4. Meningkatkan penguasaan pengalaman
5. Membina tingkah laku yang positif
6. Alat komunikasi Perawat-klien

Kegiatan yang Kreatif untuk anak di Rumah sakit :

- *Role play*
- Bercerita
- Pantomin
- Melukis, menggambar
- Pengalaman sensori
- Menulis cerita tentang rumah sakit

Alat Bermain Untuk Rumah Sakit :

- Boneka sebagai keluarga dan staff Rumah Sakit
- Kertas
- Perlengkapan rumah
- Pensil
- Baju Rumah sakit
- Block
- Alat kedokteran dan perawatan

- Miniatur Rumah sakit

Prinsip Bermain di RS

- Tidak membutuhkan energi
- Permainan simple
- Kegiatan yang singkat waktunya
- Mempertimbangkan keamanan (luka, infeksi silang)
- Kelompok umur yang sama
- Melibatkan orang tua
- Permaianan tidak bertentangan dengan pengobatan
- Semua alat bermain Harus dapat dicuci dan didesinfeksi

C. Rangkuman

Setiap anak mempunyai kebutuhan untuk bermain dimana dengan bermain anak dapat mengembangkan kemampuannya dalam perkembangan dan meningkatkan kekuatan fisik dalam pertumbuhannya. Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara suka rela untuk memperoleh kesenangan dan bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan social. Bermain untuk anak yang sehat sedangkan untuk anak dengan gangguan kesehatan baik secara fisik dan perkembangan ada beberap istilah yang dikenal yaitu terapi bermain atau bermain terapeutik.

Bermain terapeutik adalah permainan yang memperbolehkan anak- anak untuk mencurahkan pikiran dan perasaannya, memahami kenyataan, mengatasi konflik dalam dirinya dan kemampuan dalam mengatasi secara efektif. Kecemasan merupakan hal yang sering terjadi pada anak yang mengalami hospitalisasi.

Fungsi Bermain

Perkembangan sensorik motorik, intelektual, sosial, kreatifitas, kesadaran diri, moral dan terapi.

Tujuan Bermain

Melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal**,** mengekspresikan keinginan, perasaan dan fantasi melalui permainan, mengembangkan kreatifitas melalui pengalaman bermain yang tepat, beradaptasi lebih efektif terhadap stress karena sakit dan dirawat di rumah sakit.

Faktor yang mempengaruhi Bermain

Tahap perkembangan, status kesehatan, jenis kelamin, lingkungan alat permainan yang cocok

Klasifikasi Bermain

Menurut isinya: *Sosial affective play, sense of pleasure play, skill play, games, dramatic role play, un occupied behaviour*

Menurut karakter sosial : *unlooker play, solitary palay, paralel play, associate play, cooperative play*

Bermain di Rumah Sakit

Keuntungan bermain di Rumah Sakit

Meningkatkan hubungan Pearawat-klien di R, dapat mengekspresikan perasaan tidak enak, memulihkan rasa mandiri pada anak, meningkatkan penguasaan pengalaman, membina tingkah laku yang positif, alat komunikasi perawat-pasien.

Kegiatan yang Kreatif untuk anak di Rumah sakit :

Role play, bercerita, pantomin, melukis, menggambar, pengalaman sensori, menulis cerita tentang rumah sakit.

D. Tugas

Kerjakan dengan jawaban singkat:

1. Jelaskan pengertian bermain dan bermain terapeutik
2. Jika suatu keluarga mempunyai anak usia 3 tahu, alat permaian yang tepat diberikan.....
3. Sebutkan prinsip bermain dirumah sakit
4. Sebutkan contoh permainan yang kreatif untuk anak yang dirawat di Rumah sakit

E. Referensi

Burn.C.E.,Dunn,A.M.,Brady,M.A., Starr N.B., Blosser C.G (2013). Pediatric Primari Care 5 th editiom. Saunder: Elsevier Inc

Ball, J.W., Bindler,R.C.,a,d Cowen.,K.J.(2010) Child Helat Nursing. Parenting with Children and families (second edition).New Jersey Pearson Education Ltd

Hokenberry,M.J & Wilson,D (2013).Wong's Essentia; Of Pediatric Nursing 9th edition.Mosby: Elsevier Inc

Hokenberry,M.J & Wilson,D (2014).Wong's Essentia; Of Pediatric Nursing 10th edition.Mosby: Elsevier In

F. Glosarium

Terapi bermain adalah bentuk konseling atau psikoterapi dengan menggunakan permainan guna mengamati serta mengatasi berbagai masalah kesehatan mental dan gangguan perilaku.

Bermain terapeutik adalah permainan yang memperbolehkan anak-anak untuk mencurahkan pikiran dan perasaannya, memahami kenyataan, mengatasi konflik dalam dirinya dan kemampuan dalam mengatasi secara efektif

Biodata Penulis



Nama : Dwi Sulistyo Cahyaningsih, S.Kp,M.Kep

NIDN : 0407047602

Pangkat/Jabatan : Lektor

Tempat/Tanggal Lahir : Gombong/ 7 April 1976

Pekerjaan : Staff pengajar STIKes Horizon Karawang

Riwayat Pendidikan :

1. Prodi Keperawatan Diploma III, AKPER DEPKES RI Jakarta.
2. Program Sarjana Keperawatan, FIK Universitas Indonesia
3. Program Pascasarjana Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Anak, FIK Universitas Indonesia

BAB V
DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST (DDST)

Ns. Imelda Pujiharti, M.Kep, Sp.Kep.An, MH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar diharapkan anda mampu menjelaskan menerapkan pengkajian tumbang dengan DDST II.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar, diharapkan anda mampu:

1. Menjelaskan pengertian DDST II
2. Menjelaskan tujuan dan manfaat DDST
3. Melakukan penilaian pola perkembangan dengan menggunakan DDST

B. Materi

1. Pengertian

Denver Development Sreening Test (DDST) II merupakan salah satu alat skrining perkembangan, alat ini membantu tenaga kesehatan untuk mengetahui sedini mungkin penyimpangan perkembangan yang terjadi pada anak sejak lahir sampai berusia 6 tahün. Pemeriksaan dilakukan secara rutin yaitu setiap bulan. DDST II bukanlah tes diagnostik atau tes Intelegensi *Quotiont* (IQ) (Ningsih, dkk, 2022).

DDST II memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. Tes ini dilakukan kurang lebih 20-30 menit, dapat diandalkan dan menunjukkkan validitas yang tinggi. Dari beberapa penelitian yang pernah dilakukan ternyata DDST II secara efektif dapat mengidentifikasikan antara 85-100% bayi dan anak-anak prasekolah yang. mengalami keterlambatan perkembangan, dan pada "*follow up*" selanjutnya ternyáta 89% dari kelompok DDST II abnormal mengalami kegagalan di sekolah 5-6 tahun kemudian (Ningsih, dkk, 2022).

Denver Developmental Screening Test (DDST) II adalah sebuah alat klinis yang mudah digunakan untuk identifikasi dini bayi dan anak usia 0-6 tahun dengan keterlambatan perkembangan. DDST II ini lebih mengarah kepada perbandingan kemampuan atau perkembangan anak dengan kemampuan.anak lain yang seumurannya. Dalam perkembangannya DDST mengalami beberapa revisi, hasil revisi dari DDST I tersebut dinamakan Denver II / DDST II (Sulistyawati, 2014). DDST II ini terdiri dari 125 item tes yang relevan dengan usia terkait dengan perkembangan global, dan memiliki empat domain perkembangan: pêrsonal sosial/ kemandirian dan bergaul, adaptif motorik halus, motorik kasar dan bahasa (Ningsih dkk 2022).

Denver II ini didistribusikan di setiap domain sebagai berikut: 25 pèrsonal sosial, 29 adaptif motorik halus, 39 bahasa dan 32 motorik kasar (Santrock, Jhon W. 2007). DDST II tampaknya menjadi alat skrining yang saat ini digunakan dan yang paling banyak diadaptasi, karena kemudahan admihistrasi dan faktanya bahwa dapat dikelola oleh profesional dan paraprofessional (Narendra, dkk. 2008).

2. Manfaat DDST

Penyimpangan perkembangan pada bayi dan anak usia dini sering kali sulit dideteksi dengan pemeriksaan fisik rutin. DDST dikembangkan untuk membantu petugas kesehatan dalam mendeteksi masalah perkembangan anak usia dini.

Menurut studi yang dilakukan oleh *The Public Health Agency of Canada*, DDST adalah metode tes yang paling banyak digunakan untuk skrining masalah perkembangan anak. Tes ini bermanfaat dalam mendeteksi masalah perkembangan yang berat. Akan tetapi, DDST telah dikritik tidak reliabel dalam memprediksikan masalah-masalah yang kurang berat dan spesifik. Kritik ini juga dilontarkan terhadap versi DDST yang telah direvisi, yaitu Denver II. Terhadap kritik tersebut Frankenburg menjelaskan bahwa tujuan pokok dari metode cepat untuk mengidentifikasi anak-anak yang memerlukan evaluasi lebih lanjut. DDST bukan untuk menetapkan diagnosis akhir, melainkan sebagai metode cepat untuk mengidentifikasi anak-anak yang memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Manfaat pengkajian perkembangan dengan menggunakan DDST bergantung pada usia anak. Pada bayi baru lahir, tes ini dapat mendeteksi berbagai masalah neurologis, salah satunya serebral palsi. Pada bayi, tes ini sering kali dapat memberikan jaminan kepada orang tua atau bermanfaat dalam mengidentifikasi berbagai problema dini yang mengancam mereka. Pada anak, tes ini dapat membantu meringankan permasalahan akademik dan sosial (Nugroho, 2009).

3. Tujuan DDST

Menurut Nugroho (2009), Denver II dapat digunakan untuk berbagai tujuan, antara lain:

a. Menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan usianya.
b. Menilai tingkat perkembangan anak yang tampak sehat.
c. Menilai tingkat perkembangan anak yang tidak menunjukkan gejala, kemungkinan adanya kelainan perkembangan
d. Memastikan anak yang diduga mengalami kelainan perkembangan.
e. Memantau anak yang berisiko mengalami kelainan perkembangan.

4. Prinsip dalam melakukan DDST II:

Ningsih dkk (2022), prinsip dalam melakukan DDST II adalah:

a. Bertahap dan berkelanjutan
b. Dimulai dari tahapan perkembangan yang telah dicapai anak
c. Alat bantu stimulasi yang sederhana
d. Suasana nyaman bervariasi
e. Perhatikan gerakan spontan oleh anak
f. Dilakukan dengan wajar dan tanpa paksaan,tidak menghukum
g. Berikan pujian

5. Penilaian Pola Perkembangan anak dengan DDST II

Aspek perkembangan yang dinilai dalam pemeriksaan DDST II terdiri dari 125 tugas perkembangan. Tugas perkembangan yang diberikan adalah sesuai dengan usia kronologis anak tiap bulan. Alat yang diperlukan dalam pemeriksaan perkembangan anak diberikan sesuai

usia anak untuk menunjang pemeriksaan. Ada 4 sektor perkembangan yang dinilai dalam DDST II yaitu (Ningsih dkk, 2022) :

a. *Personal Social* (perilaku sosial) / kemandirian dan bergaul

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. Misalnya memakai baju, melepas baju, memakai sepatu, menggosok gigi dll.

b. *Fine Motor Adaptive* (gerakan motorik halus)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi antara mata dan koordinasi tangan yang cermat. Misalnya corat coret, membuat lingkaran, membuat segiempat, menyusun menara dari kubus dll.

c. *Language* (bahasa)

Kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan dari orang tua atau perawat. Misalnya menóleh ke bunyi icik-icik, menoleh sewaktu namanya dipanggil, menyebut nama teman, menyebut anggota tubuh dan bicara mama, dada, papa dll.

d. *Gross motor* (gerakan motorik kasar)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh. Menggunakan gerakan ektremitas kaki. Misalnya berdiri, berjalan, lari, lompat, berjalan munur, mengangkat kaki 2 detik dan lain-lain.

6. Cara Pengukuran DDST

Cara pengukuran DDST dijabarkan sebagai berikut (Ningsih dkk, 2022)

a. Tentukan usia anak pada saat pemeriksaan.
b. Tarik garis pada lembar DDST II sesuai dengan usia yang telah ditentukan
c. Lakukan pengukuran pada anak tiap komponen dengan batasan garis yang ada mulai dari. motorik kasar, bahasa, inotorik halus, dan personal sosial.
d. Tentukan hasil penilaian apakah normal, meragukan, atau abnormal .

7. Pelaksanaan Test

Dalam melaksanakan tes perkembangan anak dengan menggunakan Denver II, kita perlu melakukan langkah-langkah persiapan, di antaranya persiapan alat tes, formulir Denver II, baru dilanjutkan dengan penghitungan usia anak, dan terakhir pelaksanaan tes sesuai dengan usia anak (Nugroho, 2009).

8. Peralatan yang diperlukan untuk pemeriksaan DDST

Alat-alat pokok yang dibutuhkan dalam penerapan Denver II antara lain:

a. Benang wol merah
b. Icik-icik dengan gagang kecil.
c. Boneka kecil dengan botol susu
d. Cangkir kecil dengan pegangan
e. Kubus (dengan rusuk 2,5 cm) berjumlah 8 buah, berwarna merah, biru, kuning, dan hijau masing-masing 2 buah.

f. Botol kecil berwarna bening dengan tutup berdiameter 2 cm
g. Manik-manik (dalam penerapannya, ada yang mengganti manik-manik dengan kismis atas pertimbangan tertentu)
h. Lonceng kecil
i. Bola tenis
j. Pensil merah
k. Kertas folio berwarna putih

Selain peralatan pokok diatas, diperlukan peralatan tambahan sebagai penunjang, antara lain:

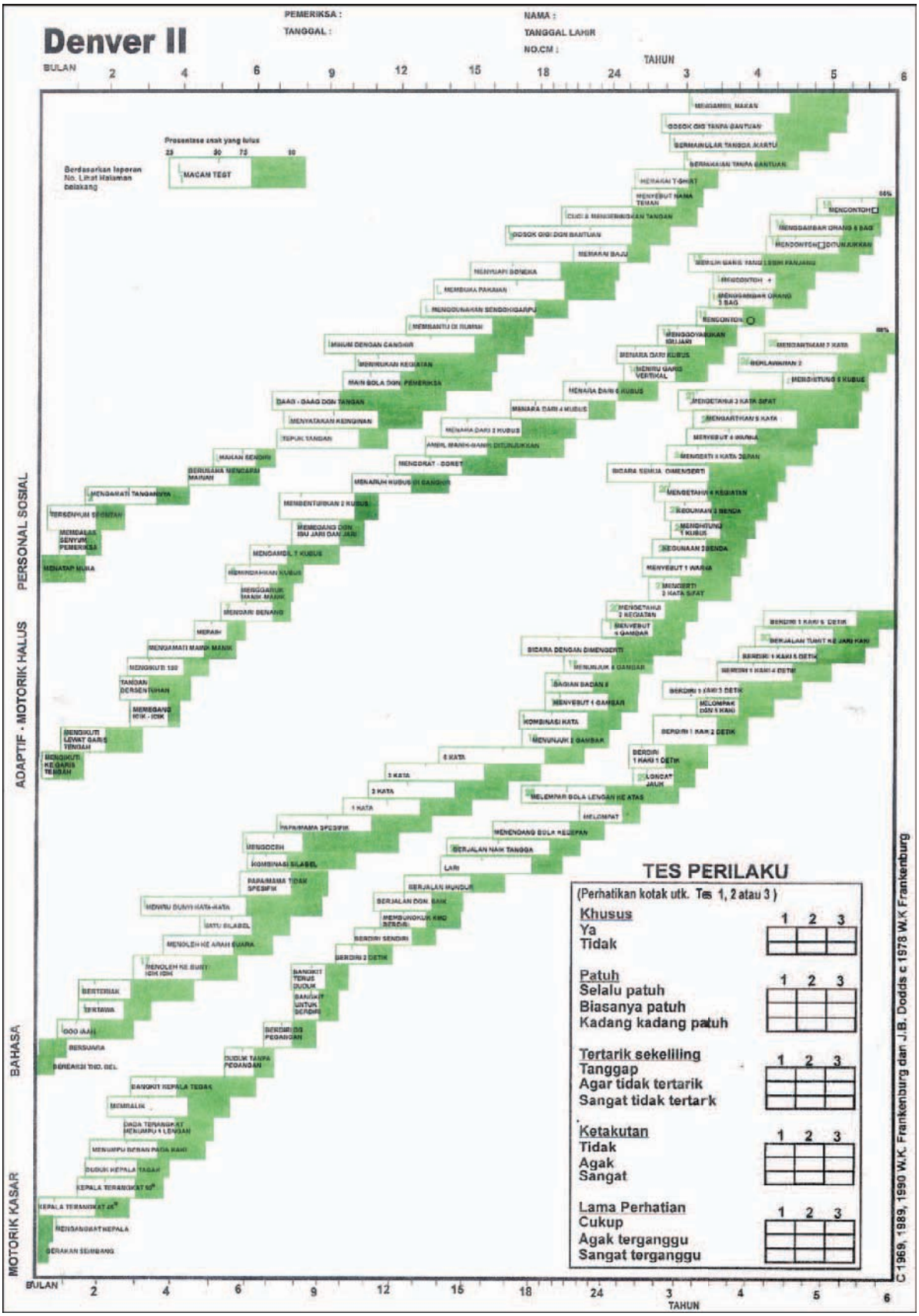
a. Jika memungkinkan, sediakan 1 meja dan 3 kursi berukuran kecil untuk tempat tes.
b. Ruangan yang cukup luas untuk melakukan tes motorik kasar.
c. Meja khuss dengan kasur/selimut untuk tempat pemeriksaan bayi

9. Formulir DDST

Formulir Denver II berupa selembar kertas yang berisikan 125 tugas perkembangan menurut usia pada halaman depan dan pedoman tes untuk item-item tertentu pada halaman belakang. Pada Gambar 5.1., kita dapat melihat isi formulir Denver II dengan perincian sebagai berikut

Pada garis horizontal teratas dan terbawah, terdapat skala usia dalam bulan dan tahun yang dimulai dari anak lahir hingga usia 6 tahun. Pada usia 0-24 bulan, jarak antara 2 tanda (garis tegak kecil) 1 bulan. Setelah usia 24 bulan, jarak antara 2 tanda adalah 3 bulan.

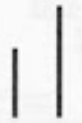
Pada bagian depan, terdapat 125 item yang digambarkan dalam bentuk persegi panjang yang ditempatkan dalam neraca usia, yang menunjukkan 25%, 50%, 75%, dan 90% dari seluruh sampel standan anak normal yang dapat melaksanakan tugas tersebut (Nugroho, 2009).



Gambar 5.1 Halaman depan Formulir DDST (DENVER) II)
Sumber: Frankenburg WK, Dodds JB, 1990, Denver II

PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Mengajak anak untuk tersenyum dengan memberi senyuman, berbicara dan melambaikan tangan. jangan menyentuh anak.
2. Anak harus mengamati tangannya selama beberapa detik.
3. Orang tua dapat memberi petunjuk cara menggosok gigi dan menaruh pasta pada sikat gigi.
4. Anak tidak harus mampu menalikan sepatu atau mengkancing baju / menutup ritsleting di bagian belakang.
5. Gerakan benang perlahan lahan, seperti busur secara bolak-balik dari satu sisi kesisi lainnya kira-kira berjarak 20 cm (8 inchi) diatas muka anak.
6. Lulus jika anak memegang kericikan yang di sentuhkan pada belakang atau ujung jarinya.
7. Lulus jika anak berusaha mencari kemana benang itu menghilang. Benang harus dijatuhkan secepatnya dari pandangan anak tanpa pemeriksa menggerakkan tangannya.
8. Anak harus memindahkan balok dari tangan satu ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuhnya, mulut atau meja.
9. Lulus jika anak dapat mengambil manik - manik dengan menggunakan ibu jari dan jarinya (menjimpit).
10. Garis boleh bervariasi, sekitar 30 derajat atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Buatlah genggaman tangan dengan ibu jari menghadap keatas dan goyangkan ibu jari. Lulus jika anak dapat menirukan gerakan tanpa menggerakkan jari selain ibu jarinya.



12. Lulus jika membentuk lingkaran tertutup. Gagal jika gerakan terus melingkar
13. Garis mana yang lebih panjang ? (bukan yang lebih besar). putarlah keatas secara terbalik dan ulangi. (lulus 3 dari 3 atau 5 dari 6)
14. Lulus jika kedua garis berpotongan mendekati titik tengah
15. Biarkan anak mencontoh dahulu, bila gagal berilah petunjuk

Waktu menguji no. 12, 14 dan 15 jangan menyebutkan nama bentuk, untuk no. 12 dan 14 jangan memberi petunjuk / contoh.

16. Waktu menilai, setiap pasang (2 tangan, 2 kaki dan seterusnya) hitunglah sebagai satu bagian.
17. Masukkan satu kubus kedalam cangkir kemudian kocok perlahan - lahan didekat telinga anak tetapi diluar pandangan anak, ulangi pada telinga yang lain
18. Tunjukkan gambar dan suruh anak menyebutkan namanya (tidak diberi nilai jika hanya bunyi saja). Jika menyebut kurang dari 4 nama gambar yang benar, maka suruh anak menunjuk ke gambar sesuai dengan yang disebutkan oleh pemeriksa.







19. Gunakan boneka. Katakan pada anak untuk menunjukkan mana hidung, mata, telinga, mulut, tangan, kaki, perut dan rambut Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan pada anak : mana yang terbang ?.....berbunyi meong?.....berbicara?..... berlari menderap?.....menggonggong?.....Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanyakan pada anak : Apa yang kamu lakukan bila kamu dingin ?.....capai?.....Lapar?.....Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanyakan pada anak : Apa gunanya cangkir?.....Apa gunanya kursi?.....Apa gunanya pensil?.....Kata - kata yang menunjukkan kegiatan harus termasuk dalam jawaban anak.
23. Lulus jika anak meletakkan dan menyebutkan dengan benar berapa banyaknya kubus diatas kertas/meja (1, 5).
24. Katakan jika anak : Letakkan kubus diatas meja, dibawah meja, dimuka pemeriksa, dibelakang pemeriksa. Lulus 4 dari 4. (Jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
25. Tanyakan pada anak : Apa itu bola?.....danau?.....meja?.....rumah?.....pisang?.....korden?..... pagar?.....langit-langit?.....Lulus jika dijelaskan sesuai dengan gunanya, bentuknya, dibuat dari apa atau kategori umum (seperti pisang itu buah bukan hanya kuning). Lulus 5 dari 8 atau 7 dari 8.
26. Tanyakan pada Anak : Jika kuda itu besar, tikus itu .....?.....jika api itu panas, es itu.....? .....jika matahari bersinar pada siang hari, bulan bercahaya pada.....?.....Lulus 2 dari 3.
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau kayu palang, bukan orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melemparkan bola diatas bahu ke arah pemeriksa pada jarak paling sedikit 1 meter (3kaki).
29. Anak harus melompat melampaui lebar kertas 22 cm (8,5 inchi).
30. Katakan pada anak untuk berjalan lurus kedepan Tumit berjarak 2,5 cm (1 inchi) dari ibu jari kaki. Pemeriksa boleh memberi contoh. anak harus berjalan 4 langkah berturutan.
31. Pada tahun kedua, separuh dari anak normal tidak selalu patuh.

Pengamatan :

Gambar 5.2 Halaman Belakang Formulir DDST (DENVER II)
Sumber: Frankenburg WK, Doods JB, 1990, Denver II

Cara menghitung Usia anak

Telah disebutkan di awal bahwa penerapan DDST ditujukan untuk menilai perkembangan anak berdasarkan usianya. Dengan demikian, sebelum melakukan tes ini, terlebih dahulu kita harus mengetahui usia anak tersebut. Untuk menghitung usia anak, kita dapat mengikuti langkah-langkah berikut (Nugroho, 2009),.

a. Tulis tanggal, bulan, dan tahun dilaksanakannya tes.
b. Kurangi dengan cara bersusun dengan tanggal, bulan, dan tahun kelahiran anak
c. Jika jumlah hari yang dikurangi lebih besar, ambil jumlah hari yang sesuai dari angka bulan di depannya (mis.: Agustus: 31hari, September: 30 hari)
d. Hasilnya adalah usia anak dalam tahun, bulan, dan hari (Contoh 1)
e. Ubah usia anak ke dalam satuan bulan jika perlu.
f. Jika pada saat pemeriksaan usia anak di bawah 2 tahun, anak lahir kurang 6 minggu, atau lebih dari HPL, lakukan penyesuaian prematuritas dengan cara mengurangi umur anak dengan.jumlah minggu tersebut (contoh 2)

Tabel 5.1
Contoh 1 Menghitung usia Anak Lahir Normal

	Tahun	**Bulan**	**Hari**
Tanggal tes	2022	08	25
Tanggal lahir	2021	1	15
Usia Anak	**01**	**07**	**10**

Tabel 5.2
Contoh 2 Menghitung usia Anak Lahir Prematur

	Tahun	**Bulan**	**Hari**
Tanggal tes	2022	08	20
Tanggal lahir	2022	-6	-01
Usia anak		**02**	**19**
Prematur 6 Minggu		-01	-14
Penyesuaian Usia anak		01	05

10. Cara Melaksanakan Tes

Pelaksanaan Tes

Dalam pelaksanaan tes ada beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya adalah sebagai berikut (Nugroho, 2009):

a. Semua item harus diujikan sesuai dengan prosedur yang telah terstandardisasi (sesuai pedoman pelaksanaan tes per item)
b. Perlu kerja sama aktif dari anak sebab anak harus merasa tenang aman, senang, sehat (tidak lapar, tidak mengantuk, tidak haus, dan tidak rewel).
c. Harus terbina kerja sama yang baik antara kedua belah pihak.Caranya adalah dengan berkenalan terlebih dulu dengan orang tua, baru kemudian mendekati anak agar ia merasa lebih nyaman dengan kehadiran orang yang baru.
d. Tersedia ruangan cukup yang luas, ventilasi baik, dan berikan kesem yang santai dan menyenangkan.
e. Orang tua harus diberitahu bahwa tes ini bukan tes kepandaian/ 1Q melainkan tes untuk melihat perkembangan anak secara keseluruhan. Beritahukan bahwa anak tidak selalu dapat melaksanakan semua tugas yang diberikan.

f. Item-item tes sebaiknya disajikan secara fleksibel. Akan tetapi, lebih dianjurkan mengikuti petunjuk berikut:
   - Item yang kurang memerlukan keaktifan anak sebaiknya didahulukan, misalnya sektor personal-sosial, baru kemudian dilanjutkan dengan sektor motorik halus-adaptif.
   - Item yang lebih mudah didahulukan. Berikan pujian pada anak jika ia dapat menyelesaikan tugas dengan baik, juga saat ia mampu menyelesaikannya tetapi kurang tepat. Ini ditujukan agar anak tidak segan untuk menjalani tes berikutnya.
   - Item dengan alat yang sama sebaiknya dilakukan secara berurutan agar penggunaan waktu menjadi lebih efisien.
   - Hanya alat-alat yang akan digunakan saja yang diletakkan di atas meja.
   - Pelaksanaan tes pada bayi dalam posisi berbaring sebaiknya dilakukan secara berurutan.
   - Pelaksanaan tes untuk semua sektor dimulai dari item yang terletak di sebelah kiri garis umur, lalu dilanjutkan ke item di sebelah kanan garis umur.

g. Jumlah item yang dinilai bergantung pada lama waktu yang tersedia, yang terpenting pelaksanaannya mengacu pada tujuan tes, yaitu mengidentifikasi perkembangan anak dan menentukan kemampuan anak yang relatif lebih tinggi.

11. Penilaian tes Perilaku

Penilaian perilaku dilakukan setelah tes selesai. Dengan menggunakan skala pada lembar tes, penilaian ini dapat membandingkan perilaku anak selama tes dengan perilaku sebelumnya. Kita boleh menanyakan kepada orang tua atau pengasuh apakah perilaku anak sehari-hari sama dengan perilakunya saat itu. Terkadang anak tengah dalam kondisi sakit, lapar, atau marah sewakta menjalani pemeriksaan tersebut. Jika demikian, tes dapat ditunda dan dilanjutkan pada hari lain saat anak telah kooperatif.

12. Pemberian Skor untuk Setiap Item

Pada setiap item, kita perlu mencantumkan skor di area kotak yang berwarna putih (dekat tanda 50%), dengan ketentuan sebagai berikut (Nugroho, 2009) :

a. L =Lulus/Lewat (*P= Pass*).

   Anak dapat melakukan item dengan baik atau orang tua/ pengasuh melaporkan secara terpercaya bahwa anak dapat menyelesaikan item tersebut (item yang bertanda L).

b. G= Gagal (*F= Fail*).

   Anak tidak dapat melakukan item dengan baik atau orang tua/ pengasuh melaporkan secara terpercaya bahwa anak tidak dapat melakukan item tersebut (item yang bertanda L).

c. M= Menolak (*R= Refusal*).

   Anak menolak untuk melakukan tes untuk item tersebut. Penolakan dapat dikurangi dengan mengatakan kepada anak apa yang harus dílakukannya (khusus item tanpa tanda L).

d. Tak = Tak ada kesempatan (*No = No Opportunity*).

   Anak tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan item karena ada hambatan (khusus item yang bertanda L).

13. Interpretasi hasil

Interpretasi hasil untuk tes ini terdiri atas dua tahap, yaitu penilaian per item dan Penilaian tes secara keseluruhan (Nugroho, 2009):

a. Penilaian Per Item

Ilustrasi untuk penilaian per item dengan kategori sebagai berikut:

1) Penilaian item "Lebih" (*Advance*). Nilai lebih tidak perlu diperhatikan dalam penilaian tes secara keseluruhan (karena biasanya hanya dapat dilakukan oleh anak yang lebih tua). Nilai "Lebih" diberikan jika anak dapat "Lulus/Lewat" (L) dari item tes di sebelah kanan garis usia. Anak dinilai memiliki kelebihan karena dapat melakukan tugas perkembangan yang seharusnya dikuasai oleh anak yang lebih tua.
2) Penilaian item "OK" atau normal. Nilai normal ini tidak perlu diperhatikan dalam penilaian tes secara keseluruhan. Nilai "OK" dapat diberikan pada anak dalam kondisi berikut.
   - Anak "Gagal" (G) atau"Menolak" (M) melakukan tugas untuk item di sebelah kanan garis usia. Kondisi ini wajar, karena item di sebelah kanan garis usia pada dasarnya merupakan tugas untuk anak yang lebih tua. Dengan demikian, tidak menjadi masalah jika anak gagal atau menolak melakukan tugas tersebut karena masih banyak kesempatan bagi anak untuk melakukan tugas tersebut jika usianya sudah mencukupi.
   - Anak " Lulus/Lewat" (L) "Gagal" (G), atau "Menolak" (M) melakukan tugas untuk item di daerah putih kotak (daerah 25%-75%). jika anak lulus, sudah tentu hal ini dianggap normal, sebab tugas tersebut memang ditujukan untuk anak di usia tersebut. Jika anak menolak melakukan tugas masih kita simpulkan OK, Perlu kita ketahui.Anak "Lulus/Lewat" (L), "Gagal" (G), atau "Menolak" (M) melakukan tugas untuk item di daerah putih kotak (daerah putih pada kotak menandakan bahwa sebanyak 25% 75% anak di usia tersebut mampu (Lulus) melakukan tugas tersebut. Dengan kata lain, masih ada sebagian anak di usia tersebut yang belum berhasil melakukannya. Jadi, jika anak gagal atau menolak melakukan tugas pada daerah itu, hal ini masih dianggap wajar, dan anak masih memiliki kesempatan untuk melakukannya pada tes yang akan datang.
3) Penilaian item P= "Peringatan" (*C= Caution*).

   Nilai"Peringatan" diberikan jika anak "Gagal" (G) atau "Menolak" (M) melakukan tugas untuk item yang dilalui oleh garis usia pada daerah gelap kotak (daerah 75%-90%).
4) Penilaian item T "Terlambat" (*D=Delayed*). Nilai "Terlambat" diberikan jika anak "Gagal" (G) atau "Menolak" (M) melakukan tugas untuk item di sebelah kiri garis usia sebab tugas tersebut memang ditujukan untuk anak yang lebih muda.
5) Penilaian item "Tak ada kesempatan" (*No Opportunity*).

   Nilai "Tak" ini tidak perlu diperhatikan dalam penilaian tes secara keseluruhan. Nilai "Tak ada kesempatan" diberikan jika anak mendapat skor "Tak" atau tidak ada kesempatan untuk mencoba atau melakukan tes.

b. Penilaian keseluruhan tes

Hasil interpretasi keseluruhan tes dikategorikan menjadi 3 yaitu, "Normal", "Suspek" dan "tidak dapat diuji". Penjelasan mengenai ketiga kategori tersebut sebagai berikut. (Nugroho, 2009).

1) Normal

Interpretasi **Normal** diberikan jika tidak ada skor "**Terlambat/Delay**" (0) T dan/ atau maksimal 1 "**peringatan/ *caution*** (1 P/C). Jika hasil ini didapat, lakukan pemeriksaan ulang pada kunjungan berikutnya.

2) Suspect

Interpretasi **Suspect** diberikan jika terdapat satu atau lebih skor "Terlambat" (1 T) dan/ atau 2 (dua) atau lebih "Peringatan/*caution*" : (2 P) . Ingat dalam hal ini, T dan P harus disebabkan oleh kegagalan (G), **bukan** oleh penolakan (M). Jika hasil ini didapat, lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu mendatang untuk menghilangkan faktor-faktor sesaat, seperti rasa takut, sakit atau kelelahan.

3) Untestable/ Tidak dapat diuji

Interpretasi **Tidak dapat diuji** diberikan jika terdapat satu atau lebih skor **" Terlambat" (1 T)** dan/atau dua atau lebih **"Peringatan" (2 P).** Ingat, dalam hal ini, T dan P harus disebabkan oleh penolakan (M), bukan oleh kegagalan (G). Jika hasil ini didapat, lakukan uji ulang dalam 1-2 Minggu

C. Rangkuman

Denver Developmental Screening Test (DDST) II adalah sebuah alat klinis yang mudah digunakan untuk identifikasi dini bayi dan anak usia 0-6 tahun dengan keterlambatan perkembangan.

Manfaat pengkajian perkembangan dengan menggunakan DDST bergantung pada usia anak. Pada bayi baru lahir, tes ini dapat mendeteksi berbagai masalah neurologis, salah satunya serebral palsi. Pada bayi, tes ini sering kali dapat memberikan jaminan kepada orang tua atau bermanfaat dalam mengidentifikasi berbagai problema dini yang mengancam mereka.

Aspek perkembangan yang dinilai dalam pemeriksaan DDST II terdiri dari 125 tugas perkembangan. Tugas perkembangan yang diberikan adalah sesuai dengan usia kronologis anak tiap bulan. Alat yang diperlukan dalam pemeriksaan perkembangan anak diberikan sesuai usia anak untuk menunjang pemeriksaan. Ada 4 sektor perkembangan yang dinilai dalam DDST II yaitu *Personal Social, Fine Motor Adaptive, Language* (bahasa), *Gross motor* (gerakan motorik kasar).

Hasil interpretasi keseluruhan tes DDST II dikategorikan menjadi 3 yaitu, "Normal", "Suspek" dan "tidak dapat diuji".

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Kasus:

Lina, dibawa ibunya ke Poliklinik tumbuh kembang anak pada tanggal 19 September 2022, tanggal lahir Lina 5 April 2019.

1. Hitunglah umur Lina dan gambar garis umurnya.
2. Lakukanlah pengukuran perkembangan dengan menggunakan lembaran DDST

3. Tulis hasil pengukuran dan lakukan interpretasi hasil dan pola pertumbuhan pada tabel berikut.

No	Komponen DDST	Hasil Pengukuran	Interpretasi Hasil
1	Motorik Kasar		
2	Bahasa		
3	Morik Halus		
4	Personal sosial		

E. Daftar Pustaka

Ningsih, N.F., Mufidah, A., Wilujeng, A.P., dkk. (2022). *Keperawatan anak*. Media Sains Indonesia.

Narendra, M.S., dkk. (2008). *Tumbuh kembang anak dan remaja*. IPAI. Jakarta. Sagung Seto.

Nugroho, H. S.W. (2009). *Denver Developmental sreening test petunjuk praktis.*Jakarta. EGC.

Soetjiningsih. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. EGC Jakarta.

Biografi Penulis



Ns. Imelda Pujiharti, M.Kep, Sp.Kep.An, MH, Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam As-syafi'iyah Jakarta. Pendidikan dimulai dari AKPER Muhammad Husni Thamrin Jakarta lulus tahun 1995; S1 Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2004. Pada tahun 2012 penulis mendapat Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) KemendikBud di Universitas Indonesia dan menyelesaikan studi Magister Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2015; dan spesialis keperawatan anak Universitas Indonesia lulus 2016; Penulis juga menempuh Magister Hukum di Universitas Islam As-Syafi'iyah lulus 2021. Penulis memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat di ruang anak Rumah sakit mitra keluarga Bekasi dari tahun 1995-1999. Kemudian tahun 2004 sampai sekarang bekerja diFakultas Ilmu Kesehatan Universitas As-syafiiyah sebagai dosen tetap. Mata kuliah yang diampu Keperawatan anak, Keperawatan Dasar, KDK dan Hukum kesehatan.

BAB VI
KONSEP NUTRISI PADA ANAK

Ns. Ninis Indriani, M.Kep., Sp.Kep.An

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan BAB 6 tentang Konsep Nutrisi Pada Anak, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan cara pemberian makanan pada bayi dan anak
2. Menjelaskan Konsep Air Susu Ibu (ASI)
3. Menjelaskan Konsep Makanan Pendamping ASI
4. Menjelaskan Masalah pada Pemberian ASI
5. Menjelaskan Masalah Pada pemberian MPASI

B. Materi

Masa bayi merupakan masa terjadinya proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat dimana proses ini sangat dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang baik dan cukup. Pemberian nutrisi yang tepat pada periode ini, merupakan salah satu upaya untuk mencegah terjadinya *growth faltering* (gagal tumbuh) dan juga mencegah terjadinya obesitas. Secara global pada tahun 2020 diperkirakan 149 juta anak mengalami stunting, 45 juta mengalami wasting dan 38,9 juta mengalami obesitas serta 2,7 juta anak meninggal diperkirakan akibat kekurangan nutrisi. Pemberian nutrisi secara optimal pada periode 2 tahun pertama kehidupan anak dapat menurunkan angka terjadinya mortalitas dan morbiditas, mengurangi risiko terjadinya penyakit kronis serta dapat memgoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Pemberian ASI secara optimal dapat menyelamatkan kurang lebih 820.000 balita setiap tahun. *World health Organization* (WHO) bersama UNICEF merekomendasikan pemberian ASI sejak awal kelahiran dimulai dari inisiasi menyusu dini (IMD) selama 1 jam setelah lahir, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan pemberian MPASI secara tepat dengan tetap memberikan ASI hingga usia 2 tahun (WHO, 2018).

Pemenuhan kebutuhan nutrisi secara seimbang di bulan - bulan pertama kehidupan sangat menentukan pertumbuhan dan perkembangan bayi pada fase selanjutnya. Pada usia 6 bulan pertama, ASI merupakan sumber nutrisi utama bagi pertumbuhan bayi. Akan tetapi setelah usia 6 bulan, ASI saja tidak mencukupi untuk memenuhi energi bagi pertumbuhan. Bayi memerlukan nutrisi tambahan berupa MPASI.

1. Air Susu Ibu (ASI)

Air Susu Ibu merupakan sumber nutrisi yang paling baik bagi bayi. Air Susu Ibu merupakan makanan alami, higienis dan aman untuk bayi. Ballard dan Morrow (2013) menyatakan bahwa ASI tidak hanya berperan sebagai nutrisi, akan tetapi ASI mengandung beberapa faktor yang berfungsi sebagai obat yang berperan besar bagi kesehatan dan kelangsungan hidup bayi.

2. Komposisi ASI

Air susu ibu mengandung sel hidup (makrofag, limfodit, neutrophil dan sel epitel), antibodi dan biokatif lainnya serta protein yang cukup tinggi. Air susu ibu mampu melindungi bayi dari infeksi serta berperan dalam kolonisasi mikrobiota (Harris & Mason, 2017). Air susu ibu merupakan sumber energi bagi bayi serta mengandung senyawa yang berfungsi sebagai kekebalan tubuh. Komposisi ASI akan berubah menyesuaikan dengan kebutuhan bayi. Variasi ASI ini dapat berubah dalam satu kali menyusu atau selama masa menyusui. Komposisi ASI dapat dipengaruhi oleh waktu terakhir menyusui, berat lahir dan dapat juga dipengaruhi oleh faktor ibu seperti usia, asupan nutrisi ibu serta etnis (National Health and Medical Research Council, 2013). Komposisi yang ada di dalam ASi diantaranya adalah:

a. Lemak, merupakan sumber energi terbesar di dalam ASI. Kandungan lemak pada *hind milk* (ASI yang keluar pada akhir sesi menyusui) lebih besar jika dibandingkan dengan foremilk (ASI yang keluar di awal sesi menyusi). Sedangkan jenis asam lemak di dalam ASi tergantung dari asupan nutrisi ibu.
b. Protein. Selama proses pencernaan, protein dipecah menjadi asam amino. ASI mengandung beberapa macam asam amino. Kadar protein akan menurun pada usia 4-6 minggu pertama kehidupan.
c. Karbohidrat, dipecah menjadi glukosa saat terjadi proses pencernaan. Karbohidrat utama adalah laktosa yang membantu memenuhi kebutuhan energi otak bayi dan oligosakarida yang berperan dalam memberi makanan bagi microbiota yang ada di dalam usus sebagai pelindung dari patogen penyebab diare.
d. Vitamin, jumlah sangat bervariasi tergantung dari asupan ibu.
e. Mineral. Komponen utama mineral adalah yodium yang berperan penting dalam pembentukan hormon tiroid. Jumlahnya tergantung dari asupan yang dimakan ibu.
f. Senyawa bioaktif yang berfungsi untuk menjaga saluran pencernaan dan microbiota serta berperan dalam meningkatkan sistem imun.
g. Faktor pertumbuhan. Berfungsi untuk proliferasi sel dan perbaikan jaringan, pertumbuhan dan pematanga neuron, melapisi usus dan memperbaiki kerusakan akibat *necrotizing enterocolitis*.
h. Prebiotik. Oligosakarida berperan aktif dalam merangsang pertumbuhan bakteri baik sehingga dapat mengurangi adanya kolonisasi pathogen.
i. Senyawa imunologi yang mengandung antibodi yang melindungi bayi dari infeksi bakteri, virus dan jamur selama kekebalan tubuh bayi belum baik. Selain itu ASI juga berfungsi sebagai anti inflamasi, anti alergi serta sebagai makrofag bagi petogen.
j. Hormon metabolik yang berfungsi mengatur asupan energi serta meningkatkan sel darah merah dan mencegah terjadinya anemia.

3. Kolostrum

Saat usia kehamilan 16 minggu, terjadi proses lactogenesis I yaitu proses terbentuknya kolostrum, sehingga pada saat bayi lahir, ASI sudah tersedia dalam bentuk kolostrum. Kolostrum mengandung immunoglobulin yang angat tinggi dibandinkan dengan ASI yang matur. Disamping itu koslostrum juga mengandung protein, vitamin yang larut dalam lemak serta faktor pertumbuhan. Kolostrum mengandung oligosakarida 2 kali lipat dibandingkan ASI matur sehingga melapisi dinding usus dan memberikan perlindungan di saat ada patogen yang masuk (Coulthard et al, 2009).

4. Manfaat ASI

Air susu ibu sudah terbukti memberikan manfaat yang banyak bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. National Institute for Health and Care Excellence (2014) menjelaskan bahwa ASI dapat meningkatkan ketajaman penglihatan, meningkatkan perkembangan psikomotor serta meningkatkan perkembangan kognitif anak yang dibuktikan dengan hasil penelitian yang mengukur skor kecerdasan bayi prematur pada saat usia 7-8 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan bayi cukup bulan yang menerima susu formula. Hal ini dapat terjadi karena kosentrasi asam lemaktak jenuh ganda yang cukup tinggi dalam komposisi. Pada awal kehidupan bayi tumbuh dan berkembang dengan pesat, akan tetapi sistem organ bayi kadang belum matur seperti saluran pencernaan, hati, ginjal, saraf dan sistem kekebalan tubuh. Salah satu kelebihan ASI adalah dapat diserap dengan baik oleh tubuh bayi meskipun secara fisiologis organ bayi belum dapat berfungsi dengan maksimal.

Selain itu ASI juga melindungi dari terjadinya penyakit kronis sarta mempengaruhi massa tulang pada masa dewasa kelak (Nutrition Australia, 2018). Disamping manfaat dari ASI, proses menyusui juga memberikan manfaat baik bagi ibu maupun bayi. Proses menyusui dapat meningkatkan psikologis ibu dan bayi. Adanya interaksi yang erat serta kontak fisik antara ibu dan bayi selama proses menyusui akan meningkatkan *bonding attachment*. Proses menyusui dapat mengurangi risiko terjadinya kanker payudara dan kanker ovarium.

Food Standards Australia New Zealand. (2018). melaporkan bahwa ASI mengurangi risiko keparahan pada sejumlah kondisi pada saat bayi dan pada masa kehidupan selanjutnya, diantaranya adalah:

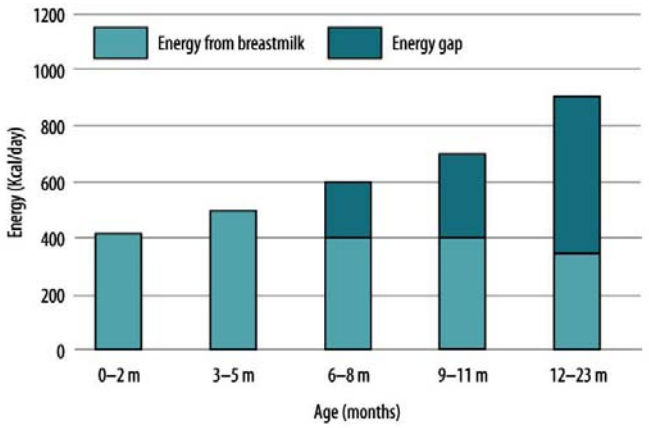
a. Stenosis pilorus
b. Infeksi saluran pencernaan
c. Penyakit pernapasan
d. Otitis media
e. Infeksi saluran kemih
f. Meningitis bakterimia
g. Kematian mendadak pada masa bayi
h. Enterocolitis pada bayi prematur
i. Astma
j. Kanker pada anak
k. Diabetes baik tipe 1 maupun tipe 2
l. Penyakit kardiovaskuler
m. Obesitas pada masa anak-anak dan pada masa dewasa kelak.

   Jika dibandingkan dengan bayi yang diberikan susu formula, bayi dengan ASI memiliki insiden obesitas lebih rendah. Hal ini dapat disebabkan karena asupan protein dalam ASI lebih rendah dibandingkan dengan susu formula. Selain itu di dalam ASI terdapat hormon leptin yang secara moderat melindungi dari kelebihan berat badan melalui pengaturan asupan energi dan nafsu makan (Tabbers et al, 2014).

5. Makanan Pendamping ASI (MPASI)

Air susu ibu mencukupi kebutuhan nutrisi bayi sampai usia 6 bulan. Setelah menginjak usia 6 bulan kebutuhan gizi bayi terus meningkat. Bayi membutuhkan makanan tambahan

untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangannya. Beberapa nutrisi akan turun jika tidak diberikan asupan tambahan ASI, diantaranya adalah zat besi dan seng. Memperkenalkan makanan padat bada bayi usia 6 bulan bukan berarti menghentikan pemberian ASI. Makanan pendamping ASI (MPASI) didefinisikan sebagai makanan semi padat yang mengandung nutrisi yang diberikan kepada bayi selain ASI pada usia 6 bulan. Pada saat pemberian makanan pendamping ASI, ASI tetap di lanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun.



(Sumber: https://www.guesehat.com/informasi-penting-tentang-menu-mpasi-6-bulan)

Gambar 6.1 Jumlah energi dalam ASI sesuai kelompok usia

Gambar diatas menunjukkan pada saat bayi usia 0-5 bulan, energi bayi dapat terpenuhi dari ASI. Pada saat bayi memasuki usia 6 bulan, kebutuhan energi bayi tidak dapat terpenuhi sepenuhnya hanya dari ASI. Terdapat kesenjangan ±200 Kcal dari kebutuhan bayi. Semakin bertambah usia semakin tinggi kesenjangan kebutuhan energi harian bayi. Hal ini menunjukkan setelah usia 5 bulan ASI tidak lagi dapat mencukupi kebutuhan nutrisi bayi. Bayi membutuhkan makanan tambahan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi hariannya (Kemenkes, 2020).

6. Prinsip Pemberian Makanan Pendamping ASI

Pemberian makanan pendamping ASI harus memenuhi beberapa persyaratan, sehingga kebutuhan nutrisi bayi dapat terpenuhi dengan optimal. Syarat pemberian makanan pendamping ASI diantara adalah:

a. Tepat waktu

Makanan pendamping ASI mulai diperkenalkan pada saat bayi sudah menunjukkan tanda-tanda kesiapan makan dan pada saat kebutuhan energi dan nutrisi melebihi yang diberikan ASI. Pada usia 6 bulan bayi mulai beradaptasi dengan makanan yang berbeda, tekstur yang lebih lembek serta cara pemberian makan yang berbeda dari sebalumnya. Tanda bayi siap untuk memulai diperkenalkan dengan makanan padat diantaranya:

- Secara fisik bayi menunjukkan perkembangan menerima makanan padat seperti kemampuan duduk meskipun harus di topang, kepala mampu untuk tegak sehingga bayi tidak akan tersedak.
- Perkembangan dari cara makan yang awalnya menghisap menjadi menggigit. Bayi umumnya dapat mengunyah saat usia 7-9 bulan dan mulai dapat diperkenalkan *soft finger foods* pada usia 8 bulan.
- Reflek ekstruksi lidah sudah hilang dan mulai dapat duduk tanpa ditopang. Hal ini memungkinkan ukuran dan tekstur makanan yang lebih besar atau kentar bisa mulai diperkenalkan.

- Sistem pencernaan yang sudah matur serta produksi enzim pencernaan yang sudah adekuat sehingga mampu melakukan pencernaan karbohidrat di dalam saluran pencernaan.
- Bayi mulai menunjukkan ketertarikan terhadap makanan di lingkungan sekitar, memungkinkan untuk menerima tekstur makanan yang baru. Pada saat inilah orang tua dapat mencoba memberikan makanan padat yang lebih bervariasi.

Ketepatan waktu pengenalan makanan padat sangat penting. Pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini dapat menimbulkan masalah bagi bayi, begitu juga sebaliknya apabila makanan pendamping ASI diperkenalkan terlambat dapat menimbulkan masalah pada pertumbuhan bayi. Makanan padat tidak boleh diperkenalkan pada usia bayi kurang dari 4 bulan. Beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa pemberian makanan pendamping ASI pada usia 6 bulan, terbukti bayi lebih mudah menyesuaikan diri dengan makanan padat yang diperkenalkan. Sebaliknya apabila bayi diberi makanan pendamping ASI terlalu dini mengakibatkan waktu yang dibutuhkan bayi untuk membentuk pola makan yang baru menjadi lebih lama. Beberapa masalah yang dapat ditimbulkan akibat ketidaktepatan waktu pemberian makanan pendamping ASI. Masalah itu diantaranya adalah (Marsh et al, 2013):

1) Pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini
   - Berkurangnya produksi ASI karena bayi lebih sedikit menetek, akibat sudah kenyang dengan maknan padat. Hal ini dapat mengakibatkan bayi mengalami kekurangan gizi.
   - Bayi berisiko untuk mengalami alergi makanan dan terjadinya celiac jika gluten diperkenalkan pada bayi dibawah usia 4 bulan.
   - Bayi akan menolak sendok yang masuk. Hal ini diakibatkan karena reflek ekstruksi masih kuat. Dengan pemberian makanan pendamping ASI secara awal tidak dapat menghilangkan refleks ekstruksi.
   - Paparan pathogen dalam makanan, meningkatkan risiko terjadinya diare pada bayi
   - Meningkatkan risiko terjadinya obesitas.
2) Pemberian makanan pendamping ASI yang terlambat
   - Defisiensi mikronutrien seperti cat besi dan seng. Hal ini dikarenakan ASI saja tidak mampu mencukupi kebutuhan bayi setelah usia menginjak 6 bulan.
   - Keterlambatan perkembangan motoric seperti ketrampilan dalam mengunyah
   - Bayi merasa enggan menerima tekstur makanan yang baru, rasa dari makanan yang meraneka macam, menyebabkan bayi rewel dan menolak untuk makan
   - Bayi berisiko untuk mengalami gangguan pertumbuhan karena nutrisi yang tidak lagi mampu memenuhi kebutuhan bayi
   - Risiko alergi akan meningkat
   - Sistem imun bayi juga akan mengalami gangguan

b. Adekuat

Makanan pendamping ASI hendaknya dapat memenuhi kebutuhan energi, mikronutrien, protein dan zat gizi yang lain, sehingga dapat memenuhi gizi anak yang sedang dalam masa pertumbuhan.

c. Aman

Makanan pendamping ASI disiapkan secara higienis, disimpan dengan baik menggunakan peralatan makan yang bersih. Cara menyiapkan dan menyimpan makanan pendamping ASI yang higienis diantaranya:

1) Selalu menjaga tangan, peralatan makan dan tempat dalam kondisi bersih.
2) Menyimpan makanan yang sudah dimasak terpisah dengan makanan yang mentah, sehingga kemungkinan terkontaminasi makanan yang belum dimasak dapat diminimalkan.
3) memilih bahan makanan yang masih segar dan memasak makanan sampai benar-benar matang, missal daging, telur dan ikan.
4) Menyimpan makanan di almari es dengan menyesuaikan suhu dengan makanan.
5) Menggunakan air bersih yang tidak terkontaminasi oleh mikroorganisme.

d. Memberikan makanan dengan cara yang benar

1) Terjadwal

Jadwal makan terencana, terdapat makanan selingan. Lama pemberian makan jangan sampai lebih dari 30 menit.

2) Lingkungan yang mendukung

Ibu harus mengenal tanda kenyang dan tanda lapar dari bayi. Hal ini menghindari memaksa bayi untuk makan. Ibu juga harus membiaskan anak makan di kursi dan mejanya sehingga anak tidak terbiasa makan sambil jalan-jalan, bermain atau menonton televisi. Anak bisa fokus dengan makanan yang ada di depannya.

3) Prosedur makan

Dalam pemberian makanan pendamping ASI, porsi yang diberikan tidak perlu banyak, karena sifatnya hanya mengenalkan. Bayi mulai di ajarkan untuk makan sendiri meskipun masih berantakan, dan hindari membersihkan mulut saat makan. Bayi mulai dikenalkan dengan makanan selingan yang bisa dipegang sendiri.

7. Jenis Makanan yang Diperkenalkan

Dalam pemberian makanan pendamping ASI tidak ada patokan khusus dari jenis makanan yang harus diperkenalkan di awal usia 6 bulan. Diperlukan variasi makanan dengan kandungan gizi cukup, agar bayi dapat menerima berbagai jenis makanan baru baik dari segi tekstur, aroma maupun rasa makanan. Pengenalan makanan pendamping ASI dimulai dari makanan dengan kandungan zat besi yang cukup tinggi. Diantara makanan yeng mengandung zat besi adalah daging, ikan, tahu, telur, dan berbagai jenis kacang-kacangan. Selain itu diperlukan juga sayuran dan buah buahan serta prosuk susu seperti yogurt dan keju (Harris & Coulthar, 2016). Tekstur makanan pada saat pengenalan makanan pendamping ASI harus sesuai tahap perkembangan bayi. Diawal usia 6 bulan, bayi dapat di ajarkan minum air dari cangkir. Memasuki usia 8 bulan, bayi diperkenalkan dengan cemilan dalam bentuk *finger food*. Menginjak usia 12 bulan bayi dapat diperkenalkan dengan makanan yang dikonsumsi oleh keluarga dengan berbagai macam makanan (Samour & King, 2012).

Di awal pemberian makanan pendamping ASI, bayi mungin akan memuntahkan makanan karena tekstur dan bau yang baru. Kecepatan belajar mengenal makanan antar bayi tidaklah sama. Jumlah makanan yang dapat dikonsumsipun antar bayi tidak sama. Bayi yang dapat memakan beberapa variasi jenis makanan tidak memerlukan suplemen tambahan lagi,

8. Masalah Pada Pemberian Makan Bayi dan Anak

a. Masalah Pada pemberian ASI

Pemberian makanan prelakteal. Makanan prelakteal adalah makanan atau minuman yang diberikan pada bayi baru lahir tanpa adanya indikasi medis sebelum bayi mendapatkan ASI untuk pertama kalinya. Jenis makanan prelakteal antara lain susu formula, air gula, air putih, madu, pisang ataupun MPASI fortifikasi. Pemberian makanan prelakteal dapat menyebabkan bayi tidak mendapatkan kolostrum, selain itu bayi akan menjadi kenyang sebelum bayi minum ASI. Hal ini dapat menimbulkan produksi ASI berkurang karena kurang hisapan dari bayi. Bayi juga dapat terkena gangguan pencernaan seperti diare, karena pencernaan bayi belum siap menerima makanan atau minuman selain ASI.

Bayi juga mengalami masalah saat menyusu kepada ibunya, diantaranya posisi perlekatan pada saat menyusu yang kurang baik, kesulitan menghisap pada bayi prematur, bayi sakit dan mengakibatkan malas menyusu, ataupun bayi mengalami bingung putting.

b. Masalah Pada Pemberian Makanan Pendamping ASI

Pengetahuan ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI cukup penting. Apabila makanan pendamping ASI diberikan tidak sesuai dengan rekomendasi baik dari segi jumlah, tekstur, frekuensi dan variasi sesuai dengan usia bayi, maka bayi akan menolak makanan padat tersebut. Selain pengetahuan dari ibu yang dapat mengakibatkan timbulnya masalah, dari bayi sendiri dapat juga timbul masalah seperti adanya reaksi akan muntah saat diperkenalkan makanan padat, adanya gerakan tutup mulut (GTM) akibat pemberian makanan yang kurang menarik dan kirang bervariasi, pilih-pilih makanan serta adanya mitos yang berkembang dimasyarakat bahwa makanan pendamping ASI dapat diberikan jika gigi bayi sudah tumbuh, menunda mengenalkan makanan yang mengandung protein hewani untuk mencegah alergi serta pemberian makanan pendamping ASI yang lebih encer akan membuat bayi mudah untuk menelan. Beberapa masalah ini dapat mempengaruhi keberhasilan pengenalan makanan pendamping ASI, sehingga pertumbuhan dan perkembangan anak tidak dapat tercapai dengan optimal.

C. Rangkuman

1. Air susu ibu adalah makanan yang terbaik bagi bayi.
2. Menyusi merupakan cara yang paling baik dalam upaya menyediakan makanan pada bayi dan sangat ideal untuk meningkatkan pertumbuhan bayi, selain itu dapat meningkatkan bonding antara ibu dan bayi.
3. Bayi dan anak membutuhkan asupan protein dan lemak lebih banyak, sedangkan serat lebih sedikit dibandingkan dengan orang dewasa.
4. Makanan pendamping ASi dapat diambil dari makanan keluarga dengan memperhatikan kecukupan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral terutama zat besi.

D. Tugas

1. Syarat MPASI yang baik menurut WHO meliputi....
   a. Tepat waktu, enak, adekuat, sehat
   b. Tepat waktu, adekuat, aman dan responsive
   c. Adekuat, bersih, bebas pengawet dan pewarna

d. Adekuat, aman, responsive dan menyesuaikan keadaan anak
e. Tepat waktu, adekuat, diberikan dengan feeding rules, banyak sayur dan buah

2. Farel bayi laki-laki, usia 6 bulan mulai diperkenalkan MPASI sejak 1 minggu yang lalu. MPASI yang diberikan terdiri dari bubur nasi, wortel, daging ayam dan kaldu. Sebagai makanan selingan ibunya juga memberikan pisang. Jenis zat gizi apa yang dapat berisiko kekurangan pada Farel ?
   a. Protein
   b. Zat besi
   c. Vitamin B12
   d. Vitamin A
   e. Vitamin D
3. Pernyataan yang benar tentang MPASI adalah
   a. MPASI komersil sebaiknya tidak diberikan karena mengandung pengawet
   b. MPASI komersil dapat menjadi alternatif karena telah difortifikasi mikronutrien
   c. Semua MPASI komersil yang ada di pasaran aman di konsumsi bayi
   d. MPASI komersil jarang menimbulkann alergi bila diberikan pada bayi alergi susu sapi
   e. MPASI komersil lebih variative dibandingakan MPASI homemade
4. Makanan di bawah ini merupakan jenis makanan yang terbukti menurunkan stunting
   a. Kacang hijau
   b. Kacang tanah
   c. Ikan kembung
   d. Tempe
   e. Pisang

E. Referensi

Coulthard H, Harris G, Emmett P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal & child nutrition, 5*(1):75-85.

Food Standards Australia New Zealand. (2018). *Caffeine. Food Standards Australia New Zealand*.

Harris G, Mason S. (2017). Are there sensitive periods for food acceptance in infancy? *Current nutrition reports;6*(2):190-6.

Harris G, Coulthard H. (2016). Early eating behaviours and food acceptance revisited: breastfeeding and introduction of complementary foods as predictive of food acceptance. *Curr Obes Rep, 5*(1):113-20.

Kemenkes. (2020). Pedoman pemberian makan bayi dan anak. Kementrian Kesehatan republic Indonesia.

Nutrition Australia. (2018). Dairy foods - how much is enough? : Nutrition Australia; 2018 [13 August 2018]. Available from: http://www.nutritionaustralia.org/national/resource/dairy-foods-how-much-enough

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Maternal and child nutrition* London: 2014.

National Health and Medical Research Council (2012). *Infant feeding guidelines: information for health workers*. Canberra: NHMRC.

National Health and Medical Research Council. (2013). *Eat for Health Educator Guide*. In:
National Health and Medical Research Council, editor. Australian Government. Canberra.
Marsh KA, Munn EA, Baines SK. (3013). Protein and vegetarian diets. *The Medical Journal of Australia, 99*(4):7-10.
Raymond J, Mahan L. (2014). *Krause's Food and Nutrition Care Process*. 14th ed: Elsevier.
Samour, P.Q & King, K. (2012). *Pediatric Nutrition*. 4th ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning
Tabbers M, DiLorenzo C, Berger M, Faure C, Langendam M, Nurko S, et al. (2014). Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN, 58(2):258-74
World Health Organization. Infant and Young Child Feeding. (2018) [Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding.

Biodata Penulis



Ninis Indriani. Lahir di Banyuwangi, 24 Desember 1978. Karir penulis dimulai pada tahun 2008 sampai sekarang. Penulis memulai pendidikan di Akper Blambangan Banyuwangi pada tahun 2000, kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Stikes Surya Mitra Husada Kediri pada tahun 2007. Penulis melanjutkan jenjang Pendidikan di program Magister Keperawatan di Universitas Indonesia dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2014. Untuk mendalami keilmuan di bidang anak, penulis melanjutkan di program spesialis di Universitas Indonesai dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2015. Penulis aktif sebagai peneliti di bidang sesuai kepakaran. Beberapa penelitian yang dilakukan mendapatkan pendanaan dari Kemristek DIKTI. Email Penulis: ninisindriani@gmail.com

BAB VII
HOSPITALISASI

Maria Kareri Hara, S. Kep. Ns., M. Kes

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu menjelaskan konsep hospitalisasi, factor penyebab stress hospitalisasi pada anak, reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia perkembangan, faktor-faktor yang mempengaruhi anak dalam berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi, peran orang tua dalam mendampingi anak yang hospitalisasi dan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengurangi dampak hospitalisasi pada anak.

B. Materi Konsep Hospitalisasi

Pada topik ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang dampak hospitalisasi pada anak yang meliputi pengertian, manfaat, factor penyebab stress, reaksi anak terhadap hospitalisasi, peran orang tua serta peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan hospitalisasi.

1. Pengertian hospitalisasi

Menurut WHO hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam ketika anak menjalani suatu proses dimana karna suatu alasan atau keadaan darurat yang mengharuskan anak tersebut tinggal di RS untuk mendapatkan perawatan sampai pulang kembali ke rumah. Hospitalisasi juga dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang memaksa seseorang harus menjalani rawat inap dirumah sakit untuk menjalani pengobatan maupun terapi yang dikarenakan anak tersebut mengalami gangguan Kesehatan atau sakit. Pengalaman hospitalisasi yang dialami anak selama rawat inap tidak hanya mengganggu psikologi tapi juga akan sangat berpengaruh psikologi anak dalam berinteraksi terutama pada pihak rumah sakit termasuk perawat sebagai pemberi asuhan (Y. Utami, 2014).

2. Manfaat hospitalisasi pada anak dan orang tua

a. Membantu perkembangan rang tua dan anak dengan cara memberi kesempatan orangtua mempelajari tumbuh kembang anak dan reaksi anak terhadap stressor yang dihadapi selama dalam perawatan dirumah sakit.
b. Hospitalisasi dapat dijadikan media untuk belajar untuk orang tua, perawat dapat memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang penyakit anak, pengobatan yang diperoleh dan prosedur tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada anak sesuai kemampuan orang tua untuk belajar.
c. Memfasilitasi anak untuk menjaga proses sosialisasinya dengan sesame pasien anak yang ada, teman sebaya atau teman sekolah, berikan kesempatan kepada mereka untuk bermain Bersama saling kenal dan berbagi pengalaman dengan tetap memperhatikan usia anak dan penyakitnya. Komunikasi atau interaksi antara petugas Kesehatan dan orang tua juga perlu mendapatkan perhatian dari perawat untuk memfasilitasi agar proses sosialisasisebagai tempat yang baru dapat berjalan dengn baik.

d. Meningkatkan kemampuan control diri anak dilakukan dengan cara memberi anak untuk mengambil keputusan, percaya diri dan tidak terlalu bergantung pada orang lain, ini berlaku pada anak yang sudah besar, selalu memberikan penguatan dan pujian atas kemampuan yang dicapai anak dan orang tua,.

3. Faktor penyebab stress hospitalisasi pada anak

Faktor yang menyebabkan stress pada anak akibat hospitalisi (Wong D.L. & Whaly, 2004), adalah:

a. Lingkungan

Pasien anak saat dirawat dirumah sakit akan mengalami lingkungan yang baru atau lingkungan asing yang dapat menimbulkan rasa takut dan cemas.

b. Berpisah dengan keluarga atau orang terdekat.

Pasien anak yang dirawat dirumah sakit akan merasa kesepian karena jauh dari keluarga dan suasana rumah yang menyenangkan.

c. Kurang informasi

Pasien anak akan merasa takut bila tidak mengetahui apa yang akan dilakukan perawat atau dokter, anak yang lebih besar akan kuatir tentang penyakitnya dan akibat yang timbul karena sakit, takut tidak diterima kelompok bermain akibat sakit.

d. Masalah pengobatan

Pasien anak akan merasa takut terhadap prosedur pengobatan yang dia terima, pasien anak merasa setiap tindakan pengobatan yang diberikan akan menimbulkan rasa sakit. Peran parawat disini sangat penting yaitu mengerti tentang kebutuhan perawatan sesuai tumbuh kembang anak, perawat harus mampu memenuhi kebutuhan anak termasuk mengurangi stress akibat hospitalisasi.

4. Reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia perkembangan

a. Bayi (0 -11 bulan)

Pembentukan rasa percaya diri dan pembinaan kasih sayang terganggu pada bayi yang berpisah dengan orang tua akibat hospitalisasi atau lainnya. Pada bayi usia 6 bulan kebawah sulit untuk memahami secara bagai mana reaksi bayi bila di rawat ,karena belum dapat mengungkapkan apa yang di rasakannya. Sedangkan pada bayi dengan usia yang lebih dari 6 bulan akan banyak menunjukan perubahan. Pada bayi usia 8 bulan atau lebih telah mengenal ibunya sebagai orang dekat yang berbeda dengan dirinya, sehinga akan terjadi "*Stranger Anxiety*"(cemas pada orang yang tidak dikenal), sehinga bayi akan menolak orang baru yang belum di kenal. Kecemasan ini ditunjukkan dengan menangis,marah dan pengerakan yang berlebihan. Disamping itu bayi juga telah merasa memiliki ibunya, sehingga bila berpisah dengan ibunya akan menimbulkan "Separation Anxiety "(cemas akan berpisah). Hal ini akan kelihatan jika bayinya di tinggalkan oleh ibunya, maka akan menangis sejadi - jadinya, melekat dan sangat tergantung dengan kuat.

b. *Toddler* (1-3 tahun)

Anak usia *toddler* belum mampu berkomunikasi dengan mengunakan Bahasa yang memadai dan pengertian terhadap realita terbatas. perpisahan anak dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan orang yang terdekat bagi diri anak dan lingkungan yang dikenal serta akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas.

Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

1) Tahap protes (*protest*)

   Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil manggil ibunya dan bertingkah laku agresif dengan tujuan agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin di tinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang lain atau lingkungan asing.

2) Tahap putus asa (*Despair*)

   Pada tahap ini anak tampak tenang, menagis berkurang tidak aktif kurang minat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri , sedih dan apatis.

3) Tahap Menerima

   Pada tahap ini secara samar - samar anak menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta kelihatan mulai menyukai lingkungan.

Toddler telah mampu menunjukan kestabilan dalam mengontrol dirinya dengan mempertahankan kegiatan rutin seperti makan,tidur,mandi, toileting dan bermain, akibat sakit dan di rawat di rumah sakit, anak akan hilang kebebasan dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya, Hal ini akan menimbulkan regresi. Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap kerergantungan dengan negatifisik dan agresif. Jika kerergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronik) maka anak akan berespon dengan menarik diri dari hubungan interpersonal.

c. Pra sekolah (3 - 6 tahun)

Anak usia prasekolah telah dapat menerima perpisahan dengan orang tuannya dan anak juga dapat membentuk rasa percaya kepada orang lain walaupun demikian anak tetap merindukan keluarganya. Akibat perpisahan pada anak usia prasekolah akan menimbulkan reaksi seperti : menangis pelan - pelan, menolak makan, sering bertanya misalnya : kapan orang tuanya berkunjung, tidak koperatif terhadap aktifitas sehari - hari.

Kehilangan control pada anak usia pra sekolah bisa terjadi karena adanya pembatasan aktifitas sehari-hari dan karena kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya dihambat. Anak akan berespon dengan perasaan malu,bersalah dan takut.

Anak usia pra sekolah juga sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh, mereka menjadi ingin tahu dan bingung melihat seseorang dengan ganguan pengelihatan atau keadaan tidak normal, pada usia ini anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa Tindakan dan prosedur Tindakan mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif ekspesif verbal dan depandensi.

Anak juga akan menangis,bingung, khususnya bila keluar darah dari tubuhnya. Maka sulit bagi anak untuk percaya bahwa tindakan mengukur tekanan darah, mengukur suhu perrektal dan prosedur Tindakan lainnya tidak akan menimbulkan perlukaan.

d. Sekolah (6 - 12 tahun)

Anak usia sekolah yang sakit Dan di rawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan teman sekolah atau teman sebayanya, takut kehilangan keterampilan,

merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu di temani oleh orang tuanya.

Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif (T. Utami, 2018). Akibat di rawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan control dan kekuatan. Hal ini terjadi karna adanya perubahan dalam peran, kelemahn fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privacy, pemakaian kursi roda dan lain-lain.

Anak telah dapat mengepresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri.

e. Remaja (12 - 18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang di rawat di rumah sakit adalah akibat perpisahan dengan teman teman sebaya dan kelompok anak tidak akan takut berpisah dengan orang tua akan tetapi takut kehilanga status dengan teman seelompok. Kecemasan lain di sebabkan oleh akibat yang di timbulkan oleh akibat penyakit fisik,kecacatan serta kurangnya "privacy" sakit dan di rawat merupakan ancaman terhadap identitas diri,perkembagan dan kemampuan anak.reaksi yang di timbulkan bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasan terancam sehingga anak tidak kooperatif,menarik diri, mara atau frustasi. Remaja sangat cepat mengalami perubahan body image selama perkembangannya. Adanya perubahan dalam body image akibat peyakit atau perbedaan dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak man. Remaja akan berespon dengan banyak bertanya, menarik diri dan menolak orang lain.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi anak dalam berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi

Setiap anak mempunyai respon yang berbeda terhadap penyakit dan hospitalisasi. Beberapa faktor yang mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi (James & Ashwill, 2007); , adalah:

a. Umur dan perkembangan kognitif

Tingkat perkembangan anak mempengaruhi reaksi anak terhadap penyakit. Perkembangan anak pada usia prasekolah adalah membentuk konsep sederhana tentang kenyataan sosial, belajar membina hubungan emosional dengan orang lain dan belajar membina hubungan baik dan buruk dengan orang lain. Perbedaan- perbedaan tersebut harus dipertimbangkan saat merencanakan asuhan keperawatan. Persiapan rawat inap dan prosedur yang akan dilakukan didasarkan pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

b. Respon orang tua terhadap penyakit dan hospitalisasi

Orang tua dan anak mengalami kecemasan saat anak dihospitalisasi. Kecemasan yang terjadi pada orang tua ini dapat meningkatkan kecemasan anak. Orang tua kadang tidak menjawab pertanyaan anakdan tidak menjelaskan yang sebenarnya karena khawatir anak menjadi takut dan cemas. Orang tua takut membuat bingung anak dan menurunkan tingkat kepercayaan anak.

c. Persiapan anak dan orang tua

Metode yang dapat dilakukan untuk menyiapkan anak dalam menjalani hospitalisasi adalah mengerti kebutuhan individu dari anak tersebut. Perawat harus mempertimbangkan umur,

tingkat perkembangan, keterlibatan keluarga, waktu, status fisik dan psikologi anak, faktor sosial budaya dan pengalaman terhadap sakit maupun pengalaman merawat anak.

d. Ketrampilan koping anak dan keluarga

Koping merupakan suatu proses dalam menghadapi kesulitan untuk mendapatkan penyelesaian masalah. Koping anak terhadap penyakit atau hospitalisasi dipengaruhi oleh usia, persepsi terhadap kejadian yang dialami, hospitalisasi sebelumnya dan dukungan dari berbagai pihak.

e. Manfaat psikologis dari hospitalisasi

Hospitalisasi dianggap hanya menyebabkan dampak negatif terhadap status psikologis anak menurut beberapa orang tua, sesungguhnya manfaat psikologis akibat hospitalisasi karena penyakit yang diderita anak dapat meningkatkan perkembangan yang positif dari keterampilan koping anak dan meningkatkan harga diri, Anak lebih percaya diri dalam mengurangi kecemasan selama dihospitalisasi dan lebih mampu untuk melakukan perawatan diri sendiri.

6. Peran Orang Tua dalam Mendampingi Anak Hospitalisasi

Peran serta orang tua dalam meminimalkan dampak hospitalisasi (Ambarwati & N., 2015), adalah :

a. Lakukan rooming in, dimana Orang tua tinggal bersama dengan anak selama sakit sehingga mengurangi kecemasan pada anak. berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara orang tua tinggal bersama selama 24 jam, minimal salah satu ayah atau ibu secara bergantian dapat mendampingi anak selama sakit.

b. Apabila tidak bisa rooming in, orang tua tetap bisa melihat anak setiap saat dengan maksud mempertahankan kontak antar mereka. Orang tua bisa tetap berada disekitar ruang rawat sehingga bisa dapat melihat anak.

c. Mempersiapkan psikologis anak untuk tindakan prosedur yang akan dilakukan dan memberikan penguatan psikologis anak. Selain itu orang tua juga memberikan penjelasan bahwa tindakan yang akan diterima untuk membantu penyembuhan penyakit anak.

d. Mendampingi anak pada saat mendapatkan tindakan atau prosedur yang menimbulkan rasa sakit/nyeri. Apabila orang tua tidak dapat menahan diri atau tidak tega melihat anak maka ditawarkan pada orang tua untuk mempercayakan kepada perawat.

7. Peran Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Anak pada saat Dihospitalisasi

Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan pada anak yang dihospitalisasi antara lain:

a. Persiapan hospitalisasi

Proses persiapan hospitalisasi yang dapat dilakukan adalah orientasi keliling rumah sakit, pertunjukan menggunakan boneka dan permainan yang menggunakan miniatur peralatan rumah sakit yang nanti akan dijumpai anak pada saat pemberian perawatan. Persiapan bisa menggunakan buku-buku, video atau film yang menceritakan seputar kondisi di rumah sakit (Hockenberry *et al*., 2017)

b. Mencegah dan meminimalkan perpisahan terutama pada anak usia < 5 tahun.

1) *Rooming in* dimana orang tua dan anak tinggal Bersama dalam satu kamar,

2) Partispasi orang tua, Pendampingan anak oleh orang tua setiap saat dapat membantu mengurangi kecemasan anak. Memberikan kesempatan orang tua meapkan makan atau memandikan

3) Membuat ruang rawat seperti situasi dirumah dengan mendekorasi dinding memakai pos atau kartu bergambar sehingga anak merasa nyam

c. Meminimalkan kehilangan kendali

Pembatasan fisik atau imobilisasi pada ekstremitas untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah jika anak kooperatif sedangkan untuk bayi dan toodler kehadiran orang tua sangat penting untuk mengurangi stress akibat pembatasan fisik, mempertahankan rutinitas anak, mendorong kemandirian dan meningkatkan pemahaman akan meningkatkan rasa nyaman pada anak.

d. Mencegah dan meminimalkan ketakutan akan cedera tubuh

Anak dalam menghadapi prosedur yang menyakitkan akan dihantui rasa cemas dan takut akan nyeri. Peraat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang akan ditemui jika ia merasa takut, Tehnik manipulasi prosedural untuk setiap kelompok umur dapat meminimalkan ketakutan terhadap cedera tubuh. Intervensi yang paling mendukung adalah dengan prosedur yang tepat dan secepat mungkin serta mempertahankan kontak orang tua dengan anak.

e. Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan perkembangan

Menjaga perkembangan anak saat dihospitalisasi merupakan salah satu tujuan dari asuhan keperawatan anak sehingga berbagai cara dilakukan untuk meminimalkan perpisahan, memberikan kesempatan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas- aktivitas yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

f. Memberikan kesempatan untuk bermain

Bermain sangat penting untuk perkembangan mental, emosional dan kesejahteraan sosial anak. Kebutuham bermain tidak dapat dihentikan sewaktu anak mendapat perawatan di rumah sakit sehingga program bermain buat anak sakit tetap dilakukan dengan menyesuaikan dengan kondisi anak dan tingkat perkembangannya (Drake *et al*., 2012).

g. Mendorong partisipasi orang tua dan sibling

Memberi informasi sehubungan dengan penyakit, pengobatan dan prosedur keperawatan, reaksi emosional terhadap sakitnya. Mempertahankan kontak antara anak dan orang tua dapat mencegah atau meminimalkan stress hospitalisasi pada anak. Pendekatan terbaik adalah menganjurkan orang tua untuk tetap bersama anak dan berpartisipasi dalam perawatan jika memungkinkan. Melibatkan sibling juga penting karena mengunjungi saudara yang sakit juga mengurangi stress pada anak staf rumah sakit harus menghargai kelanjutan kedekatan orang tua dan anak. Orang tua selalu dilibatkan dalam membuat perencanaan asuhan keperawatan dan berperan dalam pemulihan kondisi anak.

C. Rangkuman

1. Hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam ketika anak menjalani suatu proses dimana karna suatu alasan atau keadaan darurat yang mengharuskan anak tersebut tinggal di RS untuk mendapatkan perawatan sampai pulang kembali ke rumah
2. Manfaat hospitalisasi bagi orang tua dan anak adalah memberi kesempatan orang tua mempelajari tumbuh kembang anak, juga menjadi media belajar orang tua, perawat dapat

memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang penyakit anak, pengobatan yang diperoleh dan prosedur Tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada anak

3. Faktor penyebab stress hospitalisasi pada anak adalah lingkungan, Berpisah dengan keluarga atau orang terdekat, pengobatan/ tindakan keperawatan dan kurang informasi
4. Reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia tumbuh kembang anak, mulai dari bayi sampai dengan remaja.
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi anak dalam berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi adalah : Umur dan perkembangan kognitif, Respon orang tua terhadap penyakit dan hospitalisasi, Persiapan anak dan orang tua, Ketrampilan koping anak dan keluarga, Manfaat psikologis dari hospitalisasi
6. Peran serta orang tua dalam meminimalkan dampak hospitalisasi adalah dengan tidak meninggalkan anak sendirian, mendampingi,memberi motivasi dan penjelasan terkait tindakan pengobatan dan perawatan dirumah sakit.
7. Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan pada anak yang dihospitalisasi al: Persiapan hospitalisasi, Mencegah dan meminimalkan perpisahan, Meminimalkan kehilangan kendali, Mencegah dan meminimalkan ketakutan akan cedera tubuh, Memberikan kesempatan untuk bermain dan Mendorong partisipasi orang tua.

D. Tugas

1. Hospitalisasi dibutuhkan anak karena :
   a. Mendapatkan perawatan
   b. Tempat bermain
   c. Meningkatkan tumbuh kembang
   d. Berkumpul dengan orang tua
   e. Mempercepat penyembuhan
2. Hospitalisasi pada anak merupakan pengalaman yang dapat menyebabkan cemas
   a. Anak dan keluarga
   b. Teman sebaya
   c. Perawat yang merawat
   d. Keluarga besar anak
   e. Guru wali dari anak
3. Apakah respon yang di tunjukkan anak usia toodler akibat perpisahan dengan orang tua, yang merupakan tahap pertama adalah
   a. Tahap protes
   b. Putus asa
   c. Menolak
   d. Menerima
   e. Tawar menawar
4. Anak tidak mau digendong oleh orang lain, anak menangis sekuat kuatnya memeluk ibunya dengan erat, reaksi ini merupakan reaksi penolakan pada anak usia
   a. Usia 8 bulan
   b. 12 bulan

c. 2 tahun
d. 3 tahun
e. < 6 bulan

5. Separation anxiety merupakan reaksi hospitalisasi yang sering terjadi pada anak usia :
   a. Bayi
   b. Toodler
   c. Prasekolah
   d. Sekolah
   e. Remaja
6. Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat dirumah sakit adalah akibat dari
   a. Berpisah dengan orang tua
   b. Berpisah dengan orang dekat
   c. Kehilangan pekerjaan
   d. Berpisah dengan teman kelompok
   e. Kurangnya perhatian
7. Peran perawat untuk mengurangi hosptalisasi mencegah/meminimalkan dampak perpisahan pada anak usia <5 tahun adalah
   a. Rooming in
   b. Partisipasi teman sebaya
   c. Partisipasi wali kelas
   d. Partisipasi kelompok bermain
   e. Membuat ruang perawatan sebagus mungkin
8. Menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau tingkah laku agresif ini merupakan respon anak pada tahap:
   a. Menerima
   b. Bargaining
   c. Depresi
   d. Menolak
   e. Protes
9. Analitic depression adalah reaksi hospitalisasi yang sering terjadi pada anak usia :
   a. Bayi
   b. Toodler
   c. Prasekolah
   d. Sekolah
   e. Remaja
10. Perasaan malu, bersalah dan takut merupakan reaksi kehilangan kontrol karena adanya pembatasan aktifitas sehari hari, ini terjadi pada anak usia
    a. Bayi
    b. Toodler

c. Prasekolah

d. Sekolah

e. Remaja

E. Referensi

Ambarwati, F. R., & N., N. (2015). *Buku Pintar Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Cakrawala Ilmu.

Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A. V., Martinez, D. M., & Massey, M. (2012). Evaluation of a coping kit for children with challenging behaviors in a pediatric hospital. *Pediatric Nursing*, *38*(4), 215-221.

Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). Wong's Essentials of Pediatric Nursing. In *Elsevier* (Tenth). Elsevier.

James, S. R., & Ashwill, J. W. (2007). *Nursing care of children : principles & practice* (Third edit). Saunders Elsevier.

Utami, T. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak* (Y. Supartini (ed.)). AIPViKI.

Utami, Y. (2014). Dampak Hospitalisasi Terhadap Perkembangan Anak. *Jurnal Ilmiah WIDYA*, *2*, 9-20.

Wong D.L., & Whaly. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* (6th ed.). EGC.

F. Glosarium

Protes	: Menentang sesuatu yang tidak disukai.
Hospitalisasi	: Keadaan kritis pada anak sakit dan membutuhkan perawatan dan tinggal dirumah sakit.
Atranger Anxiety	: Cemas pada orang yang tidak dikenal.
Ceparation anxiety	: Cemas pada anak akibat berpisah dengan orang tua atau orang terdekat.
Rooming in	: Penggabungan ruang rawat atau orang tua tinggal Bersama anak dalam satu ruangan dimana anak diawat.
Separation Anxiety	: Menggambarkan rasa takut atau kecemasan saat harus berpisah dengan sesuatu atau seseorang.
Toddler	: Anak yang berada antara rentang usia 12-36 bulan.
Analitic depression	: Kondisi saat bayi yang terpisah dalam jangka panjang dari ibu atau pengasuh utama, yang cenderung menunjukkan gangguan fisik, intelektual, sosial, dan emosional.
Bedrest	: Perawatan kedokteran yang melibatkan berbaringnya pasien di tempat tidur untuk suatu jangka yang sinambung
Stressor	: Faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres

Biografi Penulis



Maria Kareri Hara, S. Kep. Ns., M. Kes, Penulis lahir di Kondamara- lewa (sumba Timur) pada tanggal 10 februari 1967. Penulis lulus SPK Depkes Waingapu tahun 1988, tamat DIII keperawatan keguruan Tidung Ujung Pandang tahun 1996, Tamat S1 Keperawatan dan ners tahun 2003 di Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya, kemudian melanjutkan Pendidikan magister Ilmu Kesehatan masyarakat di fakultas kedokteran Udayana (UNUD) tamat tahun 2013.

Awal meniti karir sebagai perawat pelaksana di RSUD TC Hillers maumere tahun 1990 -1996, tahun 1997 - tahun 2000 sebagai guru di SPK depkes di Kabupaten SumbaTimur, tahun 2003 sampai sekarang sebagai dosen di prodi keperawatan waingapu Poltekkes kemenkes kupang. Tahun 2009 - 2011 sebagai Ketua progsus DIII keperawatan di waikabubak, pada tahun 2018 sampai sekarang sebagai ketua Program Studi DIII keperawatan waingapu. Pengalaman organisasi sebagai ketua PKK kecamatan pandawai tahun 2011 - 2014, wakil ketua darmawanita, sebagai anggota dan penasehat PPNI kab sumba timur tahun 2018 sampai sekarang, aktif sebagai ketua komisi lansia, aktif penelitian dan pengabmas.

BAB VIII
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

Feni Amelia Puspitasari, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar diharapkan anda mampu:

1. Menjelaskan penilaian, klasifikasi, tindakan/ pengobatan pada balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun:
   a. Memeriksa tanda bahaya umum dengan Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA), gangguan pernapasan, diare, infeksi dengue, status HIV, dan status imunisasi.
   b. Memberikan tindakan pada anak kejang dan cairan tambahan pada anak infeksi dengue.
   c. Memberikan konseling pada ibu tentang pemberian makan untuk anak sehat maupun sakit.
2. Menjelaskan penilaian, klasifikasi, tindakan/ pengobatan pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan:
   a. Memeriksa bayi dengan ikterus.
   b. Memberikan tindakan cara menghangatkan tubuh bayi dan metode kanguru.
   c. Memberikan konseling ibu tentang cara menyusui dengan baik, cara meningkatkan produksi ASI, dan cara menyimpan ASI perah.

B. Hasil Penelitian terkait Penerapan MTBS

1. Faktor yang berpengaruh signifikan dalam pelaksanaan program MTBS adalah kejelasan standar dan tujuan, sumber daya, komunikasi antar unit, karakteristik pelaksana, sosial ekonomi masyarakat, sikap, dan ketersediaan infrastruktur (Tat, dkk, 2021).
2. Ada hubungan antara penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi umur 2-12 bulan (Kowaas, dkk, 2017).
3. Ada hubungan antara penerapan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) diare dengan kesembuhan diare pada balita (Mu'is, dkk, 2014).

C. Materi Balita Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun

1. Memeriksa tanda bahaya umum dengan Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA)

SAGA dilakukan dengan memeriksa 5 kondisi penampilan, 4 usaha napas, dan 3 sirkulasi



Gambar 1. Segitiga SAGA

TANYAKAN:

- Apakah anak bisa minum atau menyusu?
- Apakah anak memuntahkan semua makanan dan minuman?
- Apakah anak pernah kejang selama sakit ini?

LIHAT dan DENGAR:

TENTUKAN PENAMPILAN:

- Apakah anak kejang?
- Apakah anak tidak dapat berinteraksi dengan lingkungan atau tidak sadar?
- Apakah anak gelisah, rewel, dan tidak dapat ditenangkan?
- Apakah anak mempunyai pandangan kosong atau mata tidak membuka?
- Apakah anak tidak bersuara atau justru menangis melengking?

TENTUKAN USAHA NAPAS:

- Apakah terdapat tarikan dinding dada ke dalam?
- Apakah terdengar stridor?
- Apakah terdapat napas cuping hidung?
- Apakah anak mencari posisi paling nyaman dan menolak berbaring?

TENTUKAN SIRKULASI:

- Apakah anak tampak pucat?
- Apakah tampak warna biru (sianosis)?
- Apakah tampak gambaran kutis marmorata atau kulit seperti marmer?



Gambar 2. Kutis marmorata atau kulit seperti marmer

KLASIFIKASI STATUS KEGAWATAN

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
Terdapat satu atau lebih gejala/ tanda pada setiap komponen penampilan DAN usaha napas DAN sirkulasi	GAGAL JANTUNG PARU	• Lakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD) • RUJUK SEGERA
Terdapat satu atau lebih tanda berikut: • Tidak bisa minum atau menyusu • Memuntahkan semua makanan dan minuman • Pernah kejang selama sakit ini • Ditemukan satu atau lebih gejala/ tanda pada komponen penampilan ATAU usaha napas ATAU sirkulasi	PENYAKIT SANGAT BERAT	• Jika sedang kejang, beri diazepam • Jika ada stridor, pastikan tidak ada sumbatan jalan napas • Berikan oksigen 3-5 L/ menit melalui *nasal prongs* dengan perangkat oksigen standar (tabung O_2 dan *humidifier*) • Cegah agar gula darah tidak turun • Jaga tubuh anak tetap hangat • RUJUK SEGERA
Tidak terdapat salah satu gejala/ tanda di atas	STABIL	Tidak perlu tindakan

2. Pneumonia pada Anak

Apakah anak menderita batuk dan/ atau sukar bernapas?
Jika Ya,

TANYAKAN:
Berapa lama?

LIHAT, DENGAR, dan PERIKSA:
(Anak harus dalam keadaan tenang)

- Hitung napas dalam 1 menit*
- Lihat apakah ada tarikan dinding dada ke dalam
- Lihat dan dengar adanya *wheezing*
- Periksa dengan *pulse oxymeter* (jika ada) untuk menilai saturasi oksigen

KLASIFIKASIKAN BATUK DAN/ ATAU SUKAR BERNAPAS

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
• Tarikan dinding dada ke dalam ATAU • Saturasi oksigen ≤ 92%	PNEUMONIA BERAT	• Beri oksigen 1-4 L/ menit dengan menggunakan *nasal prongs* • Beri dosis pertama antibiotik yang sesuai • Obati *wheezing* bila ada • RUJUK SEGERA**
Napas cepat	PNEUMONIA	• Beri amoksisilin 2x sehari selama 3 hari atau 5 hari*** • Beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman • Obati *wheezing* bila ada • Apabila batuk ≥ 2 minggu, RUJUK untuk pemeriksaan TB dan sebab lain • Kunjungan ulang 2 hari • Nasihati kapan harus kembali segera
• Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) • Tidak ada napas • cepat	BATUK BUKAN PNEUMONIA	• Beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman • Obati *wheezing* bila ada • Apabila batuk ≥ 2 minggu, lacak kemungkinan TB • Kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan • Nasihati kapan harus kembali segera

Umur anak:	**Napas cepat apabila:**
2 bulan - < 12 bulan	50 kali atau lebih per menit
12 bulan - < 5 tahun	40 kali atau lebih per menit

* Hitung napas dengan menggunakan ARI *sound timer* atau arloji yang mempunyai jarum detik

** Jika rujukan tidak memungkinkan, tangani anak sesuai dengan pedoman nasional rujukan pneumonia atau sebagaimana pada Buku Saku Tatalaksana Anak di RS

***Pemberian amoksisilin oral untuk 5 hari dapat digunakan pada pasien dengan pneumonia disertai klasifikasi infeksi HIV terkonfirmasi dan terpajan HIV

- Dimaksud dengan RUJUK di sini adalah ke Dokter Puskesmas, Puskesmas Perawatan, atau Rumah Sakit
- Tindakan pra rujukan tertulis dengan cetakan tebal
- Tatalaksana *wheezing* pada pneumonia berat dilakukan di fasilitas kesehatan rujukan, kecuali untuk rujukan yang membutuhkan waktu yang lama

3. Diare pada Anak

APAKAH ANAK MENDERITA DIARE?

JIKA YA,

TANYAKAN:

- Sudah berapa lama?
- Adakah darah
- dalam tinja?

LIHAT dan RABA:

- Lihat keadaan umum anak: Apakah:
  - √ Letargi atau tidak sadar?
  - √ Rewel/ mudah marah?
- Lihat apakah matanya cekung?
- Beri anak minum. Apakah:
  - √ Tidak bisa minum atau malas minum?
  - √ Haus, minum dengan lahap?

Cubit kulit perut untuk mengetahui turgor. Apakah kembalinya:

- √ Sangat lambat (> 2 detik)?
- √ Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)

KLASIFIKASIKAN DIARE Untuk Dehidrasi

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: • Letargi atau tidak sadar • Mata cekung • Tidak bisa minum atau malas minum • Cubitan kulit perut kembali sangat lambat	DIARE DEHIDRASI BERAT	• Jika tidak ada klasifikasi berat lain, beri cairan untuk dehidrasi berat dan tablet zinc sesuai Rencana Terapi C • Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain: √ RUJUK SEGERA √ Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan • Jika anak > 2 tahun dan ada wabah kolera di daerah tersebut, beri antibiotik untuk kolera
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: • Rewel/ mudah marah • Mata cekung • Haus, minum dengan lahap • Cubitan kulit perut kembali lambat	DIARE DEHIDRASI RINGAN/ SEDANG	• Beri cairan, tablet zinc, dan makanan sesuai Rencana Terapi B • Jika terdapat klasifikasi berat lain: √ RUJUK SEGERA √ Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan • Kunjungan ulang 2 hari jika tidak ada perbaikan • Nasihati kapan harus kembali segera

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/ sedang	DIARE TANPA DEHIDRASI	• Beri cairan, tablet zinc, dan makanan sesuai Rencana Terapi A • Kunjungan ulang 2 hari jika tidak ada perbaikan • Nasihati kapan harus kembali segera

dan jika DIARE 14 HARI ATAU LEBIH

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
Dengan dehidrasi	DIARE PERSISTEN BERAT	• Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain • RUJUK
Tanpa dehidrasi	DIARE PERSISTEN	• Berikan oralit • Beri tablet zinc selama 10 hari berturut- turut • Kunjungan ulang 2 hari • Nasihati kapan harus kembali segera

dan jika ada DARAH DALAM TINJA

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
Ada darah dalam tinja	DISENTRI	• Berikan oralit • Beri tablet zinc selama 10 hari berturut- turut • Nasihati pemberian makan • Beri antibiotik yang sesuai • Kunjungan ulang 2 hari • Nasihati kapan harus kembali segera

4. Infeksi Dengue pada Anak (Demam Berdarah)

Jika anak menderita demam atau riwayat demam 2-7 hari

TANYAKAN:

- Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus?
- Apakah badan teraba dingin?
- Apakah anak lemas/ gelisah?
- Adakah mual?
- Adakah muntah? Jika ya, apakah terus menerus?
- Adakah nyeri perut?
- Adakah perdarahan berupa mimisan/ muntah darah atau coklat seperti kopi/ BAB berdarah/ berwarna hitam?
- Apakah muncul ruam?
- Apakah ada rasa sakit dan nyeri badan?
- Kapan BAK terakhir?

LIHAT dan RABA

Periksa tanda syok, lakukan pemeriksaan CCTVR*:

- Kaki/ tangan tampak pucat
- Waktu pengisian kapiler > 2 detik
- Kaki/ tangan teraba dingin

- Nadi lemah atau tidak teraba
- Nadi cepat**

Lihat adanya:

- Perdarahan kulit (petekie), perdarahan hidung (mimisan)
- Letargi, gelisah
- Sesak napas, napas cepat***

Lakukan:

Uji *Tourniquet* jika tidak syok dan tidak ada perdarahan

Uji *Tourniquet* positif. Dikatakan positif jika ditemukan

≥10 petekie dalam 1 inchi^2

Lakukan pemeriksaan darah: Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, Trombosit, NS-1.

• Pada balita umur kurang dari 1 tahun yang terinfeksi dengue, RUJUK

*Pemeriksaan CCTVR (*Collour, Capillary Refill Time, Temperature, Pulse Volume, Pulse Rate*)

Umur	**Frekuensi Nadi (kali/ menit)**
1 - 3 bulan	90 - 190
3 - 24 bulan	80 - 160
2 - 5 tahun	60 - 140
Umur	**Frekuensi Napas (kali/ menit)**
2 - < 12 bulan	≥ 50
12 bulan - < 5 tahun	≥ 40

KLASIFIKASIKAN INFEKSI DENGUE

Gejala/ tanda	**Klasifikasi**	**Tindakan/ Pengobatan**
Terdapat tanda bahaya umum ATAU Perembesan plasma hebat menyebabkan: • Syok *(Dengue Shock Syndrome)*: √ Kaki/tangan tampak pucat √ Waktu pengisian kapiler > 2 detik √ Kaki/ tangan teraba dingin √ Nadi lemah atau tidak teraba √ Nadi cepat • Sesak napas, napas cepat*** ATAU Perdarahan saluran cerna: • Muntah darah atau coklat seperti kopi • BAB berdarah/ berwarna hitam ATAU Gangguan fungsi organ: • Penurunan kesadaran • Penurunan frekuensi denyut nadi • Ikterik, nyeri perut hebat Tidak BAK selama 6 jam	DENGUE BERAT (*SEVERE DENGUE)*	• Jika ada syok, atau distres napas, beri oksigen 1-2 L/ menit *nasal prongs* dan beri cairan kristaloid isotonis intravena Ringer Laktat/ NaCl 0,9% sesuai pedoman kemudian RUJUK SEGERA • Jika tidak ada syok tetapi anak muntah terus, tidak dapat minum, penurunan kesadaran atau perdarahan, beri cairan kristaloid isotonis intravena Ringer Laktat/ NaCl 0,9% tetesan rumatan kemudian RUJUK SEGERA • Beri dosis pertama parasetamol jika demam ≥ 38˚C, tidak boleh golongan salisilat, natrium diklofenak, ibuprofen, atau NSAID lain

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
Terdapat satu atau lebih gejala berikut: • Nyeri perut dan nyeri tekan perut kanan atas • Muntah terus menerus • Klinis akumulasi cairan • Perdarahan mukosa • Letargi, gelisah • Pembesaran hepar > 2 cm • Laboratorium: peningkatan hematokrit dengan penurunan trombosit yang cepat	DENGUE DENGAN *WARNING* SIGNS****	• Beri dosis pertama parasetamol jika demam ≥ 38C˚ , tidak boleh golongan salisilat, natrium diklofenak, ibuprofen, atau NSAID lain • Jika anak tidak syok tetapi muntah terus, tidak dapat minum, atau perdarahan beri cairan kristaloid isotonis intravena Ringer Laktat/ NaCl 0,9% sesuai dengan pemberian cairan pra rujukan dengue tanpa syok • RUJUK SEGERA untuk rawat inap di rumah sakit
Terdapat satu atau lebih gejala berikut: • Nyeri dan pegal (nyeri kepala, nyeri mata, nyeri otot, dan sendi) • Ruam • Uji *Tourniquet* positif • Leukopenia (Leukosit < 4000/ mcl) dan/ atau trombositopenia (trombosit <100.000/ mcl) • Laboratorium dikonfirmasi infeksi dengue (NS-1 Positif)	DENGUE TANPA *WARNING SIGNS*	• Pasien dapat dipulangkan • Kunjungan ulang 1 hari • Jika jauh dari fasilitas kesehatan atau fasilitias tidak memadai, RUJUK untuk rawat inap • Observasi di rumah dengan nasihati kapan harus kembali segera
Demam 2-7 hari tanpa satu pun tanda dan gejala yang telah disebutkan	DEMAM MUNGKIN BUKAN DENGUE	• Obati penyebab lain dari demam • Beri dosis pertama parasetamol jika demam ≥ 38C˚), tidak boleh golongan salisilat, natrium diklofenak, ibuprofen, atau NSAID lain • Kunjungan ulang 2 hari jika tetap demam atau anak tampak belum membaik • Nasihati kapan harus kembali segera

5. Status HIV pada Anak

TANYAKAN:

Apakah ibu atau anak pernah dites HIV?

JIKA YA:

Tentukan status HIV:

- Ibu: POSITIF atau NEGATIF
- Anak: Tes Virologi POSITIF atau NEGATIF Tes Serologi POSITIF atau NEGATIF
- Jika ibu POSITIF dan anak NEGATIF atau TIDAK DIKETAHUI, TANYAKAN:
- Apakah anak sedang mendapat ASI pada saat tes HIV atau 6 minggu sebelum dilakukan tes HIV?
- Apakah anak saat ini sedang mendapat ASI?
- Jika mendapat ASI, apakah ibu dan anak saat ini mendapat ARV profilaksis?

JIKA TIDAK: Lakukan tes HIV terutama jika dijumpai kondisi berikut: *Jika anak menderita pneumonia berulang atau diare persisten berulang atau bercak putih (thrush) di rongga mulut berulang atau infeksi berat (biasanya yang membutuhkan perawatan di RS) berulang lainnya atau gizi kurang/buruk yang tidak membaik dengan penanganan gizi*

- Jika status HIV ibu dan anak tidak diketahui: tes ibu
- Jika status HIV ibu positif dan anak tidak diketahui: tes anak

KLASIFIKASIKAN STATUS HIV

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
• Tes virologi positif pada anak • ATAU • Tes serologi positif • pada anak > 18 bulan	INFEKSI HIV TERKONFIRMASI	• Berikan profilaksis kotrimoksazol* • Lacak kemungkinan TB √ Jika terbukti sakit TB, berikan OAT √ Jika tidak terbukti sakit TB, berikan terapi pencegahan TB** • RUJUK ke RS rujukan ARV
• Ibu HIV positif dan tes virologi negatif pada anak yang masih mendapat ASI atau baru berhenti kurang dari 6 minggu ATAU • Ibu HIV positif dan anak belum dites ATAU • Tes serologi positif pada anak < 18 bulan	TERPAJAN HIV	• Berikan profilaksis kotrimoksazol* • RUJUK ke puskesmas/ RS rujukan ARV untuk melakukan tes virologi atau serologi sesuai umur***
Tes HIV pada ibu dan anak negatif	MUNGKIN BUKAN INFEKSI HIV	• Atasi, edukasi dan *follow up* infeksi yang terjadi • Nasihati kapan harus kembali segera

* Berikan profilaksis kotrimoksazol pada semua anak terinfeksi HIV atau anak terpajan HIV sampai terkonfirmasi negatif setelah penghentian ASI sedikitnya 6 minggu

** Untuk anak umur < 12 bulan, terapi pencegahan TB hanya diberikan jika terdapat kontak erat dengan pasien TB.

***Jika tes virologi negatif, ulangi tes 6 minggu setelah ASI dihentikan; jika tes serologi positif, lakukan tes virologi sesegera mungkin. Jika anak < 18 bulan sakit dengan tes serologi positif dan belum mungkin dilakukan tes virologi, anak dapat didiagnosis presumtif HIV dan dirujuk untuk mendapat ARV

6. Status Imunisasi pada Anak

Jadwal Imunisasi	Imunisasi Dasar***	Umur	Jenis Vaksin
		0 - 24 jam	HB 0
		1 Bulan	BCG, OPV 0*
		2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV 1, dan PCV 1**
		3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV 2, dan PCV 2**
		4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV 3 (Polio Suntik IPV)

		9 Bulan	Campak Rubella
	Imunisasi Lanjutan	10 Bulan	Japanese Encephalitis**
		12 Bulan	PCV 3**
		18 Bulan	DPT-HB-Hib, Campak Rubella

* Bayi lahir di fasilitas kesehatan, imunisasi BCG dan OPV 0 diberikan sebelum dipulangkan

** Dilakukan di daerah terpilih

***Jika anak sehat atau sakit ringan dan belum lengkap imunisasi dasarnya, maka segera lengkapi imunisasi dasarnya, KECUALI ANAK AKAN DIRUJUK SEGERA.

Nasihati ibu kapan harus kembali untuk mendapatkan imunisasi berikutnya

7. Tindakan Kejang pada Anak

- Miringkan anak dan bersihkan jalan napas. Jangan masukkan apapun ke dalam mulut anak
- Perhatikan *airway, breathing,* dan *circulation* sebelum tindakan maupun saat tindakan. Jika ada masalah, harus ditatalaksana
- Jika belum terpasang akses vena, berikan diazepam per rektal 5 mg/2,5 ml enema/ suppositoria jika berat badan < 12 kg dan diazepam per rektal 10 mg/2,5 ml enema/ suppositoria jika berat badan ≥ 12 kg, maksimal 2 kali pemberian jarak 5 menit
- Jika sudah terpasang akses vena, berikan diazepam 0,2 - 0,5 mg/kg/IV (dengan kecepatan 2 mg/menit, maksimal pemberian 10 mg)
- Jika kejang belum teratasi, dapat diberikan fenitoin 20 mg/kg IV yang dilarutkan dengan NaCl 0,9% diberikan selama 20 menit atau fenobarbital 20 mg/kg IV diberikan selama 10 menit (bila tidak tersedia fenobarbital IV berikan sediaan IM dalam dosis sama)
- Periksa gula darah, lalu lakukan tatalaksana atau cegah agar tidak turun
- Beri oksigen dan RUJUK

8. Pemberian Cairan Pra Rujukan Infeksi Dengue (Demam Berdarah)

JIKA ADA TANDA SYOK, ATASI SYOK DENGAN SEGERA (*SEVERE DENGUE*):

- Beri oksigen *nasal prongs* 1 - 2 liter/menit
- Segera beri cairan intravena*
- Berikan cairan kristaloid isotonik intravena (Ringer Laktat atau NaCl 0,9%): 10 ml/kgBB dalam 1 jam
- Periksa kembali anak setelah 1 jam:
  - √ Jika syok teratasi, beri cairan dengan kecepatan 5 - 7 ml/kgBB/jam selama 2 - 4 jam, dan RUJUK SEGERA ke rumah sakit
  - √ Jika syok belum teratasi, ulang pemberian cairan 10 - 20 ml/kgBB dalam 1 jam dan RUJUK SEGERA ke rumah sakit
- Pantau tanda vital dan diuresis setiap jam

JIKA TIDAK ADA TANDA SYOK (DENGUE DENGAN *WARNING SIGNS*):

- Berikan infus Ringer Laktat atau NaCl 0,9% 5 - 7 ml/kgBB/jam** selama 1 - 2 jam, turunkan bertahap setiap 2 jam sesuai dengan perbaikan klinis. RUJUK SEGERA
- Jika anak bisa minum:

Beri minum apa saja*** (oralit, susu, teh manis, jus buah, kaldu atau tajin) sebanyak mungkin dalam perjalanan ke tempat rujukan

CATATAN:

* Jika tidak dapat memberi cairan intravena, RUJUK SEGERA, dalam perjalanan beri oralit/ cairan lain sedikit demi sedikit dan sering

** Khusus untuk anak gemuk, pemberian cairan intravena untuk Dengue dengan *Warning Signs* disesuaikan dengan berat badan ideal anak. BB ideal sesuai dengan garis warna hijau pada grafik BB/TB

***Jangan memberi minuman yang berwarna merah atau coklat tua karena sulit dibedakan jika ada perdarahan lambung

9. Anjuran Makan untuk Anak Sehat maupun Sakit

Neonatus - 1 minggu	1 minggu - 6 bulan	6 - 8 bulan	9 - 11 bulan	12 - 23 bulan	24 bulan lebih
Segera setelah lahir, letakkan bayi di dada ibu (ada kontak kulit ibu dan bayi)	Berikan ASI saja kepada bayi, sesuai keinginannya, sedikitnya 8 x dalam 24 jam	Berikan ASI sesuai keinginan bayi	Berikan ASI sesuai keinginan bayi	Berikan ASI sesuai keinginan bayi	Berikan makanan keluarga yang bervariasi. Terdiri dari makanan pokok, hewani, kacang-kacangan, buah-buahan/sayur
Berikan kesempatan pada bayi untuk menyusu dalam satu jam pertama, berikan kolostrum yaitu ASI pertama yang berwarna kekuningan dan kental pada bayi (kolostrum mengandung antibodi yang dapat melindungi bayi dari penyakit)	Lihat tanda-tanda bayi lapar, seperti bayi mulai rewel, mengisap jari atau menggerak- gerakan bibir	Mulai berikan makanan tambahan ketika anak berumur 6 bulan berupa bubur kental atau makanan yang dilumatkan dengan halus. Terdiri dari makanan pokok, hewani, kacang-kacangan, buah- buahan/ sayur	Berikan makanan keluarga bervariasi yang dicincang atau dicacah. Terdiri dari makanan pokok, hewani, kacang-kacangan, buah-buahan/sayur	Berikan makanan keluarga yang bervariasi. Makanan yang diiris-iris atau makanan keluarga. Terdiri dari makanan pokok, hewani, kacang-kacangan, buah-buahan/sayur	Berikan setidaknya setiap kali makan (1 mangkuk = 250 ml) 1 mangkuk
Berikan ASI pagi, siang, dan malam sesuai keinginan bayi, sedikitnya 8 x dalam 24 jam. Semakin sering menyusui, maka semakin banyak produksi ASI	Jangan berikan makanan atau minuman lain selain ASI, kecuali vitamin, mineral, atau obat. ASI lah yang bayi perlukan	Mulai dengan memberikan 2 - 3 sendok makan makanan. Mulai dengan pengenalan rasa. Tambahkan secara bertahap sampai ½ mangkuk yang berukuran 250 ml	Berikan ½ sampai ¾ mangkuk (1 mangkuk = 250ml)	Berikan ¾ sampai setiap kali makan (1 mangkuk = 250 ml) 1 mangkuk	Berikan 3 - 4 x setiap hari
Jika bayi kecil (berat lahir rendah), susui setidaknya setiap 2 - 3 jam. Jika bayi tidur, bangunkan bayi untuk menyusu		• Berikan 2 - 3 x setiap hari • Berikan makanan selingan 1 - 2 kali	• Berikan 2 - 3 x sehari • Berikan makanan selingan 1 - 2 kali	• Berikan 3 - 4 x setiap hari • Berikan makanan selingan 1 - 2 kali	Berikan 1 - 2 x makanan selingan antara waktu makan
Pemberian Makan Aktif Responsif	• Jika bayi menolak untuk makan, bersabarlah dan dorong terus bayi untuk makan lebih banyak • Tawarkan makanan berkali-kali, anak-anak mungkin tidak suka makanan baru pada awalnya. Tunjukkan jika ibu juga menyukai makanan tersebut • Jangan paksa anak untuk makan • Berinteraksi dengan anak saat memberikan makan, jaga kontak mata dengan anak, dan kurangi gangguan waktu ia diberikan makan				
Kebersihan	• Cucilah tangan dengan sabun sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, dan sebelum memberi makan anak • Cuci tangan anak dengan sabun sebelum ia makan • Gunakan peralatan makan anak yang bersih (jangan gunakan botol karena sulit dibersihkan) • Makanan yang baik dan aman adalah makanan segar, bervariasi, tidak menggunakan penyedap, bumbu yang tajam, zat pengawet dan pewarna, serta cara memasak yang benar				

D. Materi Bayi Muda Umur Kurang Dari 2 Bulan

1. Memeriksa Bayi Ikterus

TANYAKAN:

Apakah bayi kuning:

Jika Ya, pada umur berapa pertama kali timbul kuning?

LIHAT:

- Lihat adanya ikterus pada bayi (kuning pada mata atau kulit)
- Lihat telapak tangan dan telapak kaki bayi, apakah kuning

KLASIFIKASIKAN IKTERUS

Gejala/ tanda	Klasifikasi	Tindakan/ Pengobatan
• Timbul kuning pada hari pertama (< 24 jam) setelah lahir ATAU • Kuning ditemukan pada umur > 14 hari ATAU • Kuning seluruh tubuh mulai kepala, badan sampai telapak tangan atau telapak kaki	IKTERUS BERAT	• Pertahankan asupan ASI agar tidak kurang cairan • Jaga tubuh tetap hangat • RUJUK SEGERA
• Timbul kuning pada umur > 24 jam sampai dengan umur 14 hari DAN • Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki	IKTERUS	• Lakukan asuhan dasar bayi muda • Menyusu lebih sering • Jika memungkinkan, RUJUK untuk penentuan kadar bilirubin dan tata laksana yang sesuai • Nasihati untuk menginformasikan hasil pemeriksaan bilirubin • Kunjungan ulang 1 hari • Nasihati kapan harus kembali segera
Tidak kuning	TIDAK ADA IKTERUS	• Lakukan asuhan dasar bayi muda • Nasihati kapan harus kembali segera

2. Cara Menghangatkan Tubuh Bayi

Bayi dengan SUHU BADAN <36,5˚C, harus segera dihangatkan sebelum dirujuk. Caranya sebagai berikut:

- Segera keringkan tubuh bayi yang basah dengan handuk/ kain kering. Ganti pakaian, selimut/kain basah dengan yang kering
- Hangatkan tubuh bayi dengan METODE KANGURU atau menggunakan cahaya lampu 60 watt dengan jarak minimal 60 cm sampai suhu normal dan pertahankan suhu tubuh bayi
- Bungkus bayi dengan kain kering dan hangat, beri tutup kepala. Jaga bayi tetap hangat. Hindari ruangan yang banyak angin, jauhkan bayi dari jendela atau pintu
- Jika setelah dihangatkan dalam 1 jam SUHU BADAN tetap <36,5˚C, RUJUK SEGERA dengan METODE KANGURU

3. Metode Kanguru

- Bayi telanjang dada (hanya memakai popok, topi, kaus tangan, kaus kaki), diletakkan telungkup di dada ibu dengan posisi tegak atau diagonal. Tubuh bayi menempel/ kontak langsung dengan ibu
- Atur posisi kepala, leher dan badan dengan baik untuk menghindari terhalangnya jalan napas. Kepala menoleh ke samping di bawah dagu ibu (ekstensi ringan)
- Tangan dan kaki dalam keadaan fleksi seperti posisi "katak" kemudian "fiksasi" dengan selendang
- Ibu mengenakan pakaian/blus longgar, sehingga bayi dapat berada dalam 1 pakaian dengan ibu. Jika perlu, gunakan selimut
- Selain ibu, ayah, dan anggota keluarga lain bisa melakukan metode kanguru

4. Mengajari Ibu Cara Menyusui dengan Baik

- Tunjukkan kepada ibu cara memegang bayinya atau posisi bayi yang benar:
  - √ Sanggalah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja
  - √ Kepala dan tubuh bayi lurus
  - √ Hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu
  - √ Dekatkan badan bayi ke badan ibu
- Tunjukkan kepada ibu cara melekatkan bayi. Ibu hendaknya:
  - √ Menyentuhkan puting susu ke bibir bayi
  - √ Menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar
  - √ Segera mendekatkan bayi ke arah payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu
- Cara melekatkan yang benar ditandai dengan:
  - √ Dagu menempel pada payudara ibu
  - √ Mulut bayi terbuka lebar
  - √ Bibir bawah bayi terputar keluar
  - √ Areola tampak lebih banyak di bagian atas daripada di bagian bawah
- Bayi mengisap dengan efektif jika bayi mengisap secara dalam, teratur, dan kadang diselingi istirahat. Pada saat bayi mengisap ASI, hanya terdengar suara bayi menelan
- Amati apakah perlekatan dan posisi bayi sudah benar dan bayi sudah mengisap dengan efektif. Jika belum, cobalah sekali lagi

5. Mengajari Ibu Cara Meningkatkan Produksi ASI

- Cara untuk meningkatkan ASI adalah dengan menyusui sesering mungkin
- Menyusui lebih sering lebih baik karena merupakan kebutuhan bayi
- Menyusu pada payudara kiri dan kanan secara bergantian
- Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lainnya
- Jika bayi telah tidur selama 2 jam, bangunkan dan langsung disusui

6. Mengajari Ibu Cara Memerah ASI

Minta ibu untuk:

- Mencuci tangan pakai sabun
- Mengatur posisi sehingga nyaman
- Memegang wadah bermulut lebar di bawah puting dan aerola
- Meletakkan jempol di bagian atas payudara, jari telunjuk, dan jari lainnya menopang di sisi bagian bawah sehingga posisinya berlawanan (setidaknya 4 cm dari puncak puting)
- Tekan dan lepaskan jaringan payudara antara jempol dan telunjuk beberapa kali
- Jika ASI tidak keluar, ganti posisi jempol dan telunjuk mendekati puting, lalu tekan dan lepaskan seperti sebelumnya
- Tekan dan lepaskan mengelilingi payudara, jaga agar jarak jari dan puting tetap. Hati-hati jangan menekan puting atau mengurut payudara
- Perah satu payudara sampai ASI hanya menetes, lalu perah payudara lainnya sampai ASI hanya menetes
- Perah bergantian 5 - 6 kali, setidaknya selama 20 - 30 menit
- Berhenti memerah jika ASI tidak mengalir lagi, tapi hanya menetes dari awal

7. Mengajari Ibu Cara Menyimpan ASI Perah

- Gunakan wadah yang sesuai untuk menampung ASI seperti plastik bersih atau gelas dengan tutup rapat dan jika memungkinkan sebuah lemari es. Untuk penyimpanan yang lama, dibutuhkan 10 buah wadah atau lebih
- Masukkan ASI perah ke dalam wadah, tutup, dan letakkan sebisanya di tempat yang dingin. Jumlah ASI perah yang disimpan dalam 1 wadah sebaiknya tidak lebih dari jumlah yang dibutuhkan bayi dalam 1x minum
- Jika jumlahnya sedikit, tambah lagi di 1 wadah yang sama selama 1 hari tersebut. Tetapi tidak boleh lewat lebih dari 1 hari itu
- Jika tidak memiliki lemari es: ASI perah dapat ditempatkan dalam suhu ruangan/kamar bahkan jika hawa panas selama 6 jam
- Jika tersedia kulkas: simpan di bagian tengahnya sampai 2x24 jam; atau dalam bagian *freezer* selama 3 bulan
- Sebelum diberikan ke bayi, cairkan ASI beku dengan memindahkan ke bagian tengah kulkas atau pada suhu kamar. Hangatkan ASI dengan menaruh wadahnya di dalam baki yang berisi air hangat pada suhu tangan
- Berikan ASI cair dalam 2 jam (atau berikan pada anak yang lebih besar atau dibuang)

Lokasi	Temperatur	Durasi	Keterangan
Di luar lemari pendingin	Suhu ruang (maks s.d. 25˚C)	6-8 jam	Kontainer perlu diberikan penutup dan dijaga dalam ruangan tertutup
Cooler bag	-15 s.d. 4˚C	24 jam	*Cooler bag* harus selalu disertai dengan *ice packs*. Tidak dianjurkan dibuka tutup terlalu sering
Lemari pendingin	4˚C	5 hari	ASI diletakkan di bagian paling belakang dari lemari pendingin

Lokasi	Temperatur	Durasi	Keterangan
Freezer (bagian dari lemari pendingin dengan satu pintu)	-15˚C	2 minggu	ASI sebaiknya disimpan di bagian paling belakang dari *freezer* karena bagian tersebut memiliki stabilitas suhu yang paling stabil
Freezer (bagian dari lemari pendingin dengan dua pintu)	-18˚C	3-6 bulan	
Freezer khusus ASI	-20˚C	6-12 bulan	

FORMULIR PENCATATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal Kunjungan :_____ **NIK :**_____

Alamat :_____**(Daerah Endemis Malaria: Ya____Tidak___)**

Nama Anak : _____ **L/P** **Nama Ibu :**_____ **Jika Ya, RDT malaria (+) / (-)**

Umur :___**tahun**___**bulan** **BB :**___**kg** **PB/TB :**_____**cm** **LiLA :**____**cm (anak ≥ 6 bulan)** **Lingkar Kepala :**___**cm** **Suhu :**____**°C**

Anak sakit apa? _____ **Kunjungan pertama**_____**Kunjungan ulang**____

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	**KLASIFIKASI**	**TINDAKAN/ PENGOBATAN**
MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM DENGAN SEGITIGA ASESMEN GAWAT ANAK (SAGA) • Apakah tidak bisa minum atau menyusu? • Apakah memuntahkan semua makanan dan minuman? • Apakah pernah kejang selama sakit ini? • **Penampilan, tentukan:** ○ Kejang ○ Tidak dapat berinteraksi dengan lingkungan atau tidak sadar ○ Gelisah, rewel, dan tidak dapat ditenangkan ○ Pandangan kosong atau mata tidak membuka ○ Tidak bersuara atau justru menangis melengking • **Usaha Napas, tentukan:** ○ Tarikan dinding dada ke dalam ○ Stridor ○ Napas cuping hidung ○ Mencari posisi paling nyaman dan menolak berbaring • **Sirkulasi, tentukan:** ○ Pucat ○ Tampak biru (sianosis) ○ Gambaran kutis marmorata (kulit seperti marmer)  		
APAKAH ANAK BATUK DAN/ATAU SUKAR BERNAPAS? **Ya___Tidak ____** • Berapa lama?____hari • Hitung napas dalam 1 menit____kali/menit. Napas cepat? • Ada tarikan dinding dada ke dalam • Ada *wheezing* • Saturasi oksigen____%		
APAKAH ANAK DIARE? **Ya___Tidak ____** • Berapa lama?____hari • Adakah darah dalam tinja? • Keadaan umum anak: ○ Letargis atau tidak sadar ○ Rewel/mudah marah • Mata cekung • Beri anak minum: ○ Tidak bisa minum atau malas minum ○ Haus, minum dengan lahap • Cubit kulit perut, apakah kembalinya: ○ Sangat lambat (> 2 detik) ○ Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)		
APAKAH ANAK DEMAM? **Ya___Tidak ____** (anamnesis ATAU teraba panas ATAU suhu > 37,5°C) Tentukan Daerah Endemis Malaria : Tinggi / Rendah / Non Edemis **Jika Daerah Non Endemis**, tanyakan riwayat bepergian ke daerah endemis malaria dalam 2 minggu terakhir dan tentukan daerah endemis sesuai tempat yang dikunjungi • Sudah berapa lama?____hari • Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari? • Apakah pernah sakit malaria atau minum obat anti malaria? • Apakah anak sakit campak dalam 3 bulan terakhir? • Lihat dan periksa adanya kaku kuduk • Lihat adanya penyebab lain dari demam • Lihat adanya tanda-tanda campak saat ini: ○ Ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh DAN ○ Terdapat salah satu tanda berikut: batuk, pilek, mata merah LAKUKAN TES MALARIA jika tidak ada klasifikasi penyakit berat: • Pada semua kasus balita sakit di daerah endemis tinggi malaria • Jika tidak ditemukan penyebab pasti demam di daerah endemis rendah malaria		Lakukan Tes Malaria, hasil: RDT (+) / (-) _____ Mikroskopis: _____
Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir: • Lihat adanya luka di mulut. Jika "ada", apakah dalam atau luas? • Lihat adanya nanah di mata • Lihat adanya kekeruhan di kornea		
Jika demam 2 hari sampai dengan 7 hari, tanya dan periksa: • Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus? • Apakah badan teraba dingin? • Apakah anak lemas/gelisah? • Adakah mual? • Adakah muntah? Jika ya, apakah terus menerus? • Adakah nyeri perut? • Adakah perdarahan berupa mimisan/muntah darah atau coklat seperti kopi/BAB berdarah/berwarna hitam? • Apakah muncul ruam? • Apakah ada rasa sakit dan nyeri badan? • Apakah BAK terakhir ≥ 6 jam? • Periksa tanda-tanda syok, lakukan pemeriksaan CCTVR: ○ Kaki/tangan tampak pucat ○ Waktu pengisian kapiler > 2 detik ○ Kaki/tangan teraba dingin ○ Nadi lemah atau tidak teraba ○ Nadi cepat • Periksa nyeri perut dan nyeri tekan perut kanan atas • Periksa adanya klinis akumulasi cairan • Lihat adanya: ○ Perdarahan kulit (petekie), perdarahan hidung (mimisan) ○ Ikterik ○ Letargi, gelisah ○ Sesak napas, napas cepat • Periksa adanya pembesaran hepar > 2 cm • Jika tidak syok dan tidak ada perdarahan, lakukan uji *tourniquet*. Hasil uji *tourniquet*: positif____ negatif____		Lakukan Pemeriksaan darah: Hemoglobin_____ Hematokrit_____ Leukosit_____ Trombosit_____ NS-1 _____
APAKAH ANAK MEMPUNYAI MASALAH TELINGA? **Ya___Tidak ____** • Apakah ada nyeri telinga? • Adakah rasa penuh di telinga? • Adakah cairan/nanah keluar dari telinga? Jika "Ya", berapa hari?____hari • Lihat adanya cairan atau nanah keluar dari telinga • Raba adanya pembengkakan yang nyeri di belakang telinga		

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA STATUS GIZI DAN STATUS PERTUMBUHAN • Jika anak berusia > 6 bulan, apakah BB anak < 4 kg? • Lihat dan raba adanya edema bilateral yang bersifat *pitting* • Tentukan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB) ○ BB/PB (TB) : < -3 SD ____ ○ BB/PB (TB) : -3 SD sampai < -2 SD ____ ○ BB/PB (TB) : -2 SD sampai +1 SD ____ ○ BB/PB (TB) : > +1 SD sampai +2 SD ____ (plot pada grafik IMT/U) ○ BB/PB (TB) : > +2 SD sampai +3 SD ____ ○ BB/PB (TB) : > +3 SD ____ • Tentukan lingkar lengan atas (LiLA) untuk umur 6 bulan atau lebih ○ LiLA < 11,5 cm ____ ○ LiLA 11,5 cm sampai < 12,5 cm ____ ○ LiLA ≥ 12,5 cm ____ • Jika BB/PB (TB) < -3 SD ATAU LiLA < 11,5 cm, periksa komplikasi medis: _____ Jika tidak ada komplikasi medis, pada anak umur < 6 bulan periksa: ○ Terlalu lemah untuk menyusu ○ Berat badan tidak naik atau turun **Periksa tanda-tanda stunting** • Umur < 2 tahun ____ • Umur ≥ 2 tahun ____ • Tentukan panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB) menurut umur: ○ PB/U atau TB/U < -3 SD ○ PB/U atau TB/U < -2 SD sampai -3 SD ○ PB/U atau TB/U -2 SD sampai +3 SD ○ PB/U atau TB/U > +3 SD **Periksa Lingkar Kepala** ○ LK/U > +2 SD ____ ○ LK/U -2 SD s.d +2SD ____ ○ LK/U < -2 SD ____		
MEMERIKSA ANEMIA Lihat adanya kepucatan pada telapak tangan, konjungtiva, bibir, lidah, bantalan kuku, apakah tampak: • Sangat pucat? • Pucat?		Lakukan pemeriksaan Hb (jika tersedia): ____
MEMERIKSA STATUS HIV Apakah ibu atau anak pernah dites HIV? **JIKA YA ____** Tentukan status HIV: • Ibu: POSITIF____NEGATIF _____ • Anak: Tes Virologi POSITIF_____NEGATIF_____ Tes Serologi POSITIF_____NEGATIF _____ **Jika ibu POSITIF dan anak NEGATIF atau tidak diketahui, TANYAKAN:** • Apakah anak sedang mendapat ASI pada saat tes HIV atau 6 minggu sebelum dilakukan tes HIV? Ya____Tidak _____ • Apakah anak saat ini sedang mendapat ASI? Ya____Tidak _____ • Jika mendapat ASI, apakah ibu dan anak saat ini mendapat ARV profilaksis? Ya____Tidak _____ **JIKA TIDAK ____** **Lakukan tes HIV terutama jika dijumpai kondisi berikut:** *Jika anak menderita pneumonia berulang atau diare persisten berulang atau bercak putih di rongga mulut berulang atau infeksi berat (biasanya yang membutuhkan perawatan di RS) berulang lainnya atau gizi kurang/buruk yang tidak membaik dengan penanganan gizi* • Jika status HIV ibu dan anak tidak diketahui: tes ibu • Jika status HIV ibu positif dan anak tidak diketahui: tes anak		
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini, beri tanda "V" jika sudah diberikan HB 0 · BCG · OPV 0 · OPV 1 · OPV 2 · OPV 3/IPV DPT-HB-Hib 1 · DPT-HB-Hib 2 · DPT-HB-Hib 3 · PCV 1 · PCV 2 · PCV 3 (lanjutan) Campak Rubella · Japanese Enchepalitis (lanjutan) · DPT-HB-Hib (lanjutan) · Campak Rubella (lanjutan)	→	Imunisasi yang diberikan hari ini:
MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A Dibutuhkan suplemen vitamin A : Ya____Tidak _____	→	Diberikan vit A hari ini : Ya____Tidak _____
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN		
LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN Jika anak berumur < 2 TAHUN atau GIZI KURANG atau GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI atau ANEMIA DAN anak tidak akan dirujuk segera: • Apakah ibu menyusui anak ini? Ya____Tidak_____ Jika "Ya", berapa kali sehari?____kali Apakah menyusui juga di malam hari? Ya____Tidak ___ • Apakah anak mendapat makanan atau minuman lain? Ya ___ Tidak ___ Jika "Ya", makanan atau minuman apa? _____ Berapa kali sehari?____kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minuman anak? _____ • **Jika anak GIZI KURANG atau GIZI BURUK tanpa komplikasi:** Berapa banyak makanan atau minuman yang diberikan pada anak?_____ Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya____Tidak _____ Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya?_____ • Selama sakit ini, apakah ada perubahan pemberian makan? Ya____Tidak_____ Jika "Ya", bagaimana? _____		
		Kunjungan Ulang :_____hari. Nasihati kapan kembali segera _____

Nama pemeriksa:_____

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : _____ **NIK :** _____

Alamat : _____

Nama Bayi :_____ **L / P** **Nama Ibu :** _____

Umur : __ **minggu** ____ **hari** **BB :**_____**gram** **PB :**___**cm** **Lingkar kepala :**___**cm (makrosefali/normal/mikrosefali)*** **Suhu :**___**°C**

Bayi sakit apa?_____ **Kunjungan Pertama** __ **Kunjungan Ulang** __ **KN : 1 / 2 / 3**

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	**KLASIFIKASI**	**TINDAKAN/ PENGOBATAN**

MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT/INFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL

- Apakah ada tanda biru di sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas?
- Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir?
- Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau?
- Apakah perut kembung dan sulit bernapas?
- Apakah tampak lemah/tidak mau mengisap?
- Apakah kejang?

- Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap
- Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan atau tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap
- Gerakan kejang: gerakan spontan tidak terkendali dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan
- Suhu tubuh > 37,5˚C ___ atau < 36,5˚C ___
- Tidak BAB 48 jam setelah lahir
- Muntah susu atau cairan berwarna hijau
- Perut kembung dan sulit bernapas
- Tidak ada lubang anus atau kotoran keluar pada lubang tidak normal di sekitar anus
- Terdapat fokus infeksi :
  - mata bernanah banyak ___ sedikit ___
  - pusar kemerahan
  - pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm
  - pusar bernanah
  - pustul di kulit

- Dengar suara napas, adakah suara merintih
- Pasang *pulse oxymeter* pada:
  - tangan kanan SpO2__%
    kaki kiri SpO2__%
  - terdapat perbedaan SpO2 >3%?
    Ya ___ Tidak ___
- Hitung napas dalam 1 menit _____ kali/menit.
  Ulangi menghitung jika bernapas cepat (≥ 60 kali/menit)
  Hitung napas kedua_____kali/menit
  Apakah: Napas cepat (≥ 60 kali/menit)
  Napas lambat (< 40 kali/menit)

MEMERIKSA IKTERUS

- Apakah bayi kuning?
  Umur pertama kali timbul kuning: ○ < 24 jam ____ ○ >24 jam sampai dengan 14 hari ____ ○ >14 hari ____
- Kuning di mata atau kulit
- Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi

APAKAH BAYI DIARE? **Ya____Tidak _____**

Bayi sudah diare selama_____hari

- Keadaan umum bayi :
  - Bayi bergerak atas kemauan sendiri
  - Bayi bergerak hanya ketika dirangsang
  - Bayi tidak bergerak sama sekali
  - Bayi gelisah atau rewel
- Mata cekung
- Cubitan kulit perut kembalinya :
  - Sangat lambat (> 2 detik)
  - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)
  - Segera

MEMERIKSA STATUS HIV

- Apakah ibu pernah tes HIV? Ya____ Tidak____
  Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu : Positif____ Negatif____
- Apakah bayi pernah tes HIV? Ya____ Tidak____
  Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi : Positif____ Negatif____
  Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi : Positif____ Negatif____
- Jika ibu HIV "Positif"dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif":
  - Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya____ Tidak____
  - Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya____ Tidak____
  - Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya____ Tidak____ **DAN** bayi diberikan profilaksis ARV? Ya____ Tidak____

MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI

- **Apakah bayi diberi ASI? Ya____ Tidak____**
  Jika "Ya":
  - Berapa kali dalam 24 jam?____kali
  - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya____ Tidak____
    Jika "Ya", apa yang diberikan? _____
    Berapa kali dalam 24 jam? ____kali
    Alat apa yang digunakan? Botol____ Cangkir____ Lainnya _____
- **Jika bayi tidak akan dirujuk**, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI
  - **Lihat apakah posisi bayi benar :**
    Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik – Kepala dan tubuh bayi lurus – Badan bayi menghadap ke dada ibu – Badanbayi dekat ke ibu
    Posisi Benar____ Posisi Salah____
  - **Lihat apakah pelekatan baik :**
    Dagu bayi menempel payudara – Mulut bayi terbuka lebar – Bibir bawah membuka keluar – Aerola bagian atas tampak lebih banyak
    Tidak melekat sama sekali____ Tidak melekat dengan baik____ Melekat dengan baik____
  - **Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif :**
    Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan
    Tidak mengisap sama sekali____ Tidak mengisap dengan efektif____ Mengisap dengan efektif____
- Berat badan menurut umur: ○ < 2 kg (umur < 7 hari)____ ○ Rendah < -2 SD____ ○ Tidak rendah ≥ -2 SD____
- Adakah bercak putih (*thrush*) di mulut? Ya____ Tidak____
- Adakah celah bibir/langit-langit? Ya____ Tidak____

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI Ya___Tidak_____ **MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM** • Susu apa yang diberikan? _____ • Berapa kali pemberian selama 24 jam?____kali • Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian minum?_____ml • Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi: ○ Apakah sudah benar? Ya____ Tidak____ ○ Apakah sudah higienis? Ya____ Tidak____ • Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir____ Botol____ Lainnya_____ • Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya____ Tidak____ • Apa minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? _____ • Berat badan menurut umur: ○ < 2 kg (umur < 7 hari)____ ○ Rendah < -2 SD____ ○ Tidak rendah ≥ -2 SD____ • Adakah bercak putih (*thrush*) di mulut? Ya____ Tidak____ • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya____ Tidak____		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir : Ya____ Tidak ___	→	Vitamin K1 diberikan hari ini : _____
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) ____ ____ ____ HB-0 BCG OPV 0	→	Imunisasi yang diberikan hari ini :
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN		
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU		
	Kunjungan Ulang :_____hari Nasihati kapan kembali segera_____	

Nama pemeriksa: _____

*** Bila ada makrosefali/ mikrosefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk**

E. Rangkuman

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yaitu suatu pendekatan tatalaksana bayi dan balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan di pelayanan kesehatan dasar. Cakupan umur anak dalam tatalaksana ini yaitu bayi muda umur kurang dari 2 bulan dan balita umur 2 bulan sampai 5 tahun. MTBS dalam materi ini mencakup upaya perbaikan manajemen penatalaksanaan terhadap penyakit seperti pneumonia, diare, pencegahan penyakit seperti imunisasi, pemberian vitamin K, vitamin A dan konseling pemberian ASI atau makanan. MTBS juga dapat dijadikan pedoman bagi tenaga keperawatan dalam upaya promosi dalam meningkatkan pengetahuan

bagi ibu-ibu dalam merawat anaknya di rumah serta mengoptimalkan sistem rujukan dari masyarakat ke fasilitas pelayanan primer dan rumah sakit. Hal lain yang membedakan dari MTBS sebelumnya yaitu MTBS ini dilengkapi penilaian tanda bahaya umum dengan Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA).

F. Tugas

1. Tanggal 26 September 2022, seorang anak perempuan bernama Alya dari ibu Anisa, berumur 2 tahun 1 bulan, NIK 12345678, Alamat Jl Anggrek No. 8 Jakarta Timur datang ke Poli MTBS untuk kunjungan pertama. Hasil pemeriksaan yaitu BB 12 kg, TB 90 cm. Suhu badan 37°C, ibu mengatakan anak batuk selama 3 hari. Perawat memeriksa tanda bahaya umum yaitu anak masih bisa minum, tidak muntah dan tidak kejang. Anak sadar, tidak ada stridor, tidak tampak kebiruan, ujung tangan dan kakinya tidak pucat dan tidak dingin, frekuensi napas 48x/ menit. Tidak ada tarikan dinding dada ke dalam dan tidak terdengar wheezing. Saturasi oksigen tidak diperiksa karena puskesmas tidak memiliki pulse oxymeter.

   Catat semua data dan gejala, buat klasifikasi dan tindakannya dalam formulir MTBS sesuai umur!

2. Tanggal 27 September 2022, seorang bayi laki-laki bernama Andi dari ibu Atika, berumur 6 hari, NIK 12345678, Alamat Jl Melati No. 10 Jakarta Timur datang ke Poli MTBS untuk kunjungan pertama. Ibu mengatakan bayi kuning sejak 1 hari yang lalu dan berat badan lahir bayi 3500 gram. Hasil pemeriksaan yaitu berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, suhu badan 37°C, tidak ditemukan tanda/ gejala kejang, bayi bergerak normal, frekuensi napas 47 x/menit, tidak ada tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, dan matanya tidak bernanah. Tampak pusar bersih dan kering, ikterik ditemukan sampai leher. Ketika ibu diminta untuk menyusui bayi, posisi bayi benar, melekat kurang baik sehingga menghisap kurang efektif. Ibu juga merasa tidak nyaman menyusui karena putingnya agak lecet.

   Catat semua data dan gejala, buat klasifikasi dan tindakannya dalam formulir MTBS sesuai umur!

G. Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Manajemen terpadu balita sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Tat, F., Bait, M. M., & Banase, E. F. (2021). Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar (PUSKESMAS) di Kabupaten Kupang. *Flobamora Nursing Journal*, *1*(1), 42-49.

Kowaas, I. N., Ismanto, A. Y., & Lolong, J. (2017). Hubungan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS): Status Imunisasi Dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar Pada Bayi (Usia 2-12 Bulan) Di Puskesmas Bahu. *E-Journal Keperawatan, 5*(1), 1-8.

Mu'is, A., Ismanto, A. Y., & Onibala, F. (2014). Hubungan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Diare Dengan Kesembuhan Diare Pada Balita Di Puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnal Keperawatan, 2*(2), 1-8, Doi: Https://Doi.Org/10.35790/Jkp.V2i2.5305

Biografi Penulis



Feni Amelia Puspitasari, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An. Pendidikan dimulai dari S1 dan Ners Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2009. Pada tahun 2015, penulis lulus pada Program Ners Spesialis Keperawatan Anak Universitas Indonesia. Penulis memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat di Rumah Sakit Premier Jatinegara dari tahun 2009-2011. Tahun 2011 sampai saat ini bekerja sebagai Dosen Tetap Akademi Keperawatan Polri. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Anak Indonesia Provinsi DKI Jakarta.

BAB IX
PETUNJUK ANTISIPASI (*ANTICIPATORY GUIDANCE*) DAN PENCEGAHAN KECELAKAAN PADA ANAK

Ns. Yulia Agustina, S.Kep, M.Kep

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar diharapkan anda mampu menerapkan bimbingan antisipasi dan pencegahan kecelakaan pada anak sesuai tahap usia.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar, diharapkan anda mampu:

1. Menjelaskan pengertian bimbingan antisipasi dan pencegahan kecelakaan pada anak
2. Menjelaskan berbagai pencegahan kecelakaan yang sering terjadi pada anak dari berbagai tahap usia.

B. Materi

Masa anak merupakan masa dimana rasa ingin tahu mereka terhadap lingkungan sekitar sangat tinggi. Mereka akan mengeksplorasi lingkungan sekitar dengan menggunakan seluruh panca indra mereka tanpa memperhitungkan kemungkinan bahaya yang akan timbul sehingga dapat menyebabkan kecelakaan dan melukai tubuh mereka bahkan bisa mengakibatkan kematian. Tidak jarang luka yang diakibatkan karena kecelakaan pada anak ini bersifat menetap dan harus ditanggung oleh anak sepanjang usianya. Saat anak menginjak usia remaja dimana rasa identitas dirinya muncul, ia akan menjadi minder karena *body image*nya terganggu, akibatnya anak akan menjadi rendah diri dan dapat membatasi diri dalam pergaulan.

Untuk menghindari atau meminimalkan terjadinya kecelakaan dan hal-hal yang tidak diinginkan pada anak, maka perawat perlu membekali orang tua dengan bimbingan petunjuk antisipasi (*anticipatory guidance*) agar masa emas *(golden age*) ini dapat berlangsung dengan baik dan tidak ada penyesalan orang tua dikemudian hari (Yuliastati, & Arni, 2016 ; Sutini & Supartini, 2018)

1. Pengertian Petunjuk Antisipasi (*Anticipatory Guidance*)

Secara harfiah, petunjuk antisipasi berasal dari bahasa inggris yaitu *anticipatory guidance*. *Anticipatory* berarti lebih dahulu, guidance berarti petunjuk. Jadi petunjuk antisipasi dapat diartikan sebagai petunjuk-petunjuk yang perlu diketahui terlebih dahulu agar orang tua dapat mengarahkan dan membimbing anaknya secara bijaksana sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara normal (Nursalam, 2005)

Pengertian yang lain *Anticipatory guidance* adalah suatu usaha orang tua dalam membimbing anaknya mengenai fase perkembangan, serta hal ini dapat membuat orangtua paham dan mengerti fakta sebenarnya yang terjadi agar dapat memenuhi berbagai keperluan di setiap umur anak. Dalam pertumbuhan dan perkembangan, seorang anak sangat membutuhkan adanya *anticipatory guidance* (bimbingan antisipasi) agar tidak terjadi trauma dari berbagai kejadian yang dialami anak. Bimbingan orang tua ini dilakukan saat anak di masa perkembangan anak serta yang paling penting saat anak di fase *infant*. sampai prasekolah (Tambunan & Ningsih, 2018).

2. Faktor-faktor yang menyebabkan kecelakaan

Menurut Tambunan dan Ningsih (2018) faktor-faktor yang menyebabkan kecelakaan adalah:

a. Jenis kelamin, biasanya lebih banyak pada anak laki-laki karena lebih aktif
b. Usia, kemampuan fisik dan kognitif anak, semakin besar usia anak akan semakin tahu kegiatan ataupun lingkungan yang berbahaya baginya.
c. Lingkungan yang berisiko untuk terjadinya kecelakaan, seperti tempat tinggal di sekitar sungai atau tidak ada fasilitas bermain, schingga bermain di jalan raya.
d. Adanya tidaknya penjaga atau pengasu

3. Pencegahan Kecelakaan Pada anak

Menurut Supartini (2004) untuk memahami tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kecelakaan, terutama di lingkungan rumah, orang tua harus diajak berpikir tentang kemungkinan adanya bahaya di lingkungan rumah. Bahaya umum yang dapat terjadi, di antaranya:

a. Lantai rumah yang licin atau basah, pada saat sedang dipel atau ada air tumpah di lantai.
b. Rumah dengan tangga yang curam dan tidak ada pegangan.
c. Alat makan dan minum yang terbuat dari bahan yang dapat pecah karena apabila anak menggunakannya kemudian pecah, hal ini berisiko terjadi perlukaan pada anak
d. Penyimpanan obat dan zat yang berbahaya lainnya yang terbuka dan dapat dijangkau anak. Misalnya, obat-obat P3K, cairan pembersih lantai, dan insektisida seperti Baygon.
e. Adanya sumur yang terbuka. Rumah yang menggunakan sumber air sumur gali selongsong atau tanpa selongsong, terdapat risiko yang sangat besar untuk terjadi kecelakaan pada anak karena anak tidak mengetahui bahayanya bermain di sisi sumur tersebut.
f. Adanya parit di depan atau di samping rumah walaupun kecil, tetapi jika parit tidak tertutup, anak-anak yang bermain di pinggirnya dapat terjatuh.
g. Rumah yang letaknya di pinggir jalan raya, terlebih lagi jika tidak ada pagar pengaman.
h. Kompor atau alat memasak yang letaknya dapat dijangkau anak-anak.
i. Kabel listrik yang berantakan, terlalu panjang, anak bisa menganggap kabel tersebut sebagai mainan tali atau ditariknya
j. Stop-kontak yang tidak tertutup dan dapat dijangkau anak karena anak bisa penasaran ingin memegang, bahkan mencoloknya dengan jari dan benda lain.

Tindakan yang dapat dilakukan oleh orang tua di rumah dalam upaya mencegah kecelakaan pada anak (Supartini, 2004) adalah:

a. Benda tajam untuk memasak atau berkebun dapat disimpán di dalam laci yang dapat dikunci sehingga tidak dapat dibuka anak.
b. Benda-benda kecil, seperti manik-manik, perhiasan, jarum, mainan kecil, alat tulis seperti penghapus, harus disimpan dalam laci yang tertutup rapat dan terkunci.
c. Zat yang berbahaya, seperti obat-obatan, Baygon, cairan pembersih lantai, pestisida, lem, dan lainnya agar disimpan dalam lemari terkunci. Khusus untuk obat-obatan, dapat dibuat lemari khusus yang ditempel di dinding yang tidak dapat dijangkau anak.

d. Amankan kompor dan berikan penutup yang aman, bila ada, gunakan jenis kompor yang cukup tinggi dengan penutup. Akan tetapi, apabila menggunakan kompor minyak tanah dan desain dapur tidak cukup tinggi, berikan pengaman pada sekeliling kompor dengan bahan yang terbuat dari kayu atau ditembok sekelilingnya dengan ketinggian yang cukup bagi orang dewasa.
e. Jaga lantai rumah selalu bersih dan kering. Jaga anak apabila lantai baru atau sedang dipel dan segera dilap jika ada air atau cairan lain tumpah.
f. Apabila ada tangga, pasang pintu di bagian bawah atau atas tangga dan jaga anak apabila akan naik atau turun tangga. Larangan anak untuk naik tangga tidak dianjurkan karena anak harus belajar untuk menaikinya, yang terpenting ada yang menjaga di belakang anak.
g. Sekring listrik harus tertutup dan atur kabel supaya tidak terlalu panjang sehingga tidak terjuntai ke bawah dan dapat dijangkau anak.
h. Apabila ada parit di samping atau depan rumah, tutup dengan papan atau disemen.
i. Bagi yang letak rumahnya di tepi jalan raya, sebaiknya ada pintu pagar yang harus selalu terkunci rapat.
j. Apabila rumah menggunakan sumber air dengan sumur gali, buat selongsongnya, kemudian tutup dengan papan/kayu atau besi yang tidak dapat dibuka anak.
k. Bayi yang ditidurkan di tempat tidurnya jangan ditinggal tanpa dipasang pengaman pada pinggir tempat tidur. Apabila ditidurkan di tempat tidur orang dewasa, bayi harus dalam pengawasan.

4. Petunjuk Antisipasi (*Anticipatory Guidance*)

Bimbingan antisipasi bagi orang tua akan berbeda untuk setiap tahap usia anak karena disesuaikan dengan karakteristiknya. Sebagai contoh mari kita lihat uraian di bawah ini (Wong, 2004 dalam Yuliastati & Arni, 2016):

a. Usia Bayi
    1) 6 bulan pertama
        a) Ajarkan perawatan bayi dan bantu orang tua untuk memahami kebutuhan dan respons bayi
        b) Bantu orang tua untuk memenuhi kebutuhan stimulasi bayi
        c) Tekankan kebutuhan imunisasi
        d) Persiapkan untuk pengenalan makanan padat
    2) 6 bulan kedua
        a) Siapkan orang tua akan respons *stranger anxiety* (takut pada orang asing) dari anak.
        b) Bimbing orang tua mengenai disiplin karena peningkatan mobilitas bayi.
        c) Ajarkan pencegahan cedera karena peningkatan keterampilan motorik anak dan rasa keingintahuannya.
b. Usia toddler (1-3 tahun):
    1) Usia 12-18 bulan
        a) Menyiapkan orang tua untuk mengantisipasi adanya perubahan tingkah laku dari *toddler* khususnya negativisme.

b) Dorong orang tua untuk melakukan penyapihan secara bertahap dan peningkatan pemberian makanan padat.

c) Adanya jadwal waktu makan yang rutin.

d) Pencegahan bahaya kecelakaan yang potensial terjadi terutama di rumah, kendaraan bermotor, keracunan, jatuh.

e) Perlunya ketentuan-ketentuan/peraturan/aturan disiplin dengan lembut dan cara-cara untuk mengatasi negatifistik dan temper tantrum yang sering terjadi pada *toddler*.

f) Perlunya mainan baru untuk mengembangkan motorik, bahasa, pengetahuan dan keterampilan sosial.

2) Usia 18-24 bulan

a) Menekankan pentingnya persahabatan sebaya dalam bermain.

b) Menekankan pentingnya persiapan anak untuk kehadiran bayi baru dan kemungkinan terjadinya persaingan dengan saudara kandung (*sibling rivalry*). Persaingan dengan saudara kandung adalah perasaan cemburu dan benci yang biasanya dialami oleh anak karena kehadiran/kelahiran saudara kandungnya. Hal ini terjadi bukan karena rasa benci tetapi lebih karena perubahan situasi. Libatkan anak dalam perawatan adik barunya seperti mengambilkan baju, popok, susu dan sebagainya.

c) Mendiskusikan kesiapan fisik dan psikologis anak untuk toilet training. *Toilet training* adalah suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol dalam melakukan buang air kecil atau buang air besar. *Toilet training* secara umum dapat dilaksanakan pada setiap anak yang sudah mulai memasuki fase kemandirian. Fase ini biasanya terjadi pada anak usia 18 – 24 bulan. Dalam melakukan *toilet training* ini, anak membutuhkan persiapan fisik, psikologis maupun intelektualnya. Dari persiapan tersebut anak dapat mengontrol buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Hidayat, 2005).

d) Perawat bertanggung jawab dalam membantu orang tua mengidentifikasi kesiapan anak untuk *toilet training*. Latihan miksi biasanya dicapai sebelum defekasi karena merupakan aktifitas regular yang data diduga. Sedangkan defekasi merupakan sensasi yang lebih besar daripada miksi yang dapat menimbulkan perhatian dari anak

e) Mendiskusikan berkembangnya rasa takut seperti pada kegelapan atau suara keras.

f) Menyiapkan orang tua akan adanya tanda-tanda regresi pada waktu anak mengalami stress (misalnya anak yang tadinya sudah tidak mengompol tiba-tiba menjadi sering mengompol).

3) Usia 24-36 bulan

a) Mendiskusikan kebutuhan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan dengan cara meniru.

b) Mendiskusikan pendekatan yang dilakukan dalam toilet training dan sikap menghadapi keadaan-keadaan seperti mengompol atau buang air besar (BAB) dicelana.

c) Menekankan keunikan dari proses berfikir *toddler* misalnya: melalui bahasa yang digunakan, ketidakmampuan melihat kejadian dari perspektif yang lain.
d) Menekankan disiplin harus tetap berstruktur dengan benar dan nyata, ajukan alasan yang rasional, hindari kebingungan dan salah pengertian.

c. Usia Prasekolah

Bimbingan terhadap orang tua selama usia prasekolah di antaranya adalah:

1) Usia 3 tahun
   a) Menganjurkan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas.
   b) Menekankan pentingnya batas-batas/peraturan-peraturan.
   c) Mengantisipasi perubahan perilaku yang agresif (menurunkan ketegangan/ tension).
   d) Menganjurkan orang tua untuk menawarkan kepada anaknya alternatifalternatif pilihan pada saat anak bimbang.
   e) Perlunya perhatian ekstra.
2) Usia 4 tahun
   a) Perilaku lebih agresif termasuk aktivitas motorik dan bahasa.
   b) Menyiapkan meningkatnya rasa ingin tahu tentang seksual.
   c) Menekankan pentingnya batas-batas yang realistik dari tingkah lakunya.
3) Usia 5 tahun
   a) Menyiapkan anak memasuki lingkungan sekolah.
   b) Meyakinkan bahwa usia tersebut merupakan periode tenang pada anak.

d. Usia Sekolah

Bimbingan yang dapat dilakukan pada orang tua untuk anak usia sekolah di antaranya adalah:

1) Usia 6 tahun
   a) Bantu orang tua untuk memahami kebutuhan sosialisasi dengan cara mendorong anak berinteraksi dengan temannya.
   b) Ajarkan pencegahan kecelakaan dan keamanan terutama naik sepeda.
   c) Siapkan orang tua akan peningkatan ketertarikan anak keluar rumah.
   d) Dorong orang tua untuk menghargai kebutuhan anak akan *privacy* dan menyiapkan kamar tidur yang berbeda.
2) Usia 7-10 tahun
   a) Menekankan untuk mendorong kebutuhan akan kemandirian.
   b) Tertarik untuk beraktivitas di luar rumah.
   c) Siapkan orang tua untuk menghadapi anak terutama anak perempuan memasuki prapubertas.
3) Usia 11-12 tahun
   a) Bantu orang tua untuk menyiapkan anak tentang perubahan tubuh saat pubertas.
   b) Anak wanita mengalami pertumbuhan cepat.
   c) Pendidikan seks (*Sex education*) yang adekuat dan informasi yang akurat.

e. Usia Remaja

1) Terima remaja sebagai manusia biasa
2) Hargai ide-idenya, kesukaan dan ketidaksukaan serta harapannya.
3) Biarkan remaja mempelajari dan melakukan hal-hal yang disukainya walaupun metodenya berbeda dengan orang dewasa.
4) Berikan batasan yang jelas dan masuk akal.
5) Hargai privacy remaja
6) Berikan kasih sayang tanpa menuntut.
7) Gunakan pertemuan keluarga untuk merundingkan masalah dan menentukan aturan-aturan.
8) Orangtua juga harus menyadari bahwa: mereka ingin mandiri, sensitif terhadap perasaan dan perilaku yang mempengaruhinya, teman-temannya merupakan hal yang sangat penting dan memandang segala sesuatu sebagai hitam atau putih, baik atau buruk.

5. Pencegahan Kecelakaan Yang Sering Terjadi Pada Anak Dari Berbagai Tahap Usia.

Kecelakaan merupakan peristiwa yang sering dialami oleh anak yang dapat melukai bahkan menyebabkan kematian. Bagaimanapun orang tua merupakan pihak yang paling bertanggung jawab terhadap kebutuhan dan keselamatan anak, sehingga mereka harus memahami karakteristik dan perilaku anak serta menyadari potensi bahaya yang dapat menimbulkan kecelakaan.

Anak laki-laki biasanya lebih banyak mengalami kecelakaan terutama saat bermain dibandingkan anak perempuan karena mereka lebih aktif dan banyak menggunakan keterampilan motorik kasarnya seperti berlari, melompat, memanjat, bermain sepeda dan sebagainya. Sedangkan anak perempuan cenderung lebih banyak menggunakan keterampilan motorik halus seperti bermain boneka, masak-masakan, bermain peran dan sebagainya.

Kejadian kecelakaan pada anak sebenarnya dapat dicegah dan diminimalisir dengan melakukan berbagai upaya di antaranya adalah memodifikasi lingkungan agar aman bagi anak. Di bawah ini adalah upaya-upaya pencegahan kecelakaan yang dapat dilakukan sesuai dengan tahap usia anak (Wong, 2004 dalam Yuliastati & Arni, 2016)):

a. Masa Bayi

Jenis kecelakaan yang biasa terjadi di antaranya adalah aspirasi benda asing (terutama benda-benda kecil seperti kancing, kacang-kacangan, biji buah, bedak dan sebagainya) jatuh, luka bakar (tersiram air panas atau minyak panas), keracunan dan kekurangan oksigen. Pencegahan yang sebaiknya dilakukan:

1) Menghindari aspirasi: Simpan pada tempat yang aman dan tidak terjangkau atau buang benda-benda yang berpotensi menyebabkan aspirasi seperti bedak, kancing, permen, biji-bijian dan sebagainya. Gendong bayi saat memberi makan dan menyusui.



Gambar 9.1
Risiko aspirasi pada bayi

2) Kekurangan oksigen: jauhkan dan jangan biarkan anak bermain plastik, sarung bantal atau benda-benda yang berpotensi membuat anak kekurangan oksigen. Jangan pernah meninggalkan bayi sendirian di kamar bayi atau kamar mandi.
3) Jatuh : beri pengaman tempat tidur saat bayi/anak sedang tidur, usahakan anak duduk di kursi khusus atau tidak memakai kursi tinggi, usahakan ujung benda seperti meja dan kursi tidak tajam. Jangan pernah meninggalkan bayi pada tempat yang tinggi dan bila ragu tempatkan bayi di lantai dengan pengalas.



Gambar 9.2
Risiko bayi jatuh

4) Luka bakar : cek air mandi sebelum dipakai, simpan air panas di tempat yang aman dan tidak terjangkau oleh anak. Jangan merokok di dalam rumah atau dekat dengan bayi.
5) Tempatkan peralatan listrik jauh dari jangkauan bayi dan gunakan pengaman.
6) Keracunan : simpan bahan toxic dilemari/tempat yang aman. Buang bahan-bahan yang mengandung zat kimia tidak terpakai seperti baterai ke tempat yang jauh dari jangkauan bayi.

b. Masa *Toddler*

Jenis kecelakaan yang sering terjadi :

1) Jatuh/luka akibat mengendarai sepeda.
2) Tenggelam.
3) Keracunan atau terbakar.
4) Tertabrak karena lari mengejar bola/balon.
5) Aspirasi dan asfiksia.



Gambar 9.3
Risiko Jatuh dari sepeda

Pencegahan yang bisa dilakukan:

1) Awasi anak jika bermain dekat sumber air.
2) Ajarkan anak berenang.
3) Simpan korek api, hati-hati terhadap kompor masak dan strika.
4) Tempatkan bahan kimia/toxic di lemari.
5) Jangan biarkan anak main tanpa pengawasan.
6) Cek air mandi sebelum dipakai
7) Tempatkan barang-barang berbahaya ditempat yang aman.
8) Jangan biarkan kabel listrik menggantung/menjuntai ke lantai.
9) Awasi anak pada saat memanjat, lari, lompat.



Gambar 9.4
Risiko Tertabrak Kendaraan

c. Pra Sekolah

Kecelakaan terjadi biasanya karena anak kurang menyadari potensi bahaya seperti: obyek panas, benda tajam, akibat naik sepeda misalnya main di jalan, lari mengambil bola/ layangan, menyeberang jalan.



Gambar 9.5
Risiko Kecelakaan pada anak prasekolah

Pencegahannya ada 2 cara:

1) Mengontrol lingkungan.
2) Mendidik anak terhadap keamanan dan potensial bahaya.
   a) Jauhkan korek api dari jangkauan.
   b) Mengamankan tempat-tempat yang secara potensial dapat membahayakan anak.
   c) Mendidik anak cara menyeberang jalan, arti rambu-rambu lalu lintas.

d. Usia Sekolah

1) Anak biasanya sudah berpikir sebelum bertindak.
2) Aktif dalam kegiatan: mengendarai sepeda, mendaki gunung, berenang.
3) Berikan pendidikan tentang Aturan lalu-lintas pada anak.
4) Apabila anak suka berenang, ajakan aturan yang aman dalam berenang.
5) Awasi anak saat menggunakan alat berbahaya seperti gergaji, alat listrik.
6) Ajarkan anak untuk tidak menggunakan alat yang bisa meledak/terbakar.



Gambar 9.5
Risiko Kecelakaan pada anak sekolah

e. Remaja

1) Jenis kecelakaan yang sering terjadi pada usia ini adalah:
   a) Kecelakaan lalu lintas terutama kendaraan bermotor yang dapat mengakibatkan fraktur, cedera kepala.
   b) Kecelakaan karena olah raga.
2) Oleh karena itu perlu diberikan pemahaman kepada remaja tentang:
   a) Petunjuk dalam penggunaan kendaraan bermotor
   b) Ada negosiasi antara orang tua dengan remaja.
   c) Penggunaan alat pengaman yang sesuai seperti helm sesuai standar, penggunaan sabuk keselamatan.
   d) Melakukan latihan fisik yang sesuai sebelum melakukan olah raga



Gambar 9.5
Risiko Kecelakaan pada anak remaja

C. Rangkuman

Masa anak merupakan masa dimana rasa ingin tahu mereka terhadap lingkungan sekitar sangat tinggi. Mereka akan mengeksplorasi lingkungan sekitar dengan menggunakan seluruh panca indra mereka tanpa memperhitungkan kemungkinan bahaya yang akan timbul sehingga dapat menyebabkan kecelakaan dan melukai tubuh mereka bahkan bisa mengakibatkan kematian**.**

Orang tua memahami tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kecelakaan, terutama di lingkungan rumah, orang tua harus diajak berpikir tentang kemungkinan adanya bahaya di lingkungan rumah. Kejadian kecelakaan pada anak sebenarnya dapat dicegah dan diminimalisir dengan melakukan berbagai upaya di antaranya adalah memodifikasi lingkungan agar aman bagi anak.

Anticipatory guidance adalah suatu usaha orang tua dalam membimbing anaknya mengenai fase perkembangan, serta hal ini dapat membuat orangtua paham dan mengerti fakta sebenarnya yang terjadi agar dapat memenuhi berbagai keperluan di setiap umur anak. Bimbingan antisipasi bagi orang tua akan berbeda untuk setiap tahap usia anak karena disesuaikan dengan karakteristiknya

D. Tugas Dan Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! Anda telah mengetahui bahwa potensi kecelakaan yang dapat dialami oleh anak dapat berasal darimana saja termasuk dari lingkungan sekitar Anda.

1. Jika Anda belum mempunyai anak, bayangkan seandainya Anda mempunyai bayi atau anak antara usia satu tahun sampai usia remaja. Kalau Anda sudah mempunyai anak, tugas ini akan lebih memudahkan Anda karena Anda tinggal menyesuaikan dengan usia anak.
2. Identifikasilah potensi-potensi bahaya yang ada di sekitar Anda yang dapat menyebabkan kecelakaan pada anak.
3. Tulislah di buku catatan hasil identifikasi yang telah Anda lakukan.
4. Buatlah rencana pemecahan masalahnya dengan cara memodifikasi lingkungan sesuai dengan kemampuan Anda.
5. Lakukan minimal satu pencegahan yang bisa Anda buat.

E. Daftar Pustaka

Firmansyah, H., dkk. (2021). *Keperawatan kesehatan anak berbasis teori dan riset.* Media Sains Indonesia. Kota Bandung Jawa Barat.

Nursalam. (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak untuk perawat dan bidan*. Salemba Medika Jakarta

Sutini, T., & Supartini, Y. (2018). *Modul ajar konsep keperawatan anak*. Asosiasi institusi pendidikan vokasi keperawatan Indonesia(AIPVIKI). Jakarta Pusat.

Supartini, Y. (2004). *Buku ajar konsep keperawatan anak*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tambunan, E.S., & Ningsih, R. (2018). *Tumbuh kembang optimal anak* stimulasi dan antisipasi. Wineka Media.

Yuliastati, & Arni, A.(2016). *Modul bahan ajar keperawatan anak.* Kementerian Kesehatan RI.

Biografi Penulis



Ns. Yulia Agustina, S.Kep., M.Kep, Dosen Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi Nusantara Jakarta. Pendidikan dimulai dari AKPER Depkes Bandar Lampung lulus tahun 1995; S1 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2006. Pada tahun 2012 penulis mendapat Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) KemendikBud di Universitas Indonesia dan menyelesaikan studi Magister Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2015. Penulis memiliki pengalaman bekerja sebagai staff pengajar di AKPER Muhammadiyah Pringsewu Lampung dari tahun 1996 - 2001. Kemudian tahun 2008 sampai sekarang bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi NUsantara sebagai dosen tetap. Mata kuliah yang diampu Keperawatan anak, Metodologi keperawatan, dan Dokumentasi keperawatan.

BAB X
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI : THALASEMIA

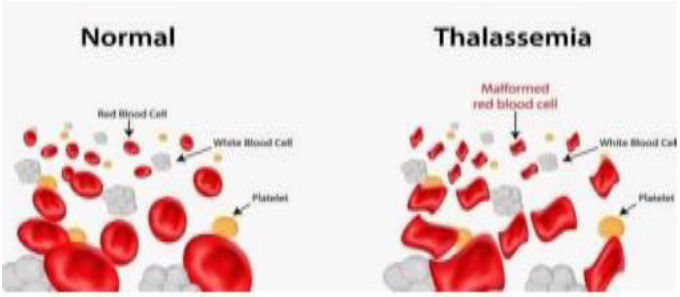
Fany Anitarini

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu memahami anatomi fisiologi hematologi
2. Mampu memahami Definisi gangguan hemtologi pada aanak : thalassemia
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan hematologi : Thalasemia.

B. Materi

1. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Thalasemia Sumber : Aslinar (2017)

a. Pengertian Hemoglobin

Hemoglobin merupakan pigmen yang mengandung zat besi terdapat dalam sel darah merah dan berfungsi terutama dalam pengangkutan oksigen dari paru- paru ke semua sel jaringan tubuh. (Pearce, 2009).

b. Tahap Pembentukan Hb

Tahap pembentukan Hb dimulai dalam eritroblast dan terus berlangsung sampai tingkat normoblast dan retikulosit. Dari penyelidikan dengan isotop diketahui bahwa bagian hem dari hemoglobin terutama disintesis dari asam asetat dan glisin. Sebagian besar sintesis ini terjadi didalam mitokondria. Langkah awal sintesis adalah pembentukan senyawa pirol, selanjutnya 4 senyawa pirol bersatu membentuk senyawa protoporfirin yang kemudian berikatan dengan besi membentuk molekul hem, akhirnya keempat molekul hem berikatan dengan satu molekul globin. Satu globin yang disintesis dalam ribosom retikulom endoplasma membentuk Hb (Azhar, 2009). Sintesis Hb dimulai dari suksinil koA yang dibentuk dalam siklus krebs berikatan dengan glisin yang dipengaruhi oleh enzim asam aminolevolinat (ALA) molekul pirol. Koenzim pada reaksi tersebut yaitu piridoksal fosfat (vitamin B6) yang dirangsang oleh eritropoetin, kemudian empat pirol bergabung untuk membentuk protoporfirin IX yang kemudian bergabung dengan rantai polipeptida panjang yang disebut globin yang disintesis di ribosom membentuk sub unit yang disebut rantai Hb (Azhar, 2009). Pembentukan Hb dalam sitoplasma terjadi bersamaan dengan proses

pembentukan DNA dalam inti sel. Hb merupakan unsur terpenting dalam plasma eritrosit. Molekul Hb terdiri dari globin, protoporfirin dan besi. Globin dibentuk disekitar ribosom sedangkan protoporfirin dibentuk disekitar mitokondria, besi didapat dari transferin. Pada permulaan sel, eritrosit berinti terhadap reseptor transferin. Gangguan dalam pengikatan besi untuk membentuk Hb akan mengakibatkan terbentuknya eritrosit dengan sitoplasma yang kecil dan kurang mengandung Hb. Tidak berhasilnya sitoplasma sel eritrosit berinti mengikat fe untuk pembentukan Hb dapat disebabkan oleh rendahnya kadar fe untuk pembentukan Hb dapat disebabkan oleh rendahnya kadar fe dalam darah (Azhar, 2009).

c. Metabolisme zat besi

Zat besi merupakan unsur yang penting dalam tubuh dan hampir selalu berikatan dengan protein tertetu seperti hemoglobin, mioglobin. Kompartemen zat besi yag terbesar dalam tubuh adalah hemogolbin yang dalam keadaan normal mengandung kira-kira 2 gram zat besi. Hemoglobin mengandung 0,34% berat zat besi, dimana 1 mL eritrosit setara 1 mg zat besi. Feritin merupakan tempat peyimpana terbesar zat besi dalam tubuh. Fungsi ferritin adalah sebagai peyimpana zat besi terutama dalam hati, limpa, da sumsum tulang. Zat besi yang berlebihan akan disimpan dan bila diperlukan dapat dimobilisasi kembali. Hati merupakan tempat peyimpanan ferritin terbesar di dalam tubuh dan berperan dalam mobilisasi ferriti serum. Pada penyakit hati akut maupu kronis, kadar ferritin meningkat, ini disebabkan pengambilan ferritin dalam sel hati terganggu dan terdapat pelepasan ferittin dari sel hati yang rusak. Pada penyakit keganasan, sel darah kadar ferritin serum meningkat disebabkan meningkatnya sintesis ferritin oleh sel leukemia pada keadaan infeksi dan inflamasi, terjadi gangguan pelepasan zat besi dari sel retikuloedotelial yang mekaismenya belum jelas, akibatya kadar ferritin intrasel dan serum meningkat. Ferritin disintesis dalam sel retikuloedotelial dan di sekresikan ke dalam plasma. Sintesis ferritin di pengaruhi kosentrasi cadangan besi intrasel dan berkaitan pula dengan cadangan besi intra sel (hemosiderin). Zat besi dalam plasma sebagian diberikan dengan transferrin, yang berfunsi sebagai transport zat besi. Tranferrin merupakan suatu glikoprotein, setiap molekul transferrin mengandung 2 atom fe. Zat besi yang berikatan dengan transferrin akan terukur sebagai kadar besi serum yang dalam keadaan normal hanya 20-45% transferrin yang jenuh dengan zat besi, sedangkan kapasitas daya ikut transferrin seluruhnya disebut daya ikat besi total (total iron binding capacity, TIBC) (Kiswari, 2014).

2. Pengertian

Thalasemia adalah suatu gangguan darah yang diturunkan di tandai oleh defisiensi produk rantai globin pada hemoglobin (SuriadidanYuliani, 2010). Thalasemia (anemia Cooley atau Mediterania) merupakan anemia yang relatif umum terjadi, dimana jumlah globin yang diproduksi tidak cukup untuk mengatasi selsel darah merah (Kliegman,2012).

Thalasemia merupakan suatu sindrom kelainan darah yang diwariskan (inherited) dan merupakan kelompok penyakit hemoglobinopati, yaitu kelainan yang disebabkan oleh gangguan sintesis hemoglobin akibat mutasi di dalam atau dekat gen globin. Kelainan hemoglobin pada penderita thalasemia akan menyebabkan eritrosit mudah mengalami destruksi, sehingga usia sel-sel darah merah menjadi lebih pendek dari normal yaitu berusia 120 hari (Marnis, Indriati, & Nauli, 2018).

3. Klasifikasi

Klasifikasi dari penyakit thalassemia menurut Suriadi (2006) yaitu :

a. Thalassemia alfa Thalassemia alfa merupakan jenis thalassemia yang mengalami penurunan sintesis dalam rantai alfa.
b. Thalassemia beta Thalassemia beta merupakan jenis thalassemia yang mengalami penurunan pada rantai beta.

Sedangkan berdasarkan jumlah gen yang mengalami gangguan, Hockenberry & Wilson (2009) mengklasifikasikan Thalasemia menjadi:

a. Thalasemia Minor Thalasemia minor merupakan keadaan yang terjadi pada seseorang yang sehat namun orang tersebut dapat mewariskan gen Thalasemia pada anak- anaknya. Thalasemia trait sudah ada sejak lahir dan tetap akan ada sepanjang hidup penderita. Penderita tidak memerlukan transfusi darah dalam hidupnya.
b. Thalasemia Intermedia Thalasemia intermedia merupakan kondisi antara Thalasemia mayor dan minor. Penderita Thalasemia ini mungkin memerlukan transfusi darah secara berkala, dan penderita Thalasemia jenis ini dapat bertahan hidup sampai dewasa.
c. Thalasemia Mayor Thalasemia jenis ini sering disebut Cooley Anemia dan terjadi apabila kedua orangtua mempunyai sifat pembawa Thalasemia (Carrier). Anak-anak dengan Thalasemia mayor tampak normal saat lahir, tetapi akan menderita kekurangan darah pada usia 3-18 bulan. Thalasemia mayor biasanya menjadi bergejala sebagai anemia hemolitik kronis yang progresif selama 6 bulan kehidupan. Transfusi darah reguler diperlukan pada penderita ini untuk mencegah kelemahan yang amat dan gagal jantung yang disebabkan oleh anemia (Nelson, 2000) dalam (Putri, 2015)
d. Penyebab

   Menurut Williams (2005) penyebab thalassemia adalah

   1) Gangguan resesif autosomal yang diturunkan
   2) Gangguan herediter yang disebabkan kelainan sistem rantai beta dan rantai alfa globin Sementara menurut Ngastiyah (2006) Penyebab kerusakan tersebut karena hemoglobin yang tidak normal (hemoglobinopatia) dan kelainan hemoglobin ini karena adanya gangguan pembentukan yang disebabkan oleh gangguan structural pembentukan hemoglobin (hemoglobin abnormal) misalnya pada HbS, HbF, HbD dan sebagainya, selain itu gangguan jumlah (salah satu/beberapa) rantai globin seperti pada thalassemia.
e. Patofisiologi

   Penyakit thalassemia disebabkan oleh adanya kelainan/perubahan/mutasi pada gen globin alpha atau gen globin beta sehingga produksi rantai globin tersebut berkurang atau tidak ada. Didalam sumsum tulang mutasi thalasemia menghambat pematangan sel darah merah sehingga eritropoiesis dan mengakibatkan anemia berat. Akibatnya produksi Hb berkurang dan sel darah merah mudah sekali rusak atau umurnya lebih pendek dari sel darah normal (120 hari). (Kliegman,2012).

   Kelebihan pada rantai alpha ditemukan pada beta thalasemia dan kelebihan rantai beta dan gama ditemukan pada alpha thalasemia. Kelebihan rantai polipeptida ini mengalami presippitasi dalam sel eritrosit. Globin intra eritrosik yang mengalami presipitasi, yang terjadi sebagai rantai polipeptida alpa dan beta, atau terdiri dari hemoglobin tak

stabilbadan Heinz, merusak sampul eritrosit dan menyebabkan hemolisis. Reduksi dalam hemoglobin menstimulasi bone marrow memproduksi RBC yang lebih. Dalam stimulasi yang konstan pada bone marrow, produksi RBC secara terus-menerus pada suatu dasar kronik, dan dengan cepatnya destruksi RBC, menimbulkan tidak adekuatnya sirkulasi hemoglobin. Kelebihan produksi dan destruksi RBC, menimbulkan tidak adekuatnya sirkulasi hemoglobin.

Kelebihan produksi dan destruksi RBC menyebabkan bone marrow menjadi tipis dan mudah pecah atau rapuh. Penyebab anemia pada talasemia bersifat primer dan sekunder. Penyebab primer adalah berkurangnya sintesis Hb A dan eritropoesis yang tidak efektif disertai penghancuran sel-sel eritrosit intrameduler. Penyebab sekunder adalah karena defisiensi asam folat, bertambahnya volume plasma intravaskuler yang mengakibatkan hemodilusi, dan destruksi eritrosit oleh system retikuloendotelial dalam limfa dan hati. Penelitian biomolekular menunjukkan adanya mutasi DNA pada gen sehingga produksi rantai alfa atau beta dari hemoglobin berkurang. Tejadinya hemosiderosis merupakan hasil kombinasi antara transfusi berulang, peningkatan absorpsi besi dalam usus karena eritropoesis yang tidak efektif, anemia kronis serta proses hemolysis

f. Manifestasi Klinis



1) Pada beberapa kasus Thalassemia dapat ditemukan gejala-gejala seperti:
   a) Badan lemah,
   b) Kulit kekuningan (jaundice),
   c) Urin gelap,
   d) Cepat lelah,
   e) Denyut jantung meningkat,
   f) Tulang wajah abnormal
   g) Pertumbuhan terhambat
   h) Permukaan perut yang membuncit dengan pembesaran hati dan limpa
2) Pasien Thalassemia mayor umumnya menunjukkan gejala gejala fisik berupa :
   a) Hambatan pertumbuhan,
   b) Anak menjadi kurus,
   c) Perut membuncit akibat hepatosplenomegali dengan wajah yang khas,

d) Frontal bossing,
e) Mulut tongos (rodent like mouth),
f) Bibir agak tertarik,
g) Maloklusi gigi. Perubahan ini terjadi akibat sumsum tulang yang terlalu aktif bekerja untuk menghasilkan sel darah merah,

g. Pemeriksaan penunjang



1) *Screening test*
   a) Interpretasi apusan darah

      Dengan apusan darah anemia mikrositik sering dapat dideteksi pada kebanyakkan Thalassemia kecuali Thalassemia α silent carrier.

   b) Pemeriksaan *osmotic fragility* (OF)

      Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan fragiliti eritrosit.

   c) Indeks eritrosit

      Dengan bantuan alat indeks sel darah merah dapat dicari tetapi hanya dapat mendeteksi mikrositik dan hipokrom serta kurang memberi nilai diagnostik. Maka metode matematika dibangunkan (Wiwanitkit, 2007).

   d) Model matematika

      Membedakan anemia defisiensi besi dari Thalassemia β berdasarkan parameter jumlah eritrosit digunakan. Beberapa rumus telah dipropose seperti 0.01 x MCH x $(MCV)^2$, RDW x MCH x $(MCV)^2$/Hb x 100, MCV/RBC dan MCH/RBC tetapi kebanyakkannya digunakan untuk membedakan anemia defisiensi besi dengan Thalassemia β (Wiwanitkit, 2007).

2) Definitive test
   a) Elektroforesis hemoglobin

      Pemeriksaan ini dapat menentukan pelbagai jenis tipe hemoglobin didalam darah. Pada dewasa konstitusi normal hemoglobin adalah Hb A1 95-98%, Hb A2 2-3%, Hb F 0.8-2% (anak di bawah 6 bulan kadar ini tinggi sedangkan neonatus bisa mencapai 80%).

   b) Kromatografi hemoglobin

      Pada elektroforesis hemoglobin, HB A2 tidak terpisah baik dengan Hb C. Pemeriksaan menggunakan high performance liquid chromatography (HPLC)

pula membolehkan penghitungan aktual Hb A2 meskipun terdapat kehadiran Hb C atau Hb E.

c) Molecular diagnosis

Pemeriksaan ini adalah gold standard dalam mendiagnosis Thalassemia.

h. Penatalaksanaan

Terdapat tiga standar perawatan umum untuk Thalasemia tingkat menengah atau berat, yaitu transfusi darah, terapi besi dan chelation, serta menggunakan suplemen asam folat. Selain itu, terdapat perawatan lainnya adalah dengan transplantasi sum-sum tulang belakang, pendonoran darah tali pusat, dan HLA (Children's Hospital & Research Center Oakland, 2005).

1) Transfusi darah

Transfusi yang dilakukan adalah transfusi sel darah merah. Terapi ini merupakan terapi utama bagi orang-orang yang menderita Thalasemia sedang atau berat. Transfusi darah dilakukan melalui pembuluh vena dan memberikan sel darah merah dengan hemoglobin normal. Untuk mempertahankan keadaan tersebut, transfusi darah harus dilakukansecara rutin karena dalam waktu 120 hari sel darah merah akan mati.

2) Terapi Khelasi Besi (*Iron Chelation*)

Hemoglobin dalam sel darah merah adalah zat besi yang kaya protein. Apabila melakukan transfusi darah secara teratur dapat mengakibatkan penumpukan zat besi dalam darah. Kondisi ini dapat merusak hati, jantung, dan organ-organ lainnya. Untuk mencegah kerusakan ini, terapi khelasi besi diperlukan untuk membuang kelebihan zat besi dari tubuh. Terdapat dua obat-obatan yang digunakan dalam terapi khelasi besi menurut *National Hearth Lung and Blood Institute* (2008) yaitu:

a) *Deferoxamine*

Deferoxamine adalah obat cair yang diberikan melalui bawah kulit secara perlahan-lahan dan biasanya dengan bantuan pompa kecil yang digunakan dalam kurun waktu semalam.

b) *Deferasirox* adalah pil yang dikonsumsi sekali sehari. Efek sampingnya adalah sakit kepala, mual, muntah, diare, sakit sendi, dan kelelahan.

c) Suplemen Asam Folat Asam folat adalah vitamin B yang dapat membantu pembangunan sel-sel darah merah yang sehat. Suplemen ini harus tetap diminum di samping melakukan transfusi darah ataupun terapi khelasi besi.

3) Transplantasi sum-sum tulang belakang

Bone Marrow Transplantation (BMT) sejak tahun 1900 telah dilakukan. Darah dan sumsum transplantasi sel induk normal akan menggantikan sel-sel induk yang rusak. Sel-sel induk adalah sel- sel di dalam sumsum tulang yang membuat sel-sel darah merah. Transplantasi sel induk adalah satu-satunya pengobatan yang dapat menyembuhkan Thalasemia. Namun, memiliki kendala karena hanya sejumlah kecil orang yang dapat menemukan pasangan yang baik antara donor dan resipiennya (Okam, 2001).

4) Pendonoran darah tali pusat (*Cord Blood*) *Cord*

Cord blood adalah darah yang ada di dalam tali pusat dan plasenta. Seperti tulang sumsum, itu adalah sumber kaya sel induk, bangunan blok dari sistem kekebalan

tubuh manusia. Dibandingkandengan pendonoran sumsum tulang, darah tali pusat non-invasif, tidak nyeri, lebih murah dan relatif sederhana (Okam, 2001).

5) HLA (*Human Leukocyte Antigens*)

Human Leukocyte Antigens (HLA) adalah protein yang terdapat pada sel dipermukaan tubuh. Sistem kekebalan tubuh kita mengenali sel kita sendiri sebagai 'diri' dan sel 'asing' sebagai lawan didasarkan pada protein HLA ditampilkan pada permukaan sel kita. Pada transplantasi sumsum tulang, HLA ini dapat mencegah terjadinya penolakan dari tubuh serta *Graft versus Host Disease* (GVHD). HLA yang terbaik untuk mencegah penolakan adalah melakukan donor secara genetik berhubungan dengan penerima (Okam, 2001).

i. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Suriadi (2006) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan terhadap pasien dengan thalassemia di antaranya membuat perfusi jaringan pasien menjadi adekuat kembali, mendukung anak tetap toleran terhadap aktivitasnya, memenuhi kebutuhan nutrisi yang adekuat dan membuat keluarga dapat mengatasi masalah atau stress yang terjadi pada keluarga.

Selain tindakan keperawatan yang di atas tadi, perawat juga perlu menyiapkan klien untuk perencanaan pulang seperti memberikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangan dan kondisi fisik anak, jelaskan terapi yang diberikan mengenai dosis dan efek samping, jelaskan perawatan yang diperlukan di rumah, tekankan untuk melakukan control ulang sesuai waktu yang di tentukan (Suriadi, 2006).

j. Komplikasi

Berikut ini adalah beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita thalassemia.

1) Komplikasi Jantung

Kerusakan jantung akibat terlalu banyak zat besi dapat menyebabkan penurunan kekuatan pompa jantung, gagal jantung, aritmia atau detak jantung yang tidak beraturan, dan terkumpulnya cairan di jaringan jantung.

2) Komplikasi pada Tulang

Sumsum tulang akan berkembang dan memengaruhi tulang akibat tubuh kekuerangan sel darah merah yang sehat.

Komplikasi tulang yang dapat terjadi adalah sebagai berikut:

a) Nyeri persendian dan tulang
b) Osteoporosis
c) Kelainan bentuk tulang
d) Risiko patah tulang meningkat jika kepadatan tulang menjadi rendah.

3) Pembesaran Limpa (Splenomegali)

Pembesaran limpa terjadi karena limpa sulit untuk mendaur ulang sel darah yang memiliki bentuk tidak normal dan berakibat kepada meningkatnya jumlah darah yang ada di dalam limpa, membuat limpa tumbuh lebih besar. Transfusi darah yang bertujuan meningkatkan sel darah yang sehat akan menjadi tidak efektif jika limpa telah membesar dan menjadi terlalu aktif, serta mulai menghancurkan sel darah yang sehat.

Kerusakan hati akibat terlalu banyak zat besi dapat menyebabkan terjadinya beberapa hal, seperti fibrosis atau pembesaran hati, sirosis hati atau penyakit degeneratif kronis di mana sel-sel hati normal menjadi rusak, lalu digantikan oleh jaringan parut, serta hepatitis. Oleh karena itu, penderita thalassemia dianjurkan untuk memeriksa fungsi hati tiap tiga bulan sekali.

4) Komplikasi pada Kelenjar Hormon

Sistem hormon diatur oleh kelenjar pituitari yang sangat sensitif terhadap zat besi. Para penderita thalassemia beta mayor, walaupun telah melakukan terapi khelasi, dapat mengalami gangguan sistem hormon.

k. Diagnosa Keperawatan

1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d hilang nafsu makan
2) Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan sekunder
3) Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif b.d deficit pengetahuan

C. Rangkuman

Thalasemia adalah penyakit genetis yang terdeteksi disaat seseorang masih dalam usia anak-anak. Penyakit genetic ini diakibatkan oleh ketidakmampuan sumsum tulang membentuk protein yang dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin (Rosnia et al., 2015). Thalasemia merupakan penyakit kelainan darah yang di wariskan dan merupakan kelompok penyakit hemoglobinopati (Marnis et al.,2018). Thalasemia sebagai penyakit genetik yang diderita seumur hidup akan membawa banyak masalah bagi penderitanya. Thalasemia merupakan kelainan seumur hidup yang disebabkan oleh kelainan gen autosom resesif, pada gen kromosom ke-16 pada alfa thalasemia dan kromosom ke-11 pada beta thalassemia. Thalasemia adalah suatu penyakit keturunan yang diakibatkan oleh kegagalan pembentukan salah satu dari empat rantai asam amino yang membentuk hemoglobin, sehingga hemoglobin tidak terbentuk sempurna. Tubuh tidak dapat membentuk sel darah merah yang normal, sehingga sel darah merah mudah rusak atau berumur pendek kurang dari 120 hari dan terjadilah anemia (Rahayuet al., 2016).

D. Tugas

1. Apa itu thalassemia?
2. Bagaimana anak bisa terkena thalassemia?
3. Apakah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada thalasemia?
4. Buatlah ringkasan tentang asuhan keperawatan thalassemia pada anak?

E. Referensi

Potter,Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik.ed. 4.Jakarta:EGC

PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia :Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.

----. (2017). Standar *Diagnosis keperawatan Indonesia definisi dan Indikator Edisi I Cetakan III(Revisi)*. Jakarta: DPP PPNI.

----. (2018). Standar *Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI

Arvin, Kliegman Behrman.2012. Nelson Ilmu Keperawatan Anak ed. 15, alih bahasa Indonesia, A.Samik Wahab.Jakarta: EGC.

Carpenito- Moyet, Lynda Juall.2006.Buku Saku Diagnosis Keperawatan.ed.10, alih bahasa,Yasmin Asih.Jakarta: EGC.

Handayaningsih,Isti.2007.Dokumentasi Keperawatan "DAR" panduan, konsep dan aplikasi. Jogjakarta: MITRA CENDIA Press

Hariyani, W & Haribowo, A.S. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi. Jakarta: Salemba Medika

Herdman,Heather.T.2012.NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan. Jakarta: EGC

ISFI.2008. ISO Informasi Spesialite Obat Indonesia.Jakarta: Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia

Nanda Internasional. 2005.Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi. Jakarta: EGC

Wong, Donna L.2009.Buku Ajar Keperawatan Pediatrik.ed.6.alih bahasa Dr. Andri Hartono. Jakarta:EGC.

Sausan, nur Rachmi. 2020. Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Thalasemia Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. Karya Tulis Ilmiah.

F. Glosarium

1. Autosom adalah kromosom tubuh yang berjumlah 22 pasang pada manusia.
2. Degeneratif merupakan proses berkurangnya fungsi sel saraf secara bertahap tanpa sebab yang diketahui
3. Frontal bossing adalah istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan dahi yang mengalami penonjolan berlebihan
4. Maloklusi adalah istilah medis untuk menggambarkan posisi atau susunan gigi dan rahang yang tidak normal.
5. Normoblas adalah eritrosit imatur yang dapat diamati dalam jumlah banyak di sumsum tulang, tapi tidak ada di darah tepi
6. Retikulosit adalah sel darah merah yang masih muda yang tidak berinti dan berasal dari proses pematangan normoblas di sumsum tulang
7. Resesif adalah Sifat yang muncul pada keturunan, yang artinya dalam suatu perkawinan sifat ini dapat dikalahkan oleh sifat pasangannya

Biografi Penulis



Fany Anitarini, Banyuwangi 12 September 1985. Pendidikan: Sarjana Keperawatan Surya Mitra Husada Kediri (2010), Magister Keperawatan (2019) Minat penelitian di bidang Keperawatan Anak. Sebagai pengajar keperawatan anak di Stikes Banyuwangi 2011 sampai sekarang

BAB XI
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PERSYARAFAN: KEJANG DEMAM

Laviana Nita Ludyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari tentang asuhan keperaatan pada anak dengan sistem persyarafan, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tentang definisi dan etiologi gangguan persyarafan
2. Menjelaskan tentang manifestasi klinik pada gangguan persyarafan
3. Menjelaskan patofisiologi pada gangguan persyarafan
4. Menjelaskan penatalaksanaan pada gangguan persyarafan
5. Menjelaskan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan persyarafan
   a. Pengkajian Keperawatan
   b. Diagnosa Keperawatan
   c. Intervensi dan Implementasi Keperawatan
   d. Evaluasi Keperawatan

B. Materi

1. Definisi dan etiologi Gangguan Persyarafan: Kejang Demam

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38^0C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Ngastiyah, 2014). Kejang Demam merupakan salah satu bentuk kejang yang terjadi pada anak-anak yang berkaitan dengan demam dan bukan disebabkan oleh infeksi Sistem Saraf Pusat (SSP), tanpa kejang neonatus sebelumnya atau kejang spontan sebelumnya serta tidak memenuhi kriteria untuk kejang simtomatik akut lainnya (Bernstein, 2016). Adapun macam dari kejang ini ada dua macam yaitu:

a. Kejang Demam Sederhana

   Tipe kejang ini bersifat generalisata, berlangsung kurang dari 15 menit, dan tidak kambuh dalam 24 jam.

b. Kejang Demam Komplek

   Tipe kejang ini berkepanjangan, dalam 24 jam kambuh lebih dari sekali dan bersifat lokal.

   Etiologi kejang demam yang sering terjadi pada anak-anak diantaranya adalah sebagai berikut:

   1) Infeksi intrakranial (meningitis)
   2) Reaksi toxic obat tertentu
   3) Cacar air dan influenza
   4) Infeksi telinga tengah
   5) Tonsilitis

6) Infeksi saluran pernapasan (misal: pneumonia, sinusitis)
7) Infeksi gigi
8) Gastroenteritis
9) Bronkhitis

(Klossner, 2010)

2. Manifestasi Klinik Gangguan Persyarafan

Adapun manifestasi klinik pada kejang demam ini adalah sebagai berikut:

a. Suhu meningkat hingga 39^0C
b. Kehilangan kesadaran
c. Warna kulit pucat hingga kebiruan
d. Tubuh termasuk tangan dan kaki mengalami kekakuan
e. Gigi terkatup dan kadang disertai muntah
f. Nafas berhenti selama beberapa saat
g. Anak tidak bisa mengontrol buang air kecil atau besar

3. Patofisiologi Gangguan Persyarafan

Perubahan keseimbangan dari membran sel neuron dapat terjadi karena adanya kenaikan suhu tubuh. Terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium melalui membran tersebut dalam waktu yang singkat mengakibatkan terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter sehingga terjadi kejang (Ngastiyah, 2014). Kenaikan suhu tubuh (hipertermia) juga menyebabkan terjadinya hiperventilasi dan alkalosis. Hal ini dapat memicu adanya eksitabilitas neuron dan mempermudah terjadi kejang. Demam juga dapat menyebabkan pelepasan sitokin (interleukin IL-1β) dan mediator peradangan lain di tubuh serta dalam otak sendiri. Hal ini akan meningkatkan sifat peka rangsang neuron dan pembentukan kejang demam (Bernstein, 2016).

4. Penatalaksanaan Gangguan Persyarafan

Penanganan pertama pada pasien kejang adalah dengan memastikan saluran napas, pernapasan dan sirkulasi. Langkah selanjutnya adalah dengan menghentikan kejang. Jika terus berlanjut maka diberikan terapi akut misalnya dengan diberikan diazepam per rektum. Tindakan selanjutnya adalah dengan penurunan suhu tubuh dengan pendinginan evaporatif dan pemberian antipiretik dengan dosis yang sesuai (Bernstein, 2016). Adapun cara penanganan untuk kejang adalah sebagai berikut:

a. Ketika anak mengalami kejang demam, hindari untuk menahan gerakan anak. Letakkan anak pada tempat yang nyaman dan empuk untuk mencegah anak terkena cedera.
b. Jangan meninggalkan anak dalam keadaan kejang demam. Perhatikan gerakan dan perilaku anak ketika mengalami kejang demam.
c. Hindari memasukkan apa pun ke dalam mulut anak, termasuk obat-obatan. Kondisi ini untuk menghindari anak tersedak ketika mengalami kejang demam,
d. Ketika anak mengalami kejang demam, hindari untuk menahan gerakan anak. Letakkan anak pada tempat yang nyaman dan empuk untuk mencegah anak terkena cedera.

e. Jangan meninggalkan anak dalam keadaan kejang demam. Perhatikan gerakan dan perilaku anak ketika mengalami kejang demam.

f. Hindari memasukkan apa pun ke dalam mulut anak, termasuk obat-obatan. Kondisi ini untuk menghindari anak tersedak ketika mengalami kejang demam,

5. Asuhan Keperawatan Gangguan Persyarafan

a. Pengkajian Keperawatan

1) Riwayat : Riwayat adanya kejang demam dalam keluarga, riwayat kejang, jenis dan durasi kejang, riwayat demam, riwayat adanya gangguan neurologis, keterlambatan perkembangan.
2) Pemeriksaan Fisik: Pada bayi adanya penonjilan pada fontanela mayor, kaku kuduk (meningismus), tanda-tanda paralisis.
3) Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik:
    a) Darah lengkap, hiponatremi, hipokalemi, peningkatan nilai gula darah sewaktu, leukositosis.
    b) Pungsi lumbal jika terdapat kecurigaan adanya infeksi yang berasal dari sistem syaraf pusat (meningitis, ensefalitis)
    c) Elektroensefalogram (EEG) tidak dilakukan untuk evaluasi kejang demam sederhana pertama.
    d) MRI dilakukan jika terdapat tanda-tanda kelainan fokal ataukejang berkepanjangan.

b. Diagnosa Keperawatan

1) Hipertermia yang berhubungan dengan penyakit atau trauma, peningkatan laju metabolisme.
2) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan dengan cedera otak, hipotensi sistemik disertai hipertensi intrakranial, penurunan perfusi serebral.

c. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Diagnosa: Hipertermia berhubungan dengan penyakit atau trauma, peningkatan laju metabolisme

Kriteria Hasil:

1) Tidak terjadi peningkatan suhu
2) Denyut nadi dan Frekuensi napas dalam batas normal
3) Akral hangat

Intervensi Regulasi temperatur

Observasi

1) Monitor kestabilan suhu tubuh.
2) Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam.
3) Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi.
4) Monitor warna dan suhu kulit.
5) Monitor dan catat tanda dan gejala hipertermia.

Terapeutik

1) Pasang alat pemantau suhu kontinyu jika perlu.
2) Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat.
3) Gunakan kasur pendingin, water circulating blanket, ice pack atau gel pad untuk menurunkan suhu tubuh.
4) Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien.

Kolaborasi

1) Berikan antipiretik sesuai indikasi.

Diagnosa: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang berhubungan dengan cedera otak, hipotensi sistemik disertai hipertensi intrakranial, penurunan perfusi serebral.

Kriteria Hasil:

1) Aktivitas kejang tidak ada
2) Kesadaran kompos mentis
3) Pola napas anak dalam batas normal
4) Ukuran dan reaktivitas pupil anak normal

Intervensi Manajemen Kejang

Observasi

1) Monitor terjadinya kejang berulang.
2) Monitor karakteristik kejang (mis.aktivitas motorik, dan progresi kejang).
3) Monitor status neurologis.
4) Monitor tanda-tanda vital.

Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas.
2) Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher.
3) Dampingi selama periode kejang.
4) Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam.
5) Catat durasi kejang.

Edukasi

1) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang.
2) Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien.

Kolaborasi

1) Berikan antikonvulsan sesuai indikasi.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Implementasi yang dapat dilakukan pada pasien diantaranya adalah dengan memonitor suhu tubuh dan kejang pasien, memonitor status neurologis dan tanda-tanda vital, mempertahankan kepatenan jalan nafas, melakukan kolaborasi pemberian obat anti konvulsi dan antipiretik.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap keefektifan tindakan yang sudah diberikan. Evaluasi yang dilakukan dapat meliputi status termoregulasi, status pernapasan, status neurologi serta disesuaikan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

C. Rangkuman

Kejang Demam merupakan salah satu bentuk kejang yang terjadi pada anak-anak yang berkaitan dengan demam. Kejang ini dikelompokan menjadi kejang demam sederhana dan kejang demam komplek. Etiologi dari kejang demam meliputi: Infeksi intrakranial (meningitis), Reaksi toxic obat tertentu, Cacar air dan influenza, Infeksi telinga tengah, Tonsilitis, Infeksi saluran pernapasan (misal: pneumonia, sinusitis), Infeksi gigi, Gastroenteritis, Bronkhitis. Penanganan pertama pada pasien kejang adalah dengan memastikan saluran napas, pernapasan dan sirkulasi. Langkah selanjutnya adalah dengan menghentikan kejang. Jika terus berlanjut maka diberikan terapi akut misalnya dengan diberikan diazepam per rektum. Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada kasus kejang demam diantaranya dengan pemeriksaan darah lengkap, pungsi lumbal. Asuhan Keperawatan pada gangguan persyarafan kejang demam meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Tugas

Soal Kasus

Seorang anak laki-laki, usia 7 tahun datang ke UGD dengan keluhan kejang. Hasil pemeriksaan: data kesadaran somnolen, keluar cairan dari mulut saat kejang, frekuensi napas 42x/ mnt, frekuensi nadi 90x/mnt, suhu 39^0C, badan terasa hangat, kejang terjadi 2-3 kali dalam sehari.

Buatlah analisa data dari kasus diatas, tentukan diagnosa keperawatan dan susunlah intervensi keperawatan yang tepat pada diagnosa keperawatan yang prioritas:

E. Referensi

Bernstein, Daniel. 2016. *Ilmu Kesehatan Anak: untuk mahasiswa kedokteran*. Jakarta: EGC.

Klossner, N.Jayne. 2010. *Introductory Maternity and Pediatric Nursing 2nd ed*. Lippincot William Wilkins.

Ngastiyah. 2014. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

F. Glosarium

Alkalosis : suatu keadaan yang disebabkan oleh penurunan konsentrasi ion hidrogen di dalam plasma darah arteri.

Antipiretik : obat penurun panas

EEG : singkatan dari elektroensefalografi yaitu alat untuk merekam fluktuasi tegangan (aktivitas elektrik) yang dihasilkan oleh ion di dalam neuron otak.

Eksitabilitas : kesanggupan sel untuk menerima dan merespon stimulus

Ensefalitis : peradangan pada otak yang disebabkan infeksi virus

Fontanela mayor: Ubun-ubun besar

Hiperventilasi : pernapasan yang berlebihan

Hipokalemi : kondisi kadar potasium (K^+) yang rendah dalam serum darah

Hiponatremi : kondisi dimana konsentrasi natrium yang rendah di dalam darah

Leukositosis : Kondisi sel darah putih (leukosit) di atas ambang normal

Meningismus : kaku kuduk

Meningitis : radang pada membran yang menyelubungi otak dan sumsum tulang belakang

MRI : singkatan dari Magnetic Resonance Imaging yaitu gambaran pencitraan bagian tubuh yang diambil dengan menggunakan daya magnet yang kuat.

Paralisis : kelumpuhan atau hilangnya fungsi otot

Pungsi lumbal : prosedur yang dilakukan untuk mengambil cairan serebrospinal.

Simtomatik : pengobatan yang dilakukan untuk mengurangi keluhan tanpa melihat penyakit utama yang menyebabkan keluhan tersebut timbul.

Biodata Penulis



Penulis adalah dosen aktif di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Kediri sejak tahun 2008. Penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Brawijaya dan lulus tahun 2008. Pendidikan Magister ditempuh di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2014. Penulis merupakan dosen yang fokus pada Peminatan Keperawatan anak dan tergabung dalam IPANI (Ikatan Perawat Anak Indonesia).

BAB XII
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN SINDROM NEFROTIK

Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar penyakit sindrom nefrotik pada anak
2. Mahasiswa mampu memahami asuhan keperawatan pada anak dengan sindrom nefrotik
3. Mahasiswa mampu mengerjakan soal latihan kasus pada anak dengan sindrom nefrotik

B. Uraian Materi

1. Definisi

Sindrom nefrotik (SN) adalah penyakit ginjal paling umum pada anak-anak yang umumnya terjadi pada anak usia sekolah kurang dari 14 tahun yang ditandai dengan proteinuria masif (> 40 mg / m2 / jam), hipoalbuminemia berat (<2.5 g / dL), edema, dan biasanya disertai hiperkolesterolemia> 200 mg / dL (International Study of Kidney Disease in Children).

Sindrom nefrotik adalah penyakit yang terdiri dari kebocoran protein dalam urin, yang mengakibatkan kondisi yang mengancam jiwa karena hipovolemia, hiperkoagulasi, dan infeksi. (Davin & Rutjes, 2011)

Kesimpulan: Definisi Sindrom nefrotik adalah penyakit ginjal pada anak yang sering terjadi pada usia sekolah kurang dari 14 tahun dan ditandai dengan sekumpulan gejala khas berupa proteinuria, hipoalbumenia, edema serta hiperkolestrolemia

2. Klasifikasi dan Etiologi

Berdasarkan etiologinya Sindrom nefrotik pada anak dapat diklasifikasikan menjadi 3 tiga kelompok, yaitu SN primer/ideopatik , SN sekunder, SN konginetal (Ellis, 2016)

a. Sindrom nefrotik idiopatik adalah bentuk SN yang paling sering terjadi pada anak-anak yang mewakili lebih dari 90 persen kasus antara usia 1 dan 10 tahun dan 50 persen setelah usia 10 tahun.
b. Sindrom nefrotik sekunder adalah sindrom nefrotik yang berhubungan dengan penyakit yang jelas dan inflamasi (seperti lupus nefritis, glomerulonefritis akut pasca infeksi, nefropati IgA, purpura Henoch-Schönlein, dll.)
c. Sindrom nefrotik kongenital dan infantil terjadi sebelum usia satu tahun dan sebagian besar terkait dengan infeksi (misalnya, sifilis, toksoplasmosis, dll.) Atau dengan mutasi gen yang mengkode protein podosit dan resisten terhadap steroid.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala anak dengan sindrom nefrotik menurut (Belleza. M, 2018) adalah :

a. Edema adalah ciri yang menonjol dari sindrom nefrotik dan awalnya berkembang di sekitar mata dan kaki; dengan berjalannya waktu menjadi edema anasarka dan terjadi peningkatan berat badan, perkembangan asites, atau efusi pleura.

b. Malnutrisi dapat menjadi parah, namun, edema umum menutupi hilangnya jaringan tubuh, menyebabkan anak tampak gemuk dan meningkatkan berat badannya.
c. Lekas marah dan kehilangan nafsu makan. Anoreksia, lekas marah, dan kehilangan nafsu makan.
d. Imunosupresi. Anak-anak ini umumnya rentan terhadap infeksi, dan kondisi pernapasan akut berulang adalah pola yang biasa.
e. Proteinuria. Albumin bocor karena kerusakan struktural, yang menyebabkan proteinuria.
f. Infeksi saluran pernafasan. Sering terjadi riwayat infeksi saluran pernapasan sebelum onset sindrom nefrotik.
g. Alergi. Sekitar 30% anak dengan sindrom nefrotik memiliki riwayat alergi.
h. Proteinuria masif (> 40 mg/m2 LPB/jam atau 50 mg/kg/hari atau rasio protein/ kreatinin pada urin sewaktu > 2 mg/mg atau dipstik ≥ 2+, Hipoalbuminemia < 2,5 g/dL, Hiperkolesterolemia > 200 mg/dL (Trihono *et al*., 2012)

4. Patofisiologi

Pada individu yang sehat, kurang dari 0,1% albumin plasma dapat melewati penghalang filtrasi glomerulus. Jumlah di atas 500 mg / hari menunjukkan penyakit glomerulus.

Kapiler glomerulus dilapisi oleh endotelium yang berada di membran basal glomerulus, yang pada gilirannya ditutupi oleh epitel glomerulus, atau podosit, yang membungkus kapiler dengan ekstensi seluler yang disebut proses kaki. Di antara proses kaki merupakan celah filtrasi; ketiga struktur ini — endotelium berfenestrasi, membran basal glomerulus, dan epitel glomerulus — merupakan penghalang filtrasi glomerulus. Filtrasi air plasma dan zat terlarut bersifat ekstraseluler dan terjadi melalui fenestrae endotel dan celah filtrasi.

Perubahan struktur glomerulus yang dapat menyebabkan proteinuria adalah kerusakan permukaan endotel, membran basal glomerulus, atau podosit; satu atau lebih dari mekanisme ini dapat dilihat pada salah satu jenis sindrom nefrotik. Albuminuria saja dapat terjadi atau, dengan cedera yang lebih parah, kebocoran semua protein plasma (yaitu proteinuria) dapat terjadi. Ada dua hipotesis saat ini untuk pembentukan edema pada sindrom nefrotik: hipotesis underfill menyatakan bahwa hilangnya albumin yang menyebabkan tekanan koloid plasma yang lebih rendah adalah penyebabnya; hipotesis overfill menyatakan bahwa edema disebabkan oleh retensi natrium ginjal primer (Belleza. M, 2018).

Gejala khas yang muncul pada NS adalah edema periorbital, labial / skrotum, edema ekstremitas bawah, maupun edema anasarka yang dapat menyebabkan asites dan efusi pleura/ efusi perikardial. Hal ini, dapat menyebabkan sakit perut, hipoperfusi dan ileus, dispnea, dan ekstremitas dingin. Secara umum, anak-anak dengan NS berisiko tinggi infeksi bakteri yang serius, seperti peritonitis, sepsis dan pneumonia karena disfungsi sel-T dan hilangnya sel-T imunoglobulin dalam urin. Infeksi adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak dengan NS. Oliguria dan deplesi volume intravaskular juga bisa berkembang, terkadang menyebabkan cedera ginjal akut (AKI) yang merupakan komplikasi penting lainnya dari sindrom nefrotik. (Downie et al., 2017)

Hiperkoagulasi pada SN dapat meningkatkan risiko trombosis vena dalam, trombosis vena sinus serebral, emboli paru, trombosis vena ginjal dan, trombosis arteri. Patofisiologi hiperkoagulabilitas adalah multifaktorial dan termasuk peningkatan faktor prothrombotik

yang beredar (faktor V dan VIII dan fibrinogen), disfungsi agregasi trombosit, hilangnya faktor antikoagulan urin (protein C dan S, dan antithrombin III) dan deplesi volume intravaskular.

Hiperlipidemia adalah konsekuensi umum dari sindrom nefrotik, yang diketahui sebagai akibat dari beberapa penyakit dan mekanisme yang mendasari yaitu:

a. Peningkatan sintesis kolesterol, trigliserida dan lipoprotein di hati
b. Hipoalbuminemia karena albumin mengangkut kolesterol dalam aliran darah
c. Penurunan aktivitas lipoprotein lipase yang biasanya memfasilitasi pematangan LDL dari VLDL,
d. Lecithin-cholesteryl defisiensi acyltransferase (LCAT) bawaan yang hilangan melalui urin sehingga mencegah perkembangan normal HDL

Proteinuria tingkat tinggi menyebabkan hipoalbuminemia yang pada gilirannya menurunkan tekanan onkotik plasma sehingga menyebabkan cairan bocor ke interstitium. Edema merupakan gambaran klinis penting dari diagnosis sindrom nefrotik (NS) dari berbagai etiologi. Edema terjadi akibat akumulasi cairan di kompartemen cairan interstisial. Edema anasarka terjadi akibat kehilangan selektif sejumlah besar albumin dalam urin sehingga terjadi hipoalbuminemia dan penurunan tekanan onkotik plasma yang mendukung sekuestrasi cairan di kompartemen cairan interstisial, dan memicu Na + ginjal dan retensi cairan untuk menjaga volume dan tekanan darah intravaskular sebagai kompensasi untuk mencegah hypovolemia (Ellis, 2016).

5. Penatalaksanaan

Anak dengan manifestasi klinis SN pertama kali, sebaiknya dirawat di rumah sakit dengan tujuan untuk mempercepat pemeriksaan dan evaluasi pengaturan diit, penanggulangan edema, memulai pengobatan steroid, dan edukasi orangtua (Belleza. M, 2018) dan (Trihono et al., 2012).

a. Pemeriksaan yang harus dilakukan sebelum pengobatan steroid dimulai, adalah: Mengukur berat badan dan tinggi badan anak. Mengukur tekanan darah. Melakukan pemeriksaan fisik untuk mencari tanda atau gejala penyakit sistemik, seperti lupus eritematosus sistemik, purpura Henoch-Schonlein. Mencari fokus infeksi di gigi-geligi, telinga, ataupun kecacingan. Setiap infeksi perlu dieradikasi lebih dahulu sebelum terapi steroid dimulai. Melakukan uji Mantoux. Bila hasilnya positif diberikan profilaksis INH selama 6 bulan bersama steroid, dan bila ditemukan tuberkulosis diberikan obat antituberkulosis (OAT).
b. Tata lakasana diet pada anak dengan SN adalah dengan diit protein normal sesuai dengan RDA (*recommended daily allowances*) yaitu 1,5-2 g/kgbb/hari. Diit rendah garam (1-2 g/hari) hanya diperlukan selama anak menderita edema. Pemberian diit tinggi protein merupakan kontraindikasi karena akan menambah beban glomerulus untuk mengeluarkan sisa metabolisme protein (hiperfiltrasi) dan menyebabkan sklerosis glomerulus. Sedangkan bila diberi diit rendah protein akan terjadi malnutrisi energi protein (MEP) dan menyebabkan hambatan pertumbuhan anak.
c. Restriksi cairan dianjurkan selama ada edema berat. Biasanya diberikan loop diuretic seperti furosemid 1-3 mg/kgbb/hari, bila perlu dikombinasikan dengan spironolakton (antagonis aldosteron, diuretik hemat kalium) 2-4 mg/kgbb/hari. Sebelum pemberian diuretik, perlu disingkirkan kemungkinan hipovolemia. Pada pemakaian diuretik lebih dari 1-2 minggu perlu dilakukan pemantauan elektrolit kalium dan natrium darah.

d. Pada SN idiopatik, kortikosteroid merupakan pengobatan awal, kecuali bila ada kontraindikasi. Jenis steroid yang diberikan adalah prednison atau prednisolon.
e. Protein plasma. Agen ini digunakan untuk melengkapi diuresis pada pasien dengan edema; meningkatkan tekanan onkotik dan dengan demikian mendorong perpindahan cairan dari jaringan interstisial.
f. Agen imunosupresif. Agen ini digunakan untuk melengkapi diuresis pada pasien dengan edema; meningkatkan tekanan onkotik dan dengan demikian mendorong perpindahan cairan dari jaringan interstisial.
g. Pemantauan di rumah. Pemantauan protein urin dan status cairan di rumah merupakan aspek penting dari manajemen; semua pasien dan orang tua harus dilatih untuk memantau protein urin pagi pertama di rumah dengan dipstik urin; tes urine di rumah juga berguna untuk memantau respons (atau non-respons) terhadap pengobatan steroid.
h. Aktivitas anak direkomendasikan rencana aktivitas normal.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Untuk memastikan adanya sindrom nefrotik, tes laboratorium harus memastikan (1) proteinuria (2) hipoalbuminemia, dan (3) hiperlipidemia. Oleh karena itu, pengujian laboratorium awal harus mencakup hal-hal berikut: (Trihono et al., 2012)

a. Pemeriksaan urin. Protein / kreatinin urin pagi pertama lebih mudah diperoleh daripada pemeriksaan urin 24 jam, rasio protein / kreatinin urin lebih dari 2-3 mg / mg konsisten dengan proteinuria
b. Pemeriksaan darah. Kadar albumin serum pada sindrom nefrotik umumnya kurang dari 2,5 g / dL; kadar natrium serum rendah pada pasien dengan INS karena hiperlipidemia (pseudohyponatremia), serta pengenceran karena retensi air; pada hitung darah lengkap, peningkatan hemoglobin dan hematokrit menunjukkan hemokonsentrasi dan penurunan volume intravaskular; jumlah trombosit sering meningkat.
c. Pengujian genetik. Pasien dengan sindrom nefrotik infantil atau kongenital harus menjalani tes mutasi pada NPHS1 dan WT1; Jika hasil pengujian normal, maka pengujian mutasi pada NPHS2 dan PLCE1 harus dipertimbangkan.

7. Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan anak dengan sindrom nefrotik meliputi adalah: lakukan penilaian keperawatan beberapa hal sebagai berikut:

a. Edema: amati adanya edema saat melakukan pemeriksaan fisik pada anak dengan sindrom nefrotik.
b. Timbang berat badan anak dan ukur lingkar perut untuk untuk dijadikan patokan.
c. Periksa tanda-tanda vital, termasuk tekanan darah.
d. Periksa pitting edema, perhatikan setiap pembengkakan di sekitar mata atau pergelangan kaki dan bagian lain yang bergantung.

Periksa kulit untuk mencari pucat, iritasi, atau kerusakan; periksa area skrotum anak laki-laki untuk melihat adanya pembengkakan, kemerahan, dan iritasi (Belleza. M, 2018)

8. Asuhan Keperawatan

Berdasarkan penilaian data, diagnosis keperawatan utama adalah:(Belleza. M, 2018)

a. Volume cairan berlebih terkait dengan akumulasi cairan di jaringan dan ruang ketiga.
b. Risiko gizi tidak seimbang: kurang dari kebutuhan tubuh terkait anoreksia.
c. Risiko gangguan integritas kulit terkait edema.
d. Kelelahan yang berhubungan dengan edema dan proses penyakit.
e. Risiko infeksi terkait imunosupresi.
f. Pengetahuan yang kurang tentang pengasuhan terkait dengan proses penyakit, pengobatan, dan perawatan di rumah.
g. Koping keluarga yang dikompromikan terkait dengan perawatan anak dengan penyakit kronis.

9. Tujuan Asuhan Keperawatan

Tujuan utama perencanaan asuhan keperawatan untuk anak dengan sindrom nefrotik adalah: (Belleza. M, 2018)

a. Meredakan edema.
b. Memperbaiki status gizi.
c. Menjaga integritas kulit.
d. Menghemat energi.
e. Mencegah infeksi.

10. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk anak dengan sindrom nefrotik adalah: (Belleza. M, 2018)

a. Memantau asupan dan keluaran cairan. Memantau dan mendokumentasikan asupan dan keluaran secara akurat; menimbang anak pada waktu yang sama setiap hari, pada skala yang sama dengan pakaian yang sama; ukur perut anak setiap hari setinggi umbilikus.
b. Meningkatkan asupan nutrisi. Tawarkan diet yang menarik dan bergizi secara visual; berkonsultasi dengan anak dan keluarga untuk mempelajari makanan mana yang menarik bagi anak; memberikan porsi kecil tapi sering membantu meningkatkan asupan total anak dengan lebih baik.
c. Mempromosikan integritas kulit. Periksa semua permukaan kulit secara teratur untuk mengobservasi adanya kerusakan kulit; rubah posisikan anak setiap 2 jam; melindungi permukaan kulit dari tekanan dengan menggunakan bantal dan bantalan yang lembut; melindungi permukaan kulit yang tumpang tindih dari gesekan dengan menempatkan kain kasa atau kapas secara hati-hati; mandikan anak secara teratur; Sedikit tepung maizena bisa menenangkan kulit.
d. Mempromosikan konservasi energi. Istirahat di tempat tidur sering terjadi selama tahap edema dari kondisi tersebut; seimbangkan aktivitas dengan waktu istirahat dan dorong anak untuk beristirahat saat kelelahan; rencanakan aktivitas yang tenang dan sesuai usia yang menarik minat anak.
e. Mencegah infeksi. Lindungi anak dari siapa pun yang terinfeksi: staf, keluarga, pengunjung, dan anak-anak lain; mencuci tangan dan asepsis medis yang ketat sangat penting; dan amati tanda-tanda awal infeksi.

11. Evaluasi

Tujuan terpenuhi sebagaimana dibuktikan oleh: (Belleza. M, 2018)

a. Bebas dari edema.
b. Perbaikan status gizi.
c. integritas kulit terjaga.
d. Konservasi energi.
e. Pencegahan infeksi.

C. Rangkuman

Sindrom nefrotik adalah penyakit ginjal pada anak yang sering terjadi pada usia sekolah kurang dari 14 tahun dan ditandai dengan kumpulan gejala yang khas berupa proteinuria, hipoalbumenia, edema serta hiperkolestrolemia. Berdasarkan etiologinya Sindrom nefrotik pada anak dapat diklasifikasikan menjadi 3 tiga kelompok, yaitu SN primer/ideopatik , SN sekunder, SN konginetal. Manajemen asuhan keperawatan meliputi: amati adanya edema saat melakukan pemeriksaan fisik pada anak dengan sindrom nefrotik. Timbang berat badan anak dan ukur lingkar perut untuk untuk dijadikan patokan. Periksa tanda-tanda vital, termasuk tekanan darah. Periksa pitting edema, perhatikan setiap pembengkakan di sekitar mata atau pergelangan kaki dan bagian lain yang bergantung. Periksa kulit untuk mencari pucat, iritasi, atau kerusakan; periksa area skrotum anak laki-laki untuk melihat adanya pembengkakan, kemerahan, dan iritasi

D. Tugas

1. Seorang anak laki-laki berusia 7 tahun dibawa ke rumah sakit oelh keluarganya dengan keluhan utama badan anaknya bengkak di seluruh tubuh terutama dibagian wajah dan mata. Ibunya mengatakan 6 hari SMRS saat bangun tidur pagi hari mata anaknya sembab, namun sembab berkurang di sore hari, sembab juga menyebar dibagian perut dan esoknya pada kedua kaki, sejak 4 hari yag lalu BAK berwarna merah tua dan sedikit. Anak mengeluh mual, dan tidak nafsu makan. Perawat melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik, didapatkan data: terdapat luka borok pada kulit pasien, Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis, pada pemeriksaan TTV didapatkan nadi 112x/menit, RR : 24x/menit, suhu : 36,7^{0}C, dan tekanan darah 120/80 mmHg. BB= 45 kg, PB 136 cm. pada pemeriksaan lab darah rutin diperoleh HB : 10,9 g/dl, WBC : 5.900, trombosit : 398.00, Ht : 33%, kolesterol total 476 gr/dl, protein total 2,6 g/dl, albumin: 1,2 g/dl, globulin : 1,46 g/dl, Ureum : 33 mg/dl. terdapat oedem priorbita (+), hipoalbuminemia (+) dan pada ektstremitas pitting edema (+) dengan derajat II. Pada pemeriksaan urin lengkap diperoleh warna : kuning, kejernihan :agak keruh, berat jenis : 1,045, pH 5,5, glukosa (-), bilirubin (-),darah (+2), protein (+3) , urobilonogen (+1), leukosit (+1). Th/ medikamentosa yg diberikan furosemid 2x30 mg.

   Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan kasus diatas.
2. Anak perempuan usia 6 tahun dirawat di ruang rawat anak dengan keluhan edema seluruh tubuh, dan nyeri perut. Hasil pengkajian skala nyeri 4, mual dan tidak nafsu makan. TD 120/80 mmHg, frekuensi napas 24 x/menit, frekuensi nadi 90 x/menit, suhu 37 $^\circ$C. Diagnosis pasien adalah Sindroma Nefrotik. Apakah pengkajian lanjut pada kasus tersebut?

a. monitor status nutrisi
b. pemeriksaan urine lengkap
c. auskultasi bising usus
d. monitor status hidarasi
e. ukur lingkar perut

3. Anak perempuan usia 6 tahun dirawat di ruang rawat anak dengan keluhan edema seluruh tubuh, dan nyeri perut. Hasil pengkajian skala nyeri 4, mual dan tidak nafsu makan. TD 120/80 mmHg, frekuensi napas 24 x/menit, frekuensi nadi 90 x/menit, suhu 37 °C. Diagnosis pasien adalah Sindroma Nefrotik. Apakah masalah utama pada kasus tersebut?
   a. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
   b. Kelebihan volume cairan
   c. cemas pada anak
   d. deficit volume cairan
   e. gangguan rasa nyaman
4. Anak laki-laki usia 10 tahun dirawat dengan diagnosis sindrom nefrotik. Hasil pengkajian Ibu mengatakan badan anaknya menjadi bengkak, terutama di agi hari muka tampak bulat dan mata sembab. Hasil pemeriksaan terdapat edema anasarka. Apakah penyebab utama pada kasus tersebut?
   a. tekanan onkotik plasma menurun
   b. tekanan hidrostatik meningkat
   c. tekanan darah menurun
   d. perpindahan cairan ke ruang interstisial
   e. hyperkolesterolemia
5. Anak perempuan usia 8 tahun dibawa ke rumah sakit anak dicurigai mengalami sindrom nefrotik. Ibu mengatakan muka dan mata anaknya bengkak terutama pada pagi hari, dan perut semakin membesar. Hasil pengkajian terdapat edema. TD 100/70 mmHg, frekuensi napas 26 x/menit, frekuensi nadi 85 x/menit dan suhu 37,5°C. Apakah pemeriksaan yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis pada kasus tersebut?
   a. analisa urine
   b. pemeriksaan USG
   c. pemeriksaan kadar hemoglobin
   d. elektrolit
   e. foto rontgen

E. Daftar Pustaka

Belleza. M. (2018). Nephrotic Syndrom Nursing Care Management. In *nursieslabs.com* (Vol. 36, Issue 1, pp. 34–35). https://doi.org/10.1097/nor.0000000000000316

Davin, J.-C., & Rutjes, N. W. (2011). Nephrotic Syndrome in Children: From Bench to Treatment. *International Journal of Nephrology*, *2011*, 1–6. https://doi.org/10.4061/2011/372304

Downie, M. L., Gallibois, C., Parekh, R. S., & Noone, D. G. (2017). Nephrotic syndrome in infants and children: Pathophysiology and management. *Paediatrics and International Child Health*, *37*(4), 248–258. https://doi.org/10.1080/20469047.2017.1374003

Ellis, D. (2016). Pathophysiology, evaluation, and management of edema in childhood nephrotic syndrome. *Frontiers in Pediatrics*, *3*(JAN), 1–11. https://doi.org/10.3389/fped.2015.00111

"Nephrotic syndrome in children: prediction of histopathology from clinical and laboratory characteristics at time of diagnosis. A report of the International Study of Kidney Disease in Children," Kidney International, vol. 13, no. 2, pp. 159–165, 1978.

Trihono, P. P., Alatas, H., Tambunan, T., & Pardede, S. o. (2012). Tata Laksana Sindrom Nefrotik Idiopatik Pada Anak. In *Badan Penerbit IDAI* (2nd ed., Vol. 20, Issue 2). https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2018.5749

Biografi Penulis



Ns. Rokhaidah, M.Kep.Sp.Kep.An, Dosen tetap Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional (UPN) Veteran Jakarta. Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2014; dan spesialis keperawatan anak Universitas Indonesia lulus tahun 2015. Penulis memiliki pengalaman bekerja sebagai dosen tetap di UPN Veteran Jakarta sejak tahun 2014. Mata kuliah yang diampu adalah Keperawatan anak, Keperawatan Dasar, dan Dokumentasi Keperawatan serta sebagai pembimbing praktik klinik profesi Ners Keperawatan Anak

BAB XIII
KONSEP PERAWATAN NEONATUS ESSENSIAL

Antonetha Rosni Hunggumila, SST., M.Kes

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami konsep perawatan neonatus essensial meliputi; konsep neonatus, kewaspadaan umum, penilaian awal, pencegahan kehilangan panas, pemotongan dan perawatan talipusat, inisiasi menyusui dini (IMD), pencegahan perdarahan, pencegahan infeksi mata, pemberian imunisasi, pemberian identitas dan pemeriksaan fisik.

B. Materi

1. Konsep Neonatus

a. Pengertian

Neonatus adalah bayi baru lahir berusia nol sampai 28 hari atau satu bulan dalam masa adaptasi dari kehidupan dalam rahim kekehidupan diluar rahim. Memerlukan pemantauan ketat dan perawatan khusus sebab bila penanganan kurang tepat dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang mengakibatkan kesakitan, kecatatan bahkan sampai kematian. Masa neonatus dapat dibedakan dalam dua kategori yakni neonatus dini dimana bayi berusia 0-7 hari dan neonatus lanjut bayi berusia 8-28 hari. (Lyndon, 2014)

Neonatus adalah bayi yang berusia 0-28 hari yang baru mengalami proses kelahiran dan memerlukan proses penyesuaian secara fisiologis melalui maturasi, adaptasi dan toleransi bayi baru lahir agar dapat mempertahankan kehidupan dengan baik. (Marni, 2015). Adaptasi diperlukan oleh neonatus agar tetap bertahan hidup dalam lingkungan baru. Maturasi mempersiapkan bayi untuk transisi dari kehidupan dalam rahim kekehidupan diluar rahim dan ini sangat berhubungan erat dengan masa gestasi atau umur kehamilan dan berat badan saat lahir. Toleransi berhubungan dengan kemampuan tubuh bayi dapat bertahan pada kondisi-kondisi abnormal seperti hipoksia, hipoglikemia dan perubahan PH lainnya. Makin matur bayinya makin baik adaptasinya tetapi makin kurang toleransinya, dimana toleransi dan adaptasi berbanding terbalik bila dibandingkan dengan maturasi. (Hassan R, 2005).

Upaya menurunkan kematian neonatal diperlukan komitmen tenaga kesehatan yang konsisten dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan berkesinambungan dari sejak bayi dalam kandungan, saat lahir hingga masa neonatal. Masalah utama pada masa perinatal dapat menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan oleh karena itu perawatan neonatal harus sesuai dengan standar serta upaya-upaya lain untuk menurunkan angka kematian bayi akibat hipotermia, asfiksia, bayi berat lahir rendah dan infeksi paskah lahir. (Kemenkes RI, 2013)

b. Ciri-ciri neonatus normal.

Menurut Marni (2015) kriteria neonatus normal adalah sebagai berikut:

1) Berat badan bayi 2500-4000 gram
2) Panjang badan 48-52 cm

3) Lingkar dada 30-38 cm
4) Lingkar kepala 33-35 cm
5) Frekuensi denyut jantung 180 kali/menit, kemudian pada menit ke 30 turun sampai 120-140 kali/menit
6) Frekuensi pernapasan pada menit pertama 60 kali/menit, kemudian pada beberapa menit kemudian menurun kira-kira 40 kali/menit
7) Kulit kemerahan dan dilapisi verniks kaseosa.
8) Rambut dikepala tumbuh dengan baik dan rambut lanugo sudah mulai menghilang.
9) Kuku tangan dan kaki agak panjang dan lemas.
10) Daerah genetalia pada bayi laki-laki terdapat testis sudah turun dalam kantung skrotum, dan pada bayi perempuan labia mayora telah menutupi labia minora.
11) Refleks isap sudah kuat, dan refleks lain seperti *graps refleks, moro refleks* dan refleks menelan telah terbentuk dengan baik
12) Eliminasi pada 24 jam pertama sudah normal dan pengeluaran meconium berwarna kehijauan dan lengket.

c. Tanda-tanda bahaya neonatus

Penting bagi orang tua diberitahukan dan mengenali akan tanda dan bahaya pada neonatus agar segera dilakukan pertolongan. Ciri-ciri atau tanda bahaya pada neonatus sebagai berikut:

1) Bayi mengalami kesulitan bernafas, frekuensi nafas <40 kali permenit dan >60 kali permenit
2) Suhu <36,5^{o}C (hipotermia) dan >37,5^{o}C (hipertemia).
3) Kulit nampak pucat kebiruan dan kering terutama dalam 24 jam pertama.
4) Bayi rewel, mengantuk yang berlebihan, sering muntah dan hisapan saat menyusui lemah serta bayi malas menyusui.
5) Tali pusat mengalami perdarahan atau nampak bengkak kemerahan, keluar cairan berbau.
6) Terdapat tanda infeksi seperti demam, bengkak, keluar cairan berbau busuk, mata bernanah, dan pernafasan sulit atau sesak.
7) Tidak BAB dalam tiga hari, tidak BAK dalam 24 jam atau tinja encer, berwarna hijau, berlendir atau berdarah.

Bayi kejang, mengantuk berlebihan, mengigil dan rewel serta menangis terus menerus. (Kemenkes RI, 2014)

Pemantauan dan perawatan neonatus wajib dilakukan oleh petugas kesehatan agar dapat mengenal sedini mungkin masalah-masalah pada bayi baru lahir. Berikut beberapa kebutuhan perawatan neonatus yang harus dilakukan agar dapat mempertahankan keberlangsungan hidup neonatus sebagai berikut:

1) Menjaga agar bayi tetap dalam keadaan hangat atau terbungkus
2) Membersihkan saluran pernapasan dengan cara menghisap lendir yang ada dalam mulut dan hidung bayi

3) Mengeringkan tubuh bayi. Verniks kaseosa berfungsi menghangatkan tubuh bayi maka hindari mengeringkan bagian punggung dan tangan bayi, keringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut.
4) Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik septik dan antiseptic untuk menghindari infeksi tali pusat.
5) Melakukan insiasi menyusui dini (IMD)
6) Memberikan identitas diri
7) Suntikan vitamin K1. Semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan dan sistim pembekuan darah bayi belum sempurna, pemberian vit. K1 bertujuan untuk mencegah perdarahan.
8) Memberikan salep mata antibiotika untuk mencegah terjadinya infeksi
9) Memberikan imunisasi HB0
10) Melakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui adanya kelainan atau tidak.

2. Perawatan Noenatus Essensial

a. Kewaspadaan Umum (universal precaution).

Pada masa neonatus bahkan dari sejak bayi baru lahir sangat rentan terpapar atau terkontaminasi mikroorganisme baik selama dalam proses persalinan maupun saat setelah bayi lahir. Beberapa mikroorganisme yang dapat ditularkan lewat cairan tubuh atau percikan darah antara lain penyakit hepatitis B, hepatitis C, virus *HIV/AIDS* oleh karena itu sangat penting untuk memastikan pertolongan persalinan dilakukan dengan upaya pencegahan infeksi atau PI. Kewaspadaan bertujuan mencegah terjadinya transmisi silang, kewaspadaan standar yang terkait dengan pelayanan neonatal meliputi persiapan diri, persiapan alat, dan persiapan tempat. (Kemenkes RI, 2020)

1) Persiapan diri.

Mencuci tangan sesuai dengan standar sebelum dan setelah menyentuh bayi, memakai sarung tangan bersih terutama saat menangani bayi yang belum dimandikan.

WHO menerapkan lima kesempatan untuk kebersihan tangan yaitu:

a) Sebelum menyentuh pasien
b) Sebelum melakukan tindakan aseptic
c) Setelah melakukan prosedur atau terpapar cairan tubuh pasien
d) Setelah menyentuh pasien
e) Setelah kontak dengan lingkungan pasien.



Sumber: WHO, 2009

2) Persiapan Alat

Semua bahan dan peralatan yang akan dipergunakan seperti gunting, klem, benang tali pusat, alat pertolongan persalinan dan resusitasi harus dilakukan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi terlebih dahulu. Peralatan dari bahan karet seperti penghisap lender, steteskop, pita pengukur dan bahan kaca lainnya yang akan dipergunakan harus dipastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Lakukan dekontaminasi dan cuci semua peralatan yang telah dipergunakan.

3) Persiapan tempat

Ruangan yang akan dipergunakan terlebih dahulu dibersihkan menggunakan cairan desinfektan dan pastikan ruangan dalam keadaan hangat dan cukup terang. Siapkan tempat resusitasi bayi yang bersih, hangat, cukup keras dan hangat. Gunakan lampu pijar sebagai penghangat dan letakkan dengan jarak 60 cm dari bayi jika pemancar panas tidak tersedia. (Kemenkes RI, 2020).

b. Penilaian Awal

Lakukan penilaian awal untuk semua bayi baru lahir (BBL) dengan beberapa pertanyaan:

Sebelum bayi lahir:

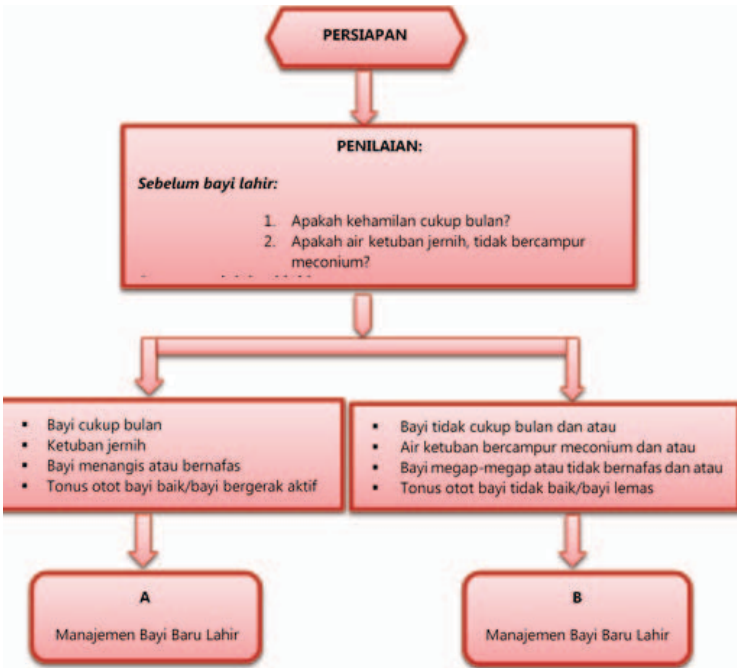
1) Apakah kehamilan cukup bulan?
2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur meconium?

Segera setelah bayi lahir:

1) Apakah bayi menangis atau bernafas atau bernafas tidak megap-megap?
2) Apakah tonus otot bayi baik atau bergerak aktif? (Kemenkes RI 2014)

Pada alur penatalaksanaan bayi baru lahir kegiatan dimulai dari persiapan, penilaian awal dan menentukan keputusan serta alternatif tindakan sesuai dengan hasil penilaian. Berikut bagan manajemen bayi baru lahir dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

BAGAN MANAJEMEN BAYI BARU LAHIR



Sumber: (Kemenkes RI, 2013)

Dalam bagan manajemen bayi baru lahir penilaian awal adalah menentukan apakah bayi cukup bulan dengan air ketuban jernih, langsung menangis, bernafas spontan dengan gerakan aktif maka keputusan klinik melakukan manajemen bayi baru lahir normal. Dibawah ini merupakan alur penatalaksaan bayi baru lahir normal.

BAGAN MANAJEMEN BAYI BARU LAHIR NORMAL

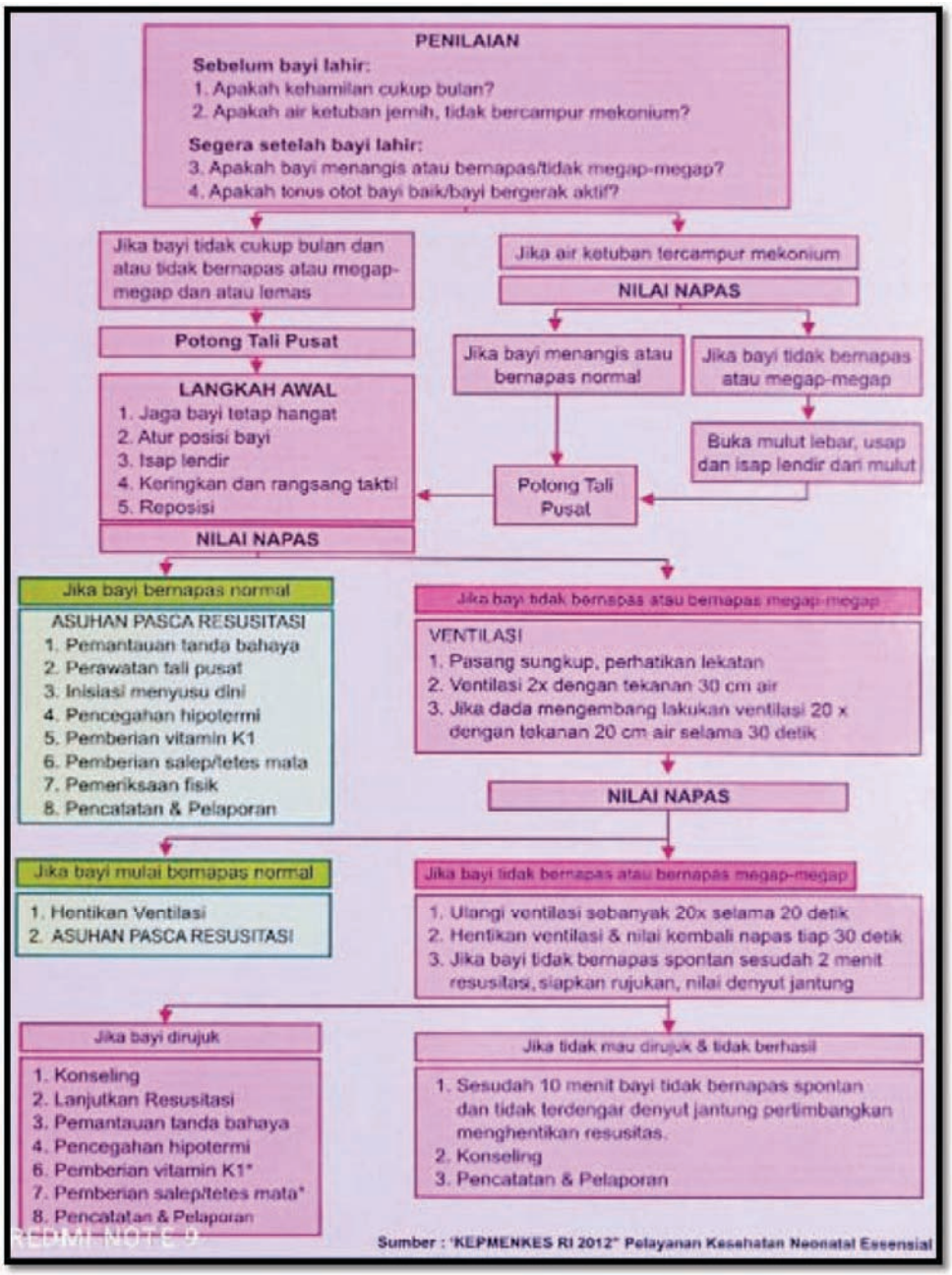


Sumber: (Kemenkes RI, 2014).

Pemotongan dan pengikatan tali pusat sebaiknya dilakukan sekitar 2 menit setelah lahir (atau setelah bidan menyuntikan oksitosin kepada ibu) untuk memberi waktu tali pusat mengalirkan darah (dengan demikian juga zat besi) kepada bayi. (Kemenkes RI, 2014)

Jika pada penilaian awal ditemukan bayi kurang bulan atau <37 minggu, atau bayi lebih bulan >42 minggu, air ketuban berwarna hijau bercampur meconium, tidak bernafas spontan, menangis merintih, tonus otot lemah maka keputusan kliniknya adalah melakukan manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia. Berikut bagan alur penatalaksanaan bayi baru lahir dengan aspiksia.

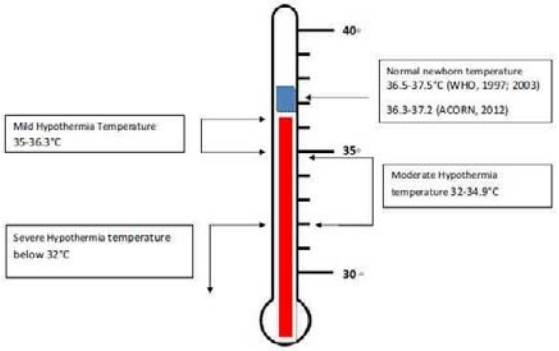
BAGAN MANAJEMEN BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA



c. Pencegahan Kehilangan Panas.

Kehilangan panas atau hipotermia mudah terjadi pada bayi baru lahir disebabkan mekanisme pangaturan suhu tubuh belum sempurna oleh karena itu sangat penting menjaga keseimbangan suhu tubuh atau termoregulasi pada bayi baru lahir untuk mengurangi risiko morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir. Termoregulasi adalah kemampuan untuk menyeimbangkan produksi panas dan kehilangan panas untuk mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal. (Kemenkes RI, 2020)

Bayi dikatakan hipotermia ketika hasil pemeriksaan menunjukkan suhu aksila berada dibawah 36,3^{0}C (ACoRN, 2012), atau dibawah 36,5^{o}C (WHO, 2003), karakteristik tersebut menempatkan bayi baru lahir pada risiko akibat kehilangan panas yang lebih besar.



Sumber: (Education & Committe, 2013)

Kehilangan panas mudah terjadi pada bayi yang tidak dikeringkan atau dalam keadaan basah walaupun berada dalam ruangan yang relatif hangat. Pada bayi prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah sangat rentan untuk mengalami hipotermia, semakin kecil atau semakin prematur bayi baru lahir, semakin besar risiko kehilangan panas, ketika kehilangan panas melebihi kemampuan bayi untuk menhgasilkan panas, suhu tubuhnya turun dibawah kisaran normal dan bayi menjadi hipotermia. (Education & Committe, 2013).

1) Mekanisme kehilangan panas

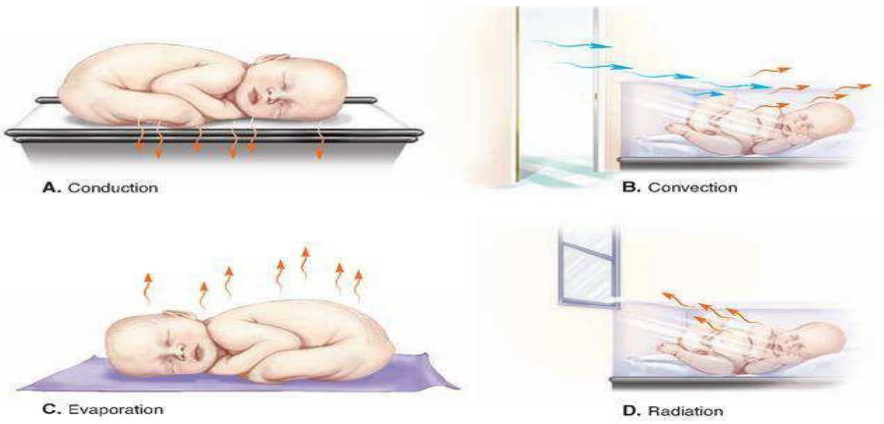
Bayi baru lahir mengalami kehilangan panas melalui beberapa proses sebagai berikut:

a) Evaporasi adalah proses kehilangan panas melalui penguapan cairan ketuban pada permukaan kulit oleh panas dari tubuh bayi itu sendiri. Faktor lain yang dapat menyebabkan kehilangan panas adalah luas permukaan tubuh bayi, terlalu cepat dimandikan dan tidak segera dikeringkan atau diselimuti.

b) Konduksi adalah kehilangan panas ketika bayi diletakkan telanjang dipermukaan yang lebih dingin seperti timbangan, tempat tidur dan meja dimana terjadinya penyerapan panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila diletakkan diatas benda-benda yang temperaturnya lebih rendah.

c) Konveksi dimana kehilangan panas terjadi saat bayi terkena oleh udara sekitar yang lebih dingin, sistim ventilasi atau pendingin ruangan. Bayi yang ditempatkan diruangan yang dingin akan lebih cepat kehilangan panas.

d) Radiasi adalah proses kehilangan panas dimana bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai temperatur yang lebih rendah dari suhu bayi sehingga benda-benda tersebut menyerap panas dari tubuh bayi walaupun tidak bersentuhan secara langsung.



Sumber: (Education & Committe, 2013)

2) Mencegah kehilangan panas

Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi dilakukan upaya-upaya sebagai berikut:

a) Menyiapkan ruangan bersalin dan ruangan bayi yang hangat. Suhu ruangan yang disarankan minimal 25^0C.
b) Keringkan dan selimuti bayi tanpa membersihkan verniks kaseosa. Keringkan bayi pada daerah muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan dan punggung.
c) Letakkan bayi di dada ibu dan dekap bayi, usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu agar terjadi kontak kulit antara bayi dan ibu.
d) Inisiasi menyusui dini
e) Gunakan pakaian bayi yang sesuai
f) Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi pada kepala bayi
g) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi, sebaiknya bayi dimandikan setelah enam jam setelah lahir.
h) Rawat gabung selama 24 jam pertama.
i) Resusitasi dalam ruangan yang hangat
j) Transportasi hangat, bayi yang dirujuk harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan

Pelatihan khusus untuk petugas kesehatan dan konseling untuk keluarga. (Education & Committe, 2013)

d. Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat

1) Memotong dan mengikat tali pusat. Pemotongan tali pusat dilakukan pada menit kedua setelah bayi lahir atau setelah penyuntikan oksitocin. Berikut langkah-langkah pemotongan tali pusat:

a) Lakukan penjepitan tali pusat 3 cm dari pangkal talipusat kemudian klem pertama dan klem kedua jarak 2 cm dari klem pertama.
b) Lakukan pemotongan dengan cara satu tangan memegang kedua klem dengan cara melindungi perut bayi kemudian tangan satu melakukan pemotongan diantara kedua klem, gunakan klem dan gunting steril.
c) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar benang lalu mengikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
d) Lepaskan klem kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5% bersama dengan gunting tali pusat

Letakkan bayi di dada ibu kemudian lakukan IMD. (Erita et al., 2019)

2) Perawatan tali pusat

a) Mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat bayi
b) Jangan membungkus tali pusat atau membubuhkan ramuan apapun sampai tali pusat pupus dengan sendirinya
c) Mengoleskan alkohol atau betadine jika terdapat tanda infeksi, jaga agar tali pusat tetap kering

d) Nasehati ibu dan keluarga agar perhatikan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan disekitar tali pusat, nanah dan berbauh, jika tali pusat kotor bersihkan dengan hati-hati menggunakan air DTT atau sabun. (Permenkes, 2014).

e. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Pemberian ASI dimulai sedini mungkin, ASI ekslusif selama enam bulan dan diteruskan sampai dengan 2 tahun, disarankan untuk memberikan makanan pendamping ASI setelah bayi berusia diatas enam bulan. (Kemenkes RI, 2014). Pemberian ASI dini bertujuan untuk meningkatkan bounding atau ikatan kasih sayang antar ibu dengan bayi.

Langkah-langkah inisiasi menyusui dini dalam perawatan bayi baru lahir:

1) Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi dan keringkan
2) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama kurang lebih satu jam
3) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu ibu dan mulai menyusui
4) Pemantauan saat IMD (warna kulit, pernapasan, suhu tubuh) dalam 15 menit, 30 menit dan 120 menit setelah melakukan IMD
5) Pemantauan setelah melakukan IMD dan menjaga bayi tetap hangat. (Kemenkes, 2014).

Pedoman menyusui (WHO/Unichef, Breast feeding promotion and support, 2005)

1) Mulai menyusui segera setelah lahir dalam waktu satu jam
2) Jangan memberikan makanan atau minuman lain kepada bayi seperti: air, madu, larutan gula, atau pengganti susu ibu, kecuali atas instruksi dokter karena alasan-alasan medis. (ditemukan sangat jarang memiliki ASI yang cukup sehingga perlu susu tambahan). (Enkin, dkk, 2000)
3) Berikan ASI ekslusif selama enam bulan pertama dan disarankan pemberian makanan pendamping ASI setelah periode ekslusif.
4) Berikan ASI pada bayi sesuai dorongan alamiahnya baik siang maupun malam (8-10 kali atau lebih dalam 24 jam atau selama bayi masih menginginkan).

f. Pencegahan Perdarahan

Untuk mencegah terjadinya pendarahan karena semua bayi berisiko, maka pada semua bayi baru lahir, apalagi bayi berat badan lahir rendah diberikan suntikan K1 (*phytomenadione*) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskuler pada anterolateral paha kiri. Suntikan vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B. Perlu diperhatikan dalam penggunaan sediaan vitamin K1 yaitu ampul yang sudah dibuka tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali. (Kemenkes RI, 2020)

g. Pencegahan Infeksi Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata tidak dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik *tetrasiklin* 1%

Cara pemberian salep mata antibiotik:

1) Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih mengalir) kemudian keringkan
2) Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut
3) Tarik kelopak mata bagian bawah kearah bawah
4) Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menjuju ke bagian luar mata atau tetes mata

5) Ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh mata bayi
6) Jangan menghapus salep dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat-obat tersebut.



Cara pemberian salep mata
Sumber: WHO 2006

h. Pemberian Imunisasi

Imunisasi hepatitis B pertama (HB0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskuler. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi.

Penularan hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Penderita hepatitis B ada yang sembuh dan ada yang tetap membawa virus hepatitis B didalam tubuhnya sebagai *carrier* (pembawa) hepatitis. Risiko penderita hepatitis B untuk menjadi carrier tergantung umur pada waktu terinfeksi. Jika terinfeksi pada bayi baru lahir, maka risiko menjadi carrier 90%, sedangkan yang terinfeksi pada umur dewasa risiko menjadi carrier 5-10%. (Permenkes, 2014)

Imunisasi hepatitis B (HB0) harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena:

1) Semua ibu hamil merupakan *carrier* hepatitis B
2) Hampir separuh bayi dapat tertular hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus
3) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
4) Imunisasi hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan hepatitis B.

i. Pemberian Identitas

Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas identitas diri. Tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan menuliskan keterangan lahir untuk digunakan orang tua dalam memperoleh akte kelahiran bayi, lembar keterangan lahir terdapat di dalam buku KIA.

Semua bayi baru lahir difasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi, sebaiknya dilakukan segera setelah IMD. Gelang pengenal berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan juga dilakukan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran. (Erita et al., 2019)

j. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama. (Kemenkes RI, 2013)

1) Waktu pemeriksaan:
   a) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
   b) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatus 1)
   c) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatus 2)
   d) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatus 3)
2) Persiapan
   a) Persiapan alat dan tempat

      Persiapan alat

      - Lampu yang berfungsi untuk penerangan dan memberikan kehangatan
      - Air bersih, sabun, handuk kering dan hangat
      - Sarung tangan bersih
      - Kain bersih
      - Steteskop
      - Jam dengan jarum detik
      - Termometer
      - Timbangan bayi
      - Pengukur panjang bayi
      - Pengukur lingkar kepala

      Persiapan tempat

      - Pemeriksaan dilakukan di tempat yang rata, datar, bersih, kering, hangat dan terang

      Persiapan diri

      - Sebelum memeriksa bayi, cucilah tangan dengan air sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering. Janganlah menyentuh bayi jika tangan anda masih basah dan dingin
      - Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang ada darah seperti tali pusat atau memasaukkan tangan ke dalam mulut bayi
      - Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan kemudian keringkan
      - Untuk menjaga bayi tetap hangat tidak perlu menelanjangi bayi bulat pada setiap tahap pemeriksaan. Buka hanya bagian yang akan diperiksa atau diamati dalam waktu singkat

      Persiapan keluarga

      - Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan kemudian hasilnya setelah selesai

3) Langkah-langkah pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi anamnese pada pemeriksaan fisik catat seluruh hasil pemeriksaan. Lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS.(Erita et al., 2019)

Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:

- Keluhan tentang bayinya
- Penyakit yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD>18 jam, hepatitis B atau C, siphilis, HIV/AIDS, penggunaan obat)
- Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada
- Warna air ketuban
- Riwayat bayi buang air kecil dan besar
- Frekuensi bayi menyusui dan kemampuan menghisap

4) Pemeriksaan fisik

Prinsip:

- Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)

Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut. (Kemenkes RI, 2013)

5) Formulir bayi baru lahir

Catat hasil pemeriksaan di formulir bayi baru lahir. Formulir ini merupakan catatan medik yang harus disimpan oleh petugas kesehatan. Tuliskan hasil pemeriksaan dibuku kesehatan ibu dan anak (KIA) beberapa informasi yang diperlukan sesuai dengan petunjuk penulisan buku KIA.

C. Rangkuman

1. Neonatus adalah bayi baru lahir atau berusia nol sampai 28 hari atau satu bulan dan dalam masa adaptasi sehingga memerlukan pemantauan ketat dan perawatan khusus, bila penanganan kurang tepat dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang dapat mengakibatkan kesakitan, kecatatan bahkan sampai kematian
2. Masalah utama pada masa perinatal dapat menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan oleh karena itu perawatan neonatal harus sesuai dengan standar serta upaya-upaya lain untuk menurunkan angka kematian bayi akibat hipotermia, asfiksia, bayi berat lahir rendah dan infeksi paskah lahir.
3. Alur penatalaksanaan bayi baru lahir dimulai dari persiapan, penilaian awal dan menentukan keputusan serta alternatif tindakan sesuai dengan hasil penilaian
4. Kewaspadaan standar yang terkait dengan pelayanan neonatal meliputi persiapan diri, persiapan alat, dan persiapan tempat. Kewaspadaan bertujuan mencegah terjadinya transmisi silang,
5. Kehilangan panas atau hipotermia mudah terjadi pada bayi baru lahir disebabkan mekanisme pangaturan suhu tubuh belum sempurna maka sangat penting menjaga keseimbangan suhu tubuh atau termoregulasi pada bayi baru lahir untuk mengurangi risiko morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir.
6. intramuskuler. imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi.

D. Tugas

1. Bayi AB, lahir spontan dengan menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerak tonus aktif, BBL 2700, Apa tindakan yang akan dilakukan pada bayi tersebut adalah
   a. Memandikan
   b. Menghisap lendir
   c. Pemeriksaan fisik
   d. Perawatan bayi normal
   e. Memotong dan membungkus talipusat
2. Pemotongan tali pusat dilakukan pada menit?
   a. 1 menit
   b. 2 menit
   c. 5 menit
   d. 10 menit
   e. 15 menit
3. Bayi AB boleh dimandikan minimal setelah.... jam?
   a. Setelah 1 jam
   b. Setelah 2 jam
   c. Setelah 4 jam
   d. Setelah 6 jam.
   e. Setelah 12 jam.
4. Imunisasi HB0 diberikan pada.....jam?
   a. 1-2 jam
   b. 6-8 jam
   c. 30 menit
   d. Hari pertama
   e. 24 jam pertama
5. Imunisasi HB0 dapat diberikan setelah dilakukan..?
   a. IMD
   b. Pemeriksaan fisik
   c. Memandikan bayi
   d. Pemotongan talipusat
   e. Pemberian vitamin K1

E. Referensi

ACoRN Editorial Board. (2012). *Acute care of at-risk newborns: A resource and learning tool for health care professionals.* (2012 Update). Vancouver: Author.

Education, I., & Committe, R. (2013). Newborn Thermoregulation. *Champlain Maternal Newborn Regional Program (CMNRP)*, *June*, 1–16.

Erita, Hununwidiastuti, S., & Leniwita, H. (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. In *Universitas Kristen Indonesia*. http://repository.uki.ac.id/2703/1/BMPKEPERAWATANJIWA.pdf

Kemenkes RI. (2013). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensi. In *Kementerian Kesehatan RI* (pp. 23–28).

Kemenkes RI. (2020). *Buku Neonatal Essential-Combination.pdf* (p. 202).

Kemenkes RI, 634 (2014). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf

Lyndon Saputra dan Lockhart Anita, (2014). Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir Edisi 5. Jakarta: *EGC*.

Marmi. (2012). Asuhan Neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Weber, R. (2000). *Neonatal Thermoregulation.* Retrieved from www.continuingeducation.com/nursing/thermoreg/coldstress.html

World Health Organization. (2003). Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva: Author.

F. Glosarium

ASI ekslusif	: Air Susu Ibu ekslusif Pemberian hanya ASI saja tanpa makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan
IMD	: Inisiasi menyusui dini (*early initiation*) Proses membiarkan bayi dengan nalurinya sendiri menyusui dalam satu jam pertamasetelah lahir bersamaan dengan kontak kulit antara kulit ibu dengan bayinya.
Neonatus	: Sebutan bagi bayi yang baru lahir atau berusia 0-28 hari.
BAK	: Buang Air Kecil Proses pengeluaran air seni atau urine dari kandung kemih melalui uretra yang disebut juga kencing atau pipis.
BAB	: Buang Air Besar Proses yang diperlukan untuk membuang kotoran dari tubuh dan membuat longgar ruang di sistim pencernaan.
BBL	: Bayi baru lahir bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari.
KIA	: Kesehatan ibu dan anak Upaya dibidang Kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, anak balita serta anak prasekolah.
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospore bakteri pada benda mati dengan cara merebus, mengukus atau penggunaan desinfektan kimia
HB0	: Hepatitis B0 Pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi baru lahir usia 0-7 hari untuk mencegah terinfeksi penyakit hepatitis B
PMK	: Perawatan Metode Kanguru Perawatan untuk bayi berat badan lahir rendah atau lahir premature dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu dimana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayi.
Hipotermia	: Kondisi ketika suhu tubuh turun drastis hingga dibawah suhu normal atau kurang dari 36.5^0C

Hipertermia	: Kondisi ketika suhu tubuh terlalu tinggi atau lebih dari 38.5^0C
PI	: Pencegahan Infeksi Upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat.
BB	: Berat Badan Hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh antara lain tulang, otot, lemak dan cairan tubuh.
HIV	: *Human Immunodeficiency Virus* Virus yang merusak sel-sel kekebalan tubuh manusia
Resusitasi	: Usaha untuk mengembalikan fungsi sistim pernafasan, peredaran darah dan otak yang terhenti terganggu agar kembali normal seperti semula
AIDS	: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* Gejala penyakit yang disebabkan menurunnya daya imunitas tubuh.
Asfiksia neonatorum	: Kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saatn lahir atau beberapa saat setelah lahir
Mekonium	: Tinja pertama bayi yang memiliki tekstur kental, lengket dan berwarna hijau gelap.
Verniks kaseosa	: Lapisan pelindunh pada kulit bayi yang mirip seperti lemak atau keju
Akrosianosia	: Gangguan yang mempengaruhi arteri penyuplai darah ke kulit
Bradikardia	: Kondisi ketika jantung berdetak lebih lambat dari kondisi normal
Hipoglikemia	: Gangguan kesehatan yang terjadi ketika kadar gula dalam darah berada di bawah kadar normal
Hipoksia	: Kurangnya oksigen dalam sel dan jaringan tubuh sehingga fungsi normalnya mengalami gangguan.
Piloereksi	: Merinding atau rangsangan simpatis menyebabkan otot erektor pili yang melekat ke folikel rambut berkontraksi
Takikardia	: kondisi ketika detak jantung seseorang di atas normal dalam kondisi beristrahat
Vasokonstriksi perifer	: terjadinya penyempitan pembuluh darah pada bagian tepi tubuh seperti pada ujung-ujung jari kaki dan tangan
cutis marmorata	: kondisi kulit tampak seperti marmer biru muda katika terkena suhu dingin.

Biografi Penulis



Antonetha Rosni Hunggumila, SST.,M.Kes. Lahir di Hamming (Sumba Timur-Nusa Tengara Timur) pada tanggal 18 Desember 1975. Sejak tahun 1996-2006 menjadi bidan di Puskesmas Baing. Tahun 2010-2011 bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur. Tahun 2011-sekarang bergabung dengan Poltekkes Kemenkes Kupang sebagai staf dosen pada prodi keperawatan Waingapu. Sekarang sebagai penanggungjawab mata kuliah farmakologi dan aktif mengajar mata kuliah keperawatan anak, keperawatan dasar, promosi kesehatan, antropologi kesehatan, psikologi dan pancasila. Penulis juga aktif melakukan penelitian, pengabmas dan publikasi jurnal serta aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah dan seminar keperawatan.

Riwayat Pendidikan:

1. SPK Depkes Waingapu lulus tahun 1995
2. Diploma I kebidanan AKPER Bethesda Yogyakarta lulus tahun 1996
3. Diploma III kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar lulus tahun 2009
4. Diploma IV bidan pendidik Poltekkes Kemenkes Denpasar lulus tahun 2010
5. Magister Ilmu Kesehatan Fakultas kedokteran Universitas Udayana lulus tahun 2019

BAB XIV
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN YANG MEMERLUKAN PEMBEDAHAN: HIRSCHPRUNG

Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep.Sp. Kep.An

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran, peserta didik dapat menjelaskan konsep dasar, tata laksana penyakit Hirschprung dan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pencernaan yang memerlukan pembedahan.

B. Penjelasan Materi

Salah satu penyakit pada sistem pencernaan yang memerlukan pembedahan yaitu Hirchprung.

1. Definisi

Penyakit Hirschprung pertama kali dilaporkan kasusnya pada tahun 1691. Namun demikian, penyakit ini dinamai Hirschsprung oleh Harald Hirschsprung, seorang dokter dari Denmark yang pertama kali menggambarkan dua bayi yang meninggal karena kelainan ini pada tahun 1888 (Hirschsprung, 1888)

Penyakit Hirschsprung (Hirschprung Disease) adalah kelainan bawaan dari usus besar di mana sel-sel saraf tertentu, yang dikenal sebagai sel ganglion tidak ada (Yasseen, H., 2015). Hirschprung atau megakolon kongenital adalah suatu kelainan kongenital pada saluran pencernaan, ditandai dengan hilangnya sel ganglion pada intestinal distal dan dapat mempengaruhi intestinal proksimal (Ralls MW, Coran AG, Teitelbaum DH, Destro F, & Lima M, 2016). Penyakit Hirschsprung adalah gangguan perkembangan sistem saraf enterik yang ditandai dengan tidak adanya ganglion sel- sel di pleksus mienterikus dan submukosa dan adanya terminal saraf hipertrofi sepanjang bagian variabel dari distal usus (Sheir M, Fakhry T, Albatanony A, & Samaka R, 2019).

2. Etiologi

Etiologi *Hirschsprung disease* merupakan suatu hal yang kompleks karena merupakan kombinasi dari kegagalan migrasi sel krista saraf dengan peranan faktor genetik dan faktor lingkungan. Sistem saraf pada saluran pencernaan manusia berasal dari sel primordium sistem saraf pusat yang mulai membelah dan berkembang sejak berada di dalam kandungan. Semua bagian aksis primordial akan membentuk saraf seluruh tubuh, namun hanya beberapa bagian dari aksis yang akan membentuk persarafan pada saluran gastrointestinal.

Belum diketahui mengapa saraf usus besar pada penyakit Hirschprung tidak terbentuk sempurna. Namun, kondisi ini diduga terkait dengan beberapa faktor, yaitu:

a. Berjenis kelamin laki-laki
b. Memiliki keluarga yang menderita penyakit Hirschsprung

Menderita penyakit bawaan lain yang diturunkan, seperti *Down syndrome* atau penyakit jantung bawaan Penyakit ini disebabkan aganglionosis Meissner dan Aurbach dalam lapisan dinding usus, mulai dari spingter ani internus ke arah proksimal, 70 % terbatas di daerah rektosigmoid, 10 % sampai seluruh kolon dan sekitarnya 5 % dapat mengenai seluruh usus sampai pilorus. Kondisi aganglionik usus ini disebabkan oleh adanya kegagalan migrasi neuroblast dari proksimal menuju distal intestinal (Puri P & Friedmacher, 2018).

Teori yang paling diterima tentang penyebab Penyakit Hirschsprung adalah adanya defek pada craniocaudal migrasi neuroblas yang berasal dari neural crest yang terjadi selama 12 minggu pertama perkembangan janin. Cacat dalam diferensiasi neuroblas menjadi sel ganglion dan penghancuran sel ganglion yang dipercepat di dalam usus juga dapat menyebabkan gangguan tersebut (Yasseen H, 2015).

3. Epidemiologi

Penyakit Hirschsprung terjadi pada sekitar satu dari 5000 kelahiran. *Hirschsprung disease* dilaporkan lebih banyak terjadi pada laki-laki dengan rasio laki-laki : perempuan adalah 4:1. Pada populasi Asia dilaporkan bahwa insidensi *Hirschsprung disease* sebesar 1:3571 kelahiran hidup (Puri P & Friedmacher, 2018).

Data statistik di Amerika Serikat menunjukkan angka insidens sebesar 1 kasus pada setiap 5.400-7.200 kelahiran hidup setiap tahunnya (Wagner, J., 2018). Suatu penelitian epidemiologi di California menunjukkan jumlah penderita sebesar 2.063 pasien sejak tahun 1995-2012 dengan angka insidensi sebesar 2.21 kasus setiap 10.000 kelahiran hidup. Angka insidensi mencapai puncaknya pada tahun 2002 (Anderson J. et.al., 2018).

Belum ada data epidemiologi yang dapat menyebutkan angka kejadian *Hirschsprung disease* secara nasional di Indonesia. Penelitian di RSUP Haji Adam Malik Medan melaporkan bahwa di antara pasien *Hirschsprung disease* usia 0-12 bulan, 64,2% penderita berjenis kelamin laki-laki. Gejala yang paling banyak dijumpai adalah distensi abdomen dan pengeluaran mekonium terlambat (Mangunsong D., 2017).

Angka mortalitas *Hirschsprung disease* yang tidak ditangani dilaporkan mencapai 80%. Sedangkan pada penderita yang menjalani prosedur operasi, angka mortalitas turun menjadi 30%. Penelitian di Italia tahun 1993-2010 menunjukkan angka mortalitas sebesar 2,56%, dengan predileksi laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan (rasio 3:1). Sebagian besar (62,5% penderita yang mengalami kematian) dilaporkan berkaitan dengan kelainan kongenital lain, seperti sindrom Down (Wagner J., 2018; Pini Prato A. et al., 2011).

4. Manisfestasi Klinik

Manifestasi klinik penyakit ini antara lain pasien datang dengan keluhan gangguan motilitas usus yang ditandai kegagalan pasase mekonium dalam 48 jam pertama kehidupan, konstipasi, muntah bilier, distensi abdomen, dan dapat pula diare. Trias gejala klinis yang sering ditemukan pada penyakit *hirschsprung* yaitu, pengeluaran mekonium yang terlambat, muntah hijau, dan distensi abdomen. Pada penderita yang berusia lebih besar, gangguan ini dapat menyebabkan enkopresis dan gangguan pertumbuhan (Puri P & Friedmacher, 2018).



5. Patofisiologi

Dasar patofisiologi Hirschsprung disease adalah keadaan aganglionik pada intestinal, terutama bagian distal. Kondisi aganglionik pada usus akan menimbulkan efek inabilitas melakukan relaksasi, menyebabkan gangguan pada refleks inhibisi rektoanal yang normalnya terjadi pada proses defekasi (De Lorijn F, Boeckxstaens G, & Benninga M., 2007). Mekanisme disfungsi motilitas usus pada Hirschsprung disease masih belum diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa teori yang diduga menyebabkan hal tersebut (Puri P. & Friedmacher F, 2018; Rintala R, 2018). Beberapa teori tersebut antara lain:

a. Inervasi Nitrergik

   Nitrit oksida (NO) merupakan hasil sintesis dari reaksi yang melibatkan enzim nitrit oksida sintase (NOS). NO merupakan neurotransmitter yang berfungsi untuk merelaksasi otot polos. Kadar NOS pada penderita Hirschsprung disease ditemukan lebih rendah dibandingkan normal, sehingga menyebabkan penurunan relaksasi yang berdampak pada gangguan peristaltik usus.

b. Sel Interstitial Cajal

   Sel interstitial Cajal adalah pemacu aliran listrik pada usus yang berfungsi mengatur pergerakan atau motilitas usus. Sel ini tersebar di seluruh bagian usus dan terletak pada bagian submukosa serta lapisan otot. Meskipun distribusi sel ditemukan normal pada penderita hirschsprung, namun penelitian menunjukkan adanya gangguan fungsi.

c. Sel Enteroendokrin

   Sel enteroendokrin berperan dalam kontraksi dinding usus dengan bantuan dari zat 5-hidroksitriptamin. Jenis sel ini mengalami peningkatan pada area aganglionik penderita Hirschsprung dibandingkan dengan usus normal.

d. Sel Otot Polos

   Terdapat defisiensi beberapa zat yang normalnya ada dalam sel otot polos usus normal, seperti sitoskeleton dan NCAM yang penting untuk mempertahankan dan berperan dalam perkembangan sistem saraf usus.

e. Matriks Ekstraseluler

   Zona aganglionik pada usus penderita Hirschsprung disease memiliki kadar laminin, kolagen tipe IV, glikosaminoglikan, dan proteoglikan lebih tinggi dibandingkan dengan area ganglionik yang normal. Hal ini diduga berperan dalam perkembangan penyakit.

6. Komplikasi

Penyakit Hirschprung jika tidak teratasi dapat menyebabkan komplikasi antara lain: enterokolitis nekrotikans, pneumatosis usus, abses perikolon, perforasi dan septikemia. *Enterokolitis* merupakan ancaman komplikasi yang serius bagi penderita *hisrchsprung* yang dapat menyerang pada usia kapan saja, namun paling tinggi saat usia 2-4 minggu, meskipun sudah dapat dijumpai pada usia 1 minggu. Gejalanya berupa diare, distensi abdomen, feses berbau busuk, dan disertai dengan demam. Swenson mencatat hampir 1/3 kasus *hirschsprung* datang dengan manifestasi klinis *enterocolitis*, bahkan dapat pula terjadi meski telah dilakukan kolostomi (Setiadi, Haikal, & Sunanto, 2021).

7. Pemeriksaan penunjang

Biopsi rektal merupakan baku emas diagnosis *Hirschsprung disease* karena dapat menunjukkan area hipoganglionik atau aganglionik pada usus. Biopsi rektal sederhana, aman, tidak perlu anestesi dan dapat dilakukan dengan forceps biopsi sederhana dengan tingkat akurasi yang tinggi (Doly at.al, 2022). Pemeriksaan lain seperti manometri anorektal dan barium enema juga dapat membantu penegakan diagnosis penyakit ini (Wagner, J, 2018).

8. Penatalaksanaan.

Penatalaksanaan *Hirschsprung disease* terbagi menjadi dua, yaitu penatalaksanaan awal (tindakan konservatif dan tindakan bedah sementara) dan penatalaksanaan definitif (melakukan reseksi bagian usus yang aganglionosis dan membuat anastomosis). Penatalaksanaan awal dilakukan untuk memperbaiki keadaan umum, irigasi, dan dekompresi (Ralls MW, Coran AG, Teitelbaum DH, Destro F, & Lima M, 2016).

a. Tatalaksana Awal

Tujuan dari penatalaksanaan awal *Hirschsprung disease* adalah stabilisasi keadaan umum pasien. Biasanya penderita mengalami gambaran peritonitis, perforasi maupun enterokolitis. Stabilisasi dilakukan dengan tindakan resusitasi cairan jika pasien mengalami dehidrasi. Selain itu, dilakukan pula irigasi dan dekompresi. Irigasi dilakukan dengan cairan fisiologis 10-20 ml/kgBB, diulangi 2-3 kali sehari. Pada neonatus dilakukan pemasangan sonde lambung serta pipa rektal untuk mengeluarkan mekonium dan udara.

Dapat pula dilakukan operasi kolostomi untuk membantu pasase feses sementara menunggu terapi definitif. Kolostomi diindikasikan pada pasien dengan enterokolitis berat, perforasi, malnutrisi, atau dilatasi berat pada proksimal usus.

b. Tatalaksana Definitif

Operasi merupakan satu-satunya terapi definitif pada penderita *Hirschsprung disease*. Prinsip operasi pada *Hirschsprung disease* adalah membuang bagian aganglionik usus yang dilanjutkan dengan proses anastomosis bagian proksimal dan distal yang bersifat ganglionik, serta mempertahankan fungsi kanal dan sfingter anus.

Operasi biasanya dikerjakan pada usia 6-12 bulan karena kolon mudah mengalami dilatasi pada saat dilakukan *washout*, serta ukuran usus saat operasi mendekati normal sehingga meminimalisir risiko kebocoran maupun infeksi saat anastomosis.

Prosedur operasi dapat dilakukan sekaligus atau bertahap, tergantung derajat keparahan dari penyakit. Pada kasus dengan area aganglionik pada semua bagian kolon, operasi dilakukan secara bertahap dengan pembentukan stoma dilanjutkan dengan operasi

definitif. Sedangkan pada kasus aganglionik pada seluruh usus, selain kolostomi, pasien juga memerlukan nutrisi parenteral total dan transplantasi intestinal.

Teknik Operasi

Terdapat 3 teknik operasi pada kasus Hirschsprung, antara lain:

1) Swenson: Diseksi dilakukan pada seluruh bagian rektosigmoid yang aganglion dan hanya menyisakan sedikit bagian aganglion
2) Soave: Diseksi dilakukan hanya di bagian endorektal usus yang bersifat aganglionik
3) Duhamel: Teknik menyambungkan bagian aganglionik parsial dengan membentuk kantong rektorektal

9. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian.

1) Riwayat Keperawatan

a) Keluhan utama.

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

b) Riwayat penyakit sekarang.

Merupakan kelainan bawaan yaitu obstruksi usus fungsional. Obstruksi total saat lahir dengan muntah, distensi abdomen dan ketiadaan evakuasi mekonium. Bayi sering mengalami konstipasi, muntah dan dehidrasi. Gejala ringan berupa konstipasi selama be\berapa minggu atau bulan yang diikuti dengan obstruksi usus akut. Namun ada juga yang konstipasi ringan, enterokolitis dengan diare, distensi abdomen dan demam. Diare berbau busuk dapat terjadi.

c) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan.

d) Nutrisi: kaji asupan yang sudah diberikan

e) Sistem pernapasan: kaji adanya Sesak napas, distres pernapasan

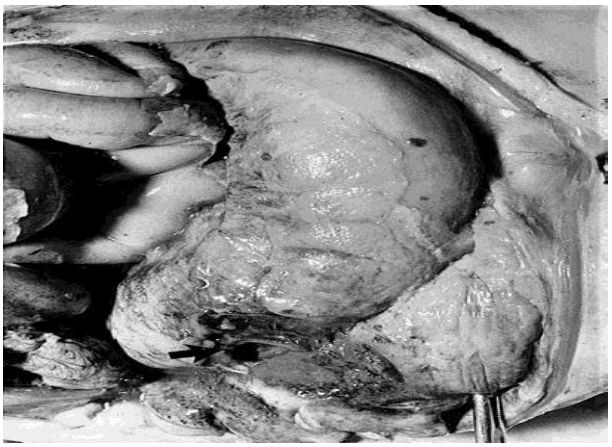
f) Sistem pencernaan.

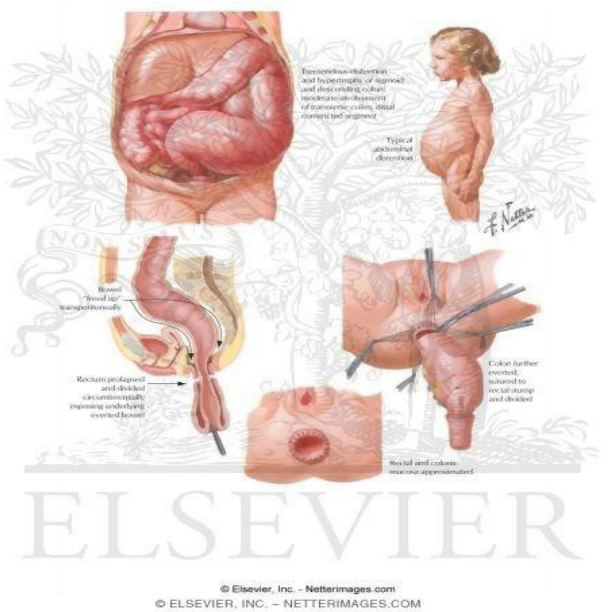
Umumnya obstipasi, perut kembung/perut tegang, muntah berwarna hijau. Pada anak yang lebih besar terdapat diare kronik. Pada colok anus jari akan merasakan jepitan dan pada waktu ditarik akan diikuti dengan keluarnya udara dan mekonium atau tinja yang menyemprot.

2) Pemeriksaan Diagnostik Dan Hasil

a) Foto polos abdomen tegak akan terlihat usus-usus melebar atau terdapat gambaran obstruksi usus rendah.

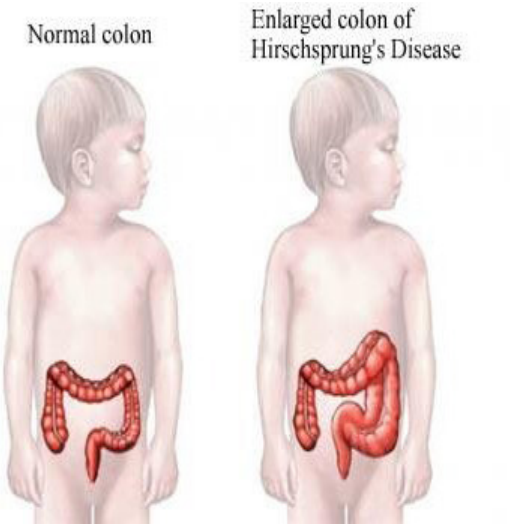
b) Pemeriksaan dengan barium enema ditemukan daerah transisi, gambaran kontraksi usus yang tidak teratur di bagian menyempit, enterokolitis pada segmen yang melebar dan terdapat retensi barium setelah 24-48 jam.





© Elsevier, Inc. - Netterimages.com
© ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM





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

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada anak dengan Hirschprung antara lain:

1) Inkontinensia fekal b.d penurunan tonus otot.
2) Defisit nutrisi berhubungan dengan muntah, ketidakmampuan mencerna makanan
3) Risiko ketidakseimbangan cairan b.d muntah, diare dan pemasukan terbatas karena mual.
4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan dan adanya insisi, prosedur invansif.

(PPNI, 2017)

c. Perecanaan Keperawatan

1) Inkontinensia fekal berhubungan dengan penurunan tonus otot

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam kontinensia fekal membaik, dengan kriteria hasil:

a) Pengontrolan pengeluaran feses.
b) Defekasi.
c) Frekuensi buang air besar.

Intervensi:

Manajemen eliminasi fekal

a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar.
b) Monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, konsistensi dan volume).
c) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi.
d) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien.
e) Sediakan makanan tinggi serat.

f) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus.
g) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukkan gas.
h) Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat.
i) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan mual, muntah, ketidakmampuan mencerna makanan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

a) Porsi makanan yang di habiskan meningkat
b) Kekuatan otot pengunyah meningkat.
c) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat.
d) Berat badan membaik.
e) Indeks masa tubuh membaik.
f) Frekuensi makan membaik.
g) Nafsu makan membaik. Intervensi:

Manajemen nutrisi

a) Indentifikasi staus nutrisi
b) Identifikasi kebutuhan nutrisi
c) Identifikasi perlunya penggunaan NGT
d) Monitor beret badan
e) Monitor asupan nutrisi
f) Monitor hasil laborarorium
g) Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu
h) Beri makan porsi hangat, sedikit tapi sering
i) Ajarkan diet yang dianjurkan
j) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
k) Kolaborasi ahli gizi untuk menu diet dan juah kalori

3) Risiko ketidakseimbangan cairan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, ketidakseimbangan cairan tidak terjadi, dengan Kriteria Hasil:

a) Asupan cairan meningkat
b) outpun urin meningkat
c) Kelembaban membran mukosa meningkat
d) Mata cekung membaik
e) Turgor kulit membaik
f) Berat badan membaik
g) Tekanan darah dan nadi membaik Intervensi:

Manajemen cairan

a) Monitor status hidrasi (tekanan darah, frekuensi nadi, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit,
b) Monitor berat badan
c) Monitor intake output
d) Beri asupan cairan sesuai kebutuhan
e) Kolaborasi pemberian cairan intravena

4) Risiko infeksi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

a) Demam menurun
b) Kemerahan menurun
c) Nyeri menurun
d) Bengkak menurun
e) Kadar lekosit

Intervensi:

Pencegahan infeksi

f) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
g) Batasi jumlah pengunjung
h) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
i) Lakukan perawatan luka sesuai kebutuhan
j) Pertahankan teknik aseptic
k) Kolaborasi pemeriksaan lekosit (PPNI, 2018)

C. Rangkuman

Hirchprung adalah penyakit kongenital akibat tidak adanya sel gangglion dalam usus yang memerlukan tindakan pembedahan. Perawat harus mampu melakukan pengkajian secara komprehensif pada klien anak yang mengalami penyakit Hirschprung, agar dapat menetapkan masalah keperawatan yang sesuai kondisi klien, membuat perencanaan keperawatan yang tepat, sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak.

D. Tugas

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan tepat

1. Akibat lanjut dari penyakit Hirschprung:
   a. Enterokolitis nekrotikans,
   b. pneumatosis usus,
   c. abses perikolon,
   d. perforasi dan septicemia
   e. Semua jawaban benar

2. Yang tidak termasuk dalam trias yang sering ditemukan pada penyakit Hirschprung:
    a. Mekonium yang lambat keluar (lebih dari 24 jam setelah lahir),
    b. Perut kembung
    c. Muntah berwarna hijau.
    d. Diare
3. Dignosa keperawatan yang muncul pada anak dengan Hirschprung adalah :
    a. Gangguan eliminasi BAB : obstipasi berhubungan dengan spastis usus dan tidak adanya daya dorong.
    b. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadekuat.
    c. Kekurangan cairan tubuh berhubungan muntah dan diare.
    d. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan adanya distensi abdomen.
    e. Semua jawaban benar
4. Sebutkan prinsip perawatan luka kolostomi pada anak
    a. Bersih
    b. Steril dan bersih
    c. Atraumatik
    d. Steril dan atraumatik
    e. Bersih dan atraumatik
5. Pada prosedur perawatan luka kolostomi setelah perawat mengangkat kantong kolostomi yang sudah penuh dan membersihkan lukanya dengan cairan bethadin yang diencerkan, maka apakah yang dilakuka perawat berikutnya
    a. Mengganti kantong kolostomi
    b. Memperhatikan kulit sekitar kolostomi
    c. Mengoleskan zink salep
    d. Memasang sofratulle
    e. Melakukan fiksasi

KUNCI JAWABAN.

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

E. Referensi

Anderson J, Vanover M, Saadai P, Stark R, Stephenson J, Hirose S. Epidemiology of Hirschsprung disease in California from 1995 to 2013 (2018). Pediatric Surgery International, 34(12):1299-1303.

De Lorijn F, Boeckxstaens G, Benninga M. (2007). Symptomatology, pathophysiology, diagnostic work-up, and treatment of Hirschsprung disease in infancy and childhood. *Current Gastroenterology Reports*, 9(3):245-253.

Hirschsprung, H. (1888). Stuhlträgheit neugeborener in folge von dilatation und hypertrophie des colons. *Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung(Berlin)*, 27: 1–7.

Mangunsong D. Gambaran Pasien Hirschsprung disease pada Bayi Usia 0-12 Bulan di RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2012-2016 [Internet]. Repositori.usu.ac.id. 2017. Available from: http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/3762

Pini Prato A, Rossi V, Avanzini S, Mattioli G, Disma N, Jasonni V (2011). Hirschsprung's disease: What about mortality?. *Pediatric Surgery International*, 27(5):473-478.

PPNI (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PPNI (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PPNI (2018). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Puri P, Friedmacher F. (2018). Hirschsprung's disease. *Rickham's Neonatal Surgery*, 40 (3), 809–828. doi:10.1007/978-1-4471-4721-3_40

Ralls MW, Coran AG, Teitelbaum DH, Destro F, Lima M. (2016). Hirschsprung's disease. *Pediatric Digestive Surgery*, 22(4), 297–310. doi:10.1007/978-3-319- 40525-4_22

Sheir M, Fakhry T, Albatanony A and Samaka R. (2019). Comparative study between use of calretinin and synaptophysin immunostaining in diagnosis of Hirschsprung's disease. *International Surgery Journal*,6(3), 658-663.

Wagner J. (2018). Hirschsprung disease: Background, Pathophysiology, Epidemiology Medscape.. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/178493- overview#a6

Yasseen H. (2015). Toluidine blue stain and crystal violet stain versus h&e stain in the diagnosis of hirschsprung's disease: A study in sulaimani city in kurdistan/iraq. Annals of pathology and laboratory medicine, 2(2): 55-61

1. Glosarium

Hirschprung : penyakit kelainan bawaan akibat tidak ada sel ganglion di pleksusmienterikus dan submukosa usus besar

Kolostomi : pembuatan lubang di dinding perut untuk mengeluarkan feses

Swenson : Diseksi dilakukan pada seluruh bagian rektosigmoid yang aganglion dan hanya menyisakan sedikit bagian aganglion

Soave : Diseksi dilakukan hanya di bagian endorektal usus yang bersifat aganglionik

Duhamel : Teknik menyambungkan bagian aganglionik parsial dengan membentuk kantong rektorektal

Biografi Penulis



Ns. Diah Ayu Agustin, M.Kep.Sp. Kep.An, lahir di Jakarta, 17 Agustus 1977. S1 Keperawatan FIK UI lulusan tahun 2000 S2 Keperawatan FIK UI lulusan tahun 2015. Ners Spesialis Keperawatan Anak FIK UI lulusan tahun 2016 Tempat Kerja: Akademi Keperawatan Bina Insan Jakarta

BAB XV
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULAR

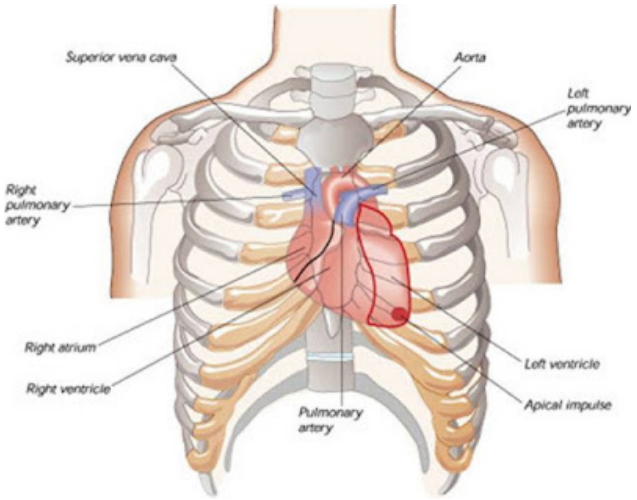
Ns. Roshinta Sony Anggari, S.Kep., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar pada bab ini diharapkan anda mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan kardiovaskular.

B. Materi

Sistem kardiovaskular merupakan sekumpulan organ yang terdiri atas jantung dan pembuluh darah. Sistem ini bekerja menjalankan fungsi transportasi darah yang membawa nutrisi, sampah metabolism, hormone, zat kekebalan tubuh dan zat lain ke seluruh tubuh manusia. Aktivitas sistem kardiovaskular dimulai sejak janin berusia empat minggu dalam rahim ibu dan berhenti ketika kehidupan seseorang berakhir (Andriani, 2022). Jantung berperan utama dalam tugas memompa darah dengan mekanisme kontraksi ritmik dan berulang yang dikendalikan oleh sistem saraf otonom (SSO) di luar kesadaran manusia. Sedangkan pembuluh darah, berperan sebagai saluran atau pipa tempat darah mengalir. Jaringan penyusun jantung terdiri atas muscular, apek dan basis cordis yang dipisahkan menjadi empat ruang, 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum. Jantung berada dalam rongga dada, dilindungi tulang iga terletak di sebelah kiri sternum (Kowlak, 2014).



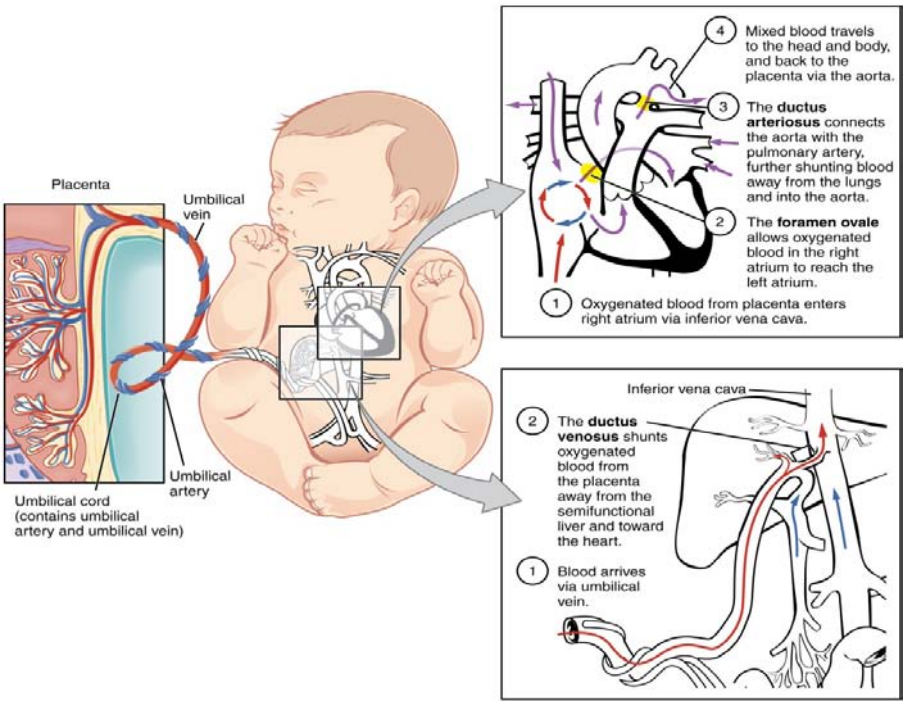
Gambar 12.1 Kedudukan Jantung pada Tubuh Manusia

1. Perubahan Sirkulasi Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular mengalami perubahan pola sirkulasi dari kondisi janin dalam rahim yang biasa disebut sirkulasi fetal. Saat janin masih dalam rahim ibu, paru-paru janin tidak berfungsi sebagai organ pernafasan karena pertukaran gas dilakukan oleh plasenta. Darah

mengalir ke janin dari plasenta melalui vena umbilikalis pada tali pusat melalui duktus venosus, mengalir dalam *vena cava inferior* bercampur darah yang kembali dari tubuh bagian bawah masuk ke atrium kanan melewati foramen oval eke atrium kiri lalu ke ventrikel kiri melalui arkus aorta, kemudian dialirkan ke seluruh tubuh (Muttaqin, 2009).

Sirkulasi fetal ini akan mengalami perubahan yang sangat cepat saat proses kelahiran. Saat bayi lahir dan menghisap udara serta menangis kuat, paru-paru mulai mengembang. Tekanan dalam paru-paru bayi mengecil sehingga seolah-olah menarik aliran darah dari jantung melalui paru-paru. Kondisi ini secara langsung mendorong penutupan *foramen ovale* pada atrium jantung dan penutupan *duktus arteriosus* antara arteri paru dan aorta (Hall, & Hall, 2021). Perubahan pola sirkulasi ini menjadi hal paling penting dalam adaptasi kehidupan ekstrauterin. Adaptasi bayi baru lahir merupakan periode transisi yang tidak stabil selama lebih kurang 6 sampai 8 jam pertama kehidupan. Fase perubahan sirkulasi janin ke sirkulasi bayi yang dapat dilewati dengan baik akan memberikan adaptasi pada pernafasan dan oksigenasi yang adekuat (Azhibekov, et all, 2013).



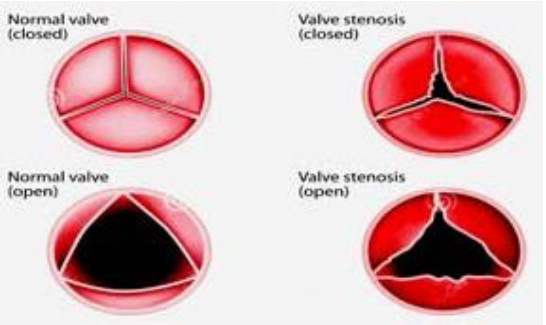
Gambar 12.2 Sirkulasi Fetal (Sumber: https://en.wikipedia.org)

2. Penyakit Jantung pada Anak

Tidak hanya orang dewasa, anak-anak pun dapat menderita penyakit jantung. Penyakit jantung pada anak dapat dibedakan dalam dua kelompok, yaitu penyakit jantung didapat dan penyakit jantung bawaan. Penyakit jantung yang diderita anak sejak lahir disebut penyakit jantung bawaan (kongenital) dan jika tidak diderita anak sejak lahir maka disebut sebagai penyakit jantung didapat. Penyakit jantung didapat merupakan penyakit jantung yang tidak didapat sejak lahir melainkan didapat ketika masa kanak-kanak dan meliputi berbagai penyakit yang heterogen.

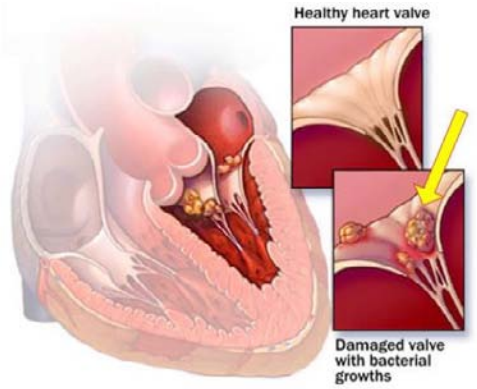
Beberapa penyakit jantung didapat yang paling sering ditemukan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) antara lainsebagai berikut:

a. Penyakit Jantung Rematik "*Rheumatic Heart Disease*" (RHD) dimana toxin yang dihasilkan infeksi kuman "*Group A Streptococcus*" (GAS) menyebabkan respon imun yang abnormal. Respon abnormal tersebut memicu peradangan pada jantung secara kronis dengan manifestasi kebocoran atau kekakuan katup jantung. Gambaran penyakit jantung rematik dapat dilihat jelas pada gambar dibawah ini.



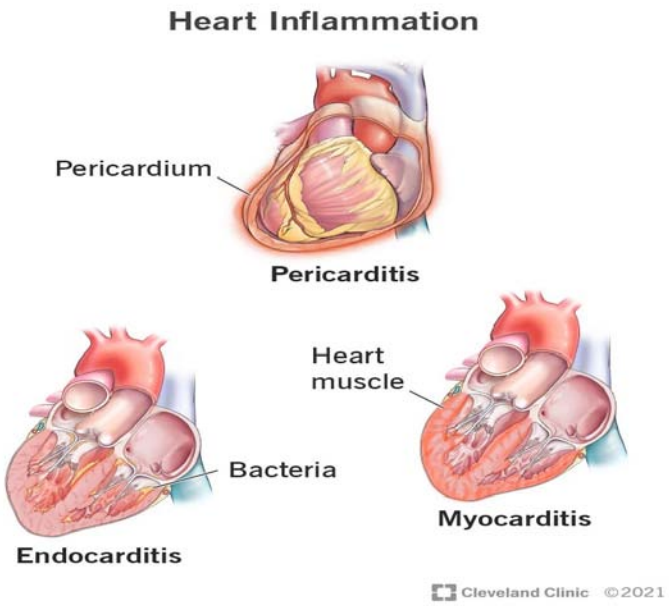
Gambar 12.3 Gambar Katup Jantung pada Penyakit Jantung Rematik

b. *Infective Endocarditis* (IE) dimana terjadi infeksi bakteri yang menempel pada lapisan endokardium jantung dengan salah satu manifestasinya kebocoran katup jantung bila kuman melekat pada katup jantung.



Gambar 12.4 Gambaran Penyakit *Infective Endocarditis*

c. "*Myocarditis*" dimana terjadi peradangan pada lapisan miokardium jantung akibat infeksi patogen (virus, bakteri, jamur, dll) dari luar tubuh menyebabkan penderita sesak napas dan cepat lelah hingga kematian.



Gambar 12.5 Gambaran Penyakit Infeksi pada Jantung
(Sumber: https://my.clevelandclinic.org/)

d. "Pericarditis" dimana terjadi peradangan pada lapisan perikardium jantung akibat infeksi patogen (virus, bakteri, jamur, dll) dari luar tubuh hal ini seringkali diikuti dengan "*Pericardial Effusion*" dimana terdapat penumpukan cairan antara perikardium lapis luar (parietal) dengan perikardium lapis dalam (visceral) dan berpotensi untuk menekan jantung apabila cairan yang terakumulasi cukup banyak yang disebut tamponade jantung (*Cardiac Tamponade*),
e. Penyakit Kawasaki suatu penyakit yang masih misterius dan dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah arteri koroner sampai kematian.

3. Penyakit Jantung Bawaan

Perubahan fisiologis sirkulasi janin menjadi sirkulasi bayi baru lahir apabila tidak dapat berjalan dengan adekuat maka dapat menyebabkan kelainan pada jantung yang biasa disebut Penyakit Jantung Bawaan (PJB). Penyebab PJB bersifat multifaktorial, baik factor lingkungan maupun genetika dan seringkali penyebab ini tidak dapat ditegakkan dengan pasti. Diperkirakan 20% penyebab kasus PJB adalah kelainan genetika, abnormalitas kromosom serta pengaruh lingkungan (Blue, et all, 2012). PJB merupakan kelainan baik pada struktur maupun fungsi jantung yang didapat sejak masih berada dalam kandungan. Kelainan ini dapat terjadi pada dinding jantung, katup jantung, maupun pembuluh darah yang ada di dekat jantung. Akibatnya, dapat terjadi gangguan aliran darah di dalam tubuh pasien; misalnya terjadi sumbatan aliran darah, atau darah mengalir ke jalur yang tidak semestinya.

Laporan global kejadian PJB berdasarkan laporan di negara-negara Eropa mengalami tren penurunan dari 70 per 10.000 kelahiran hidup menjadi 55-66 per 10.000 kelahiran hidup. Penurunan ini berkaitan dengan adanya program penambahan zat gizi (fortifikasi) asam folat yang dilaksanakan secara luas (Khoshnood, et all, 2017). Kejadian PJB di Indonesia adalah 8 per 1000 kelahiran hidup. Angka tersebut cukup besar karena Indonesia memiliki angka fertilitas yang cukup tinggi. Bahkan diperkirakan aka nada penambahan 32.000 kasus baru PJB setiap tahunnya di Indonesia (Djer & Madiyono, 2000). Angka kematian akibat PJB cukup tinggi yaitu

131 per 100.000 kasus PJB pada anak yang berusia kurang dari 1 tahun. Angka tersebut ada pada negara Oseania, Afrika Utara, Timur Tengah, Karibia, Afrika sub-Sahara dan Asia Tenggara (GBD 2017 *Congenital Heart Disease Collaborators*, 2017).

Penyakit jantung bawaan terdiri dari yang biru (*cyanotic*) dan tidak biru (*acyanotic*). Penyakit jantung bawaan asianotik dapat merupakan defek pada sekat jantung seperti "*atrial septal defect*" (ASD), "*ventricular septal defect*" (VSD), maupun kegagalan pembuluh darah yang menghubungkan sirkulasi tubuh sistemik dengan sirkulasi paru-paru untuk menutup saat lahir sehingga terus terbuka yang disebut "*patent ductus arteriosus*" (PDA). Penyakit jantung sianotik dapat dikelompokkan berdasarkan mekanisme yang menyebabkan anak biru yaitu, antara lain obstruksi pembuluh darah paru disertai defek pada sekat jantung seperti "*Tetralogy of Fallot*" (TOF), "*Pulmonary atresia*" (PA), "*Pulmonary stenosis*" dengan defek pada sekat jantung (VSD-PS), dan "*Ebstein Anomaly*".

a. Atrial Septal Defect (ASD)

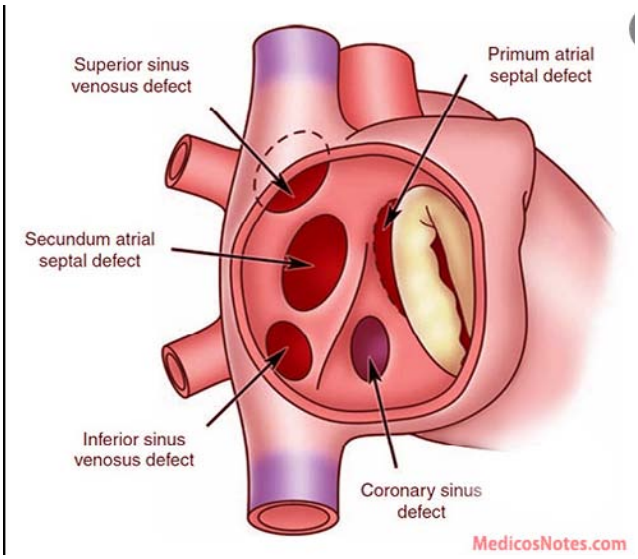
Atrial Septal Defect (ASD) adalah penyakit jantung kongenital yang berupa lubang (defek) pada sekat intra septum (sekat antar serambi jantung) akibat kegagalan fungsi septum interatrial semasa janin. Lubang ini mengakibatkan aliran darah *intra cardiac* tidak normal. Kejadian ASD dilaporkan berkisar 10% hingga 25% dari total PJB yang terjadi pada anak (Menillo, Lee & Pearson-Shaver, 2021). ASD merupakan suatu lubang yang terdapat pada dinding (septum) yang memisahkan jantung pada bagian atrium kiri dan atrium kanan. ASD hampir selalu ada pada bayi baru lahir, dan dokter tidak akan melakukan penanganan segera untuk menutup ASD karena pada umumnya ASD akan menutup dengan sendirinya, seiring perkembangan.

Pada manusia dengan kondisi normal, sisi kiri jantung memiliki tekanan yang lebih tinggi dibandingkan dengan sisi kanan jantung. Dengan adanya lubang pada sekat atrium, konsep aliran darah tersebut menjadi berubah. *Left to Right Shunt* berarti terdapat aliran dari atrium kiri ke atrium kanan. Hal ini membuat atrium kanan memiliki volume darah yang lebih banyak, sehingga aliran darah menuju paru-paru juga meningkat, memicu terjadinya hipertensi pulmonal, stroke dan gagal jantung. Dikatakan *Eisenmenger syndrome* jika *Right to Left Shunt*, sehingga membuat darah yang teroksigenasi bercampur dengan yang belum teroksigenasi. Darah kemudian masuk ke aorta dengan konsentrasi oksigen dibawah 100% dan menimbulkan gejala sianosis secara permanen. Klasifikasi ASD dibagi menjadi 3 berdasarkan letak lubang yaitu:

1) *Ostium Primum* (ASD1), dimana letak lubang di bagian bawah septum, bisa disertai kelainan katup mitral. Kejadian Ostium Primum sebesar 20% dari total ASD;

2) *Ostium Secundum* (ASD2), letak lubang di tengah septum. Prevalensinya paling sering yaitu 75% dari total ASD; dan

3) Sinus Venosus Defek, dimana lubang berada diantara vena cava superior dan atrium kanan. Merupakan 5% kejadian dari total kasus ASD.



Gambar 12.6 Tipe ASD Berdasarkan Lokasi Lubang

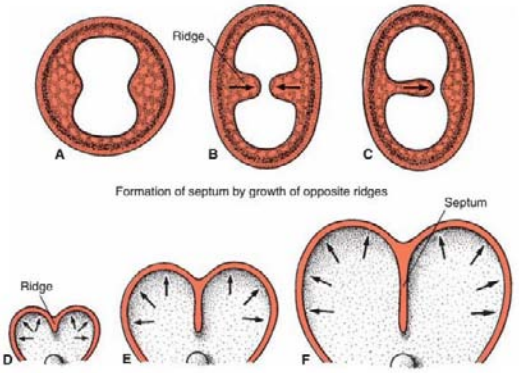
(Sumber: http://notes.medicosnotes.com/2015/03/types-of-asd-atrial-septal-defect.html)

ASD juga diklasifikasikan berdasarkan kompleksitasnya menjadi dua yaitu ASD sederhana dan ASD kompleks. ASD sederhana merupakan kejadian defek pada septum sebagaimana tiga tipe yang telah dijelaskan sebelumnya iatu Ostium Primum. Ostium sekundum, dan Sinus Venosus Defek yang seringkali disertai *anomaly parsial drainase vena pulmonalis*. Sedangkan ASD kompleks merpakan bentuk dari *defek endocardial cushion* yang sekarang dikenal dengan *defek septum antrioventrikular* atau atrium vena (AV) canal. Defek atrium sekundum merupakan kelainan adanya lubang patologis di fossa ovalis, sehingga menimbulkan pirau (aliran balik) dari atrium kiri ke atrium kanan, dengan beban volume di atrium dan di ventrikel kanan (Sutini, 2018).

Kondisi ASD mayoritas tidak menunjukkan gejala (asimptomatik) terutama pada lubang yang kecil. Namun apabila ASD berdiameter besar, maka akan menimbulkan kondisi gagal jantung pada tahun pertama kehidupan dan hal ini terjadi pada 5% penderita ASD. Kejadian gagal jantung akibat ASD meningkat akhir-akhir ini, disertai kondisi aritmia yaitu gangguan aktivitas listrik jantung. Penegakan diagnosis ASD biasanya dilakukan apabila terdapat keluhan bayi atau anak-anak yang mengalami infeksi saluran nafas bagian bawah berulang, adanya keluhan batuk dan demam hilang timbul (tanpa pilek). Pada kondisi ASD besar, akan timbul gejala gagal jantung berupa sesak nafas, kesulitan menyusu, gagal tumbuh kembang atau mudah lelah saat beraktivitas pada anak-anak yang berusia lebih besar. Keluhan lain yang dirasakan pada pasien ASD berupa palpitasi (berdebar-debar) serta aritmia.

b. Ventricular Septal Defect (VSD)

Ventricular Septal Defect (VSD) merupakan kelainan jantung yang ditandai dengan adanya celah atau lubang di antara kedua bilik jantung dimana seharusnya pada kondisi normal, lubang atau celah tersebut tidak ada. VSD dapat terjadi sejak usia kehamilan 8 minggu, karena pada saat itu proses pembentukan jantung janin berlangsung.

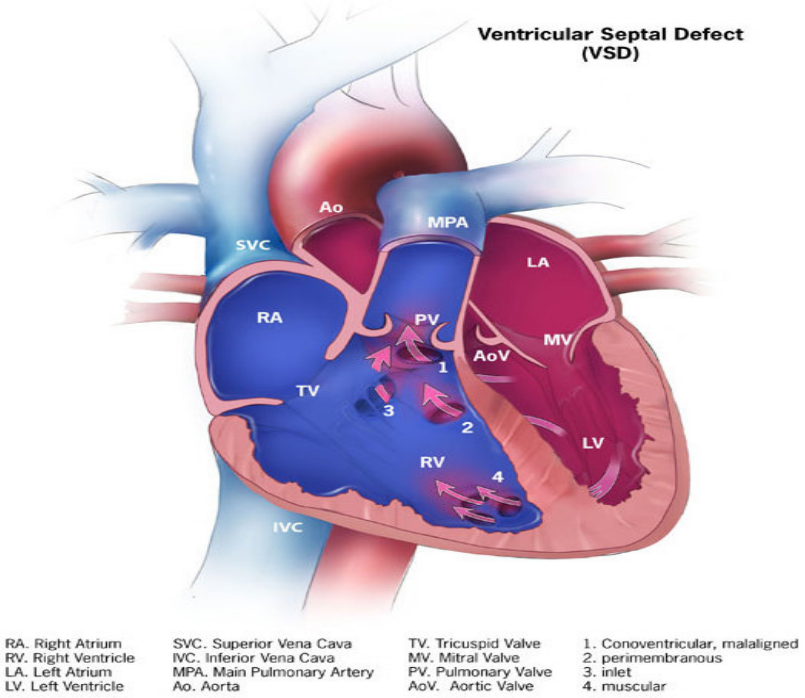


Gambar 12.7 Proses Pembentukan Septum Cardium (Sumber: Sadler 2012)

VSD terjadi pada 50% kelainan PJB dan 32% dari total kejadian VSD terdiagnosis pada awal bayi baru lahir (Adan, et all, 2021). Penyebab VSD belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan faktor kelainan genetik dan lingkungan menjadi penyebab utamanya. Faktor risiko terjadinya VSD antara lain riwayat keluarga dengan PJB dan mengalami kelainan genetik seperti *Down Syndrome* (Pittara, 2022), sindrom DiGeorge, sindrom Turner, dan sindrom Holt-Oram (Lopez, et al, 2018).

Lokasi lubang (defek) pada dinding antara kedua ventrikel (*septum interventricular*) menjadi pembeda klasifikasi VSD sebagaimana yang diuraikan Jacobs, *et al* (2000) antara lain:

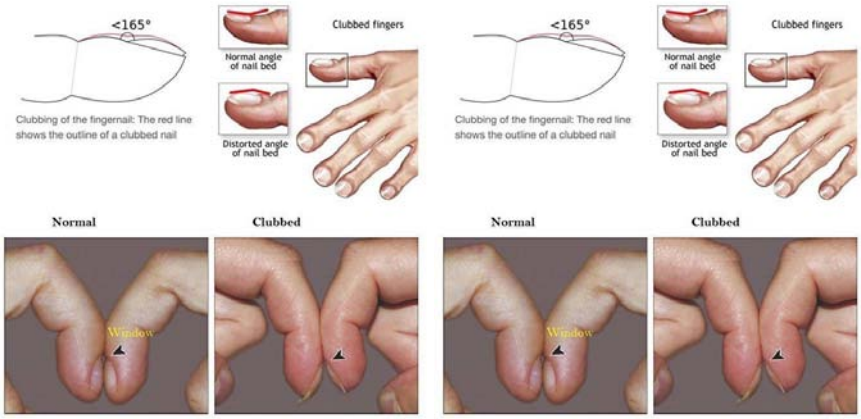
1) Tipe 1: disebut subarterial, supracristal, conal septal defect dan infundibular. Tipe ini ditemui banyak pada ras Asia, 5-7% berkaitan dengan valvula aorta.
2) Tipe 2: disebut juga perimembranosus, paramembranosus, conoventricularis, defek septal membranosus, dan sub aortic. Tipe ini yang paling sering ditemukan berkisar 70% kejadian dari total kasus VSD.
3) Tipe 3: disebut juga tipe inlet dan tipe AV canal. Ditemukan berkisar 5% kejadian, umumnya berkaitan dengan kejadian defek septum atrioventricularis.
4) Tipe 4: dikenal juga dengan nama tipe muskular. Lokasi defek terletak di pars muscularis dan ditemukan berkisar 20%. VSD jenis ini dibagi lagi berdasarkan lokasinya menjadi anterior, apical, posterior dan mid.
5) Tipe gerbode: dikenal dengan nama adanya *shunting* dari venticulus dextra menuju ke atrium dextra karena tidak adanya septum atrioventricularis.



Gambar 12.8 Klasifikasi *Ventricular Septal Defect* (VSD)
(Sumber: https://id.wikipedia.org/wiki/Defek_septum_ventrikel)

Pada VSD ukuran kecil (1-5 mm), biasanya tanpa gejala yang jelas (asimptomatik), tidak ada gangguan tumbuh kembang, bunyi jantung normal, kadang ditemukan suara bising di peristaltik yang menjalar ke seluruh perikardium dan berakhir pada waktu diastolik karena terjadi penutupan VSD. Pada umumnya tidak diperlukan kateterisasi karena akan menutup secara spontan pada umur 3 tahun.

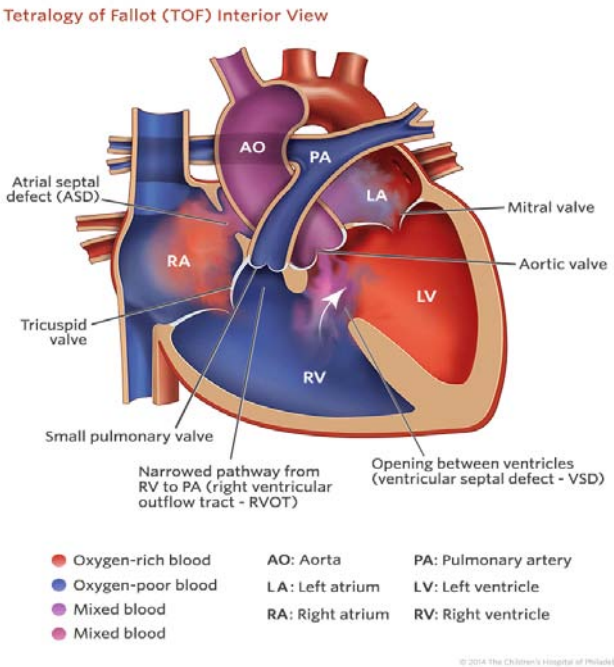
Sedangkan pada VSD sedang (defek 5-10 mm) muncul gejala saat bayi berupa sesak nafas, berat badan sulit naik, tumbuh kembang terganggu akibat mudah mengalami infeksi, takipneu, terdapat retraksi, namun bentuk dada masih normal. Pada defekVSD yang besar (>10 mm) muncul gejala sejak neonates, dimana bayi mengalami dipsneu akibat adanya pirau kiri ke kanan pada minggu pertama setelah lahir, sesak nafas saat tidur, terkadang tampak sianosis. Bayi mudah lelah, sehingga saat menyusu bayi tertidur karena kelelahan, muntah saat menyusu, sehingga kenaikan berat badan sulit dicapai. Pada kondisi VSD besar akan nampak adanya *clubbing finger* sebagai tanda bahwa aliran vascular perifer mengalami kekurangan oksigen. Hasil pemeriksaan EKG menunjukkan peningkatan aktivitas ventrikel kanan dan kiri, sedanggkan pada hasil radiologi terdapat gambaran nyata pembesaran jantung dengan conus pulmonalis yang tampak menonjol, pembuluh darah hilus membesar dan peningkatan vaskularisasi paru perifer (Menillo, et al, 2021).



Gambar 12.9 Gejala Clubbing Finger pada Kebanyakan Penderita PJB
(Sumber: https://www.mountsinai.org/health-library/)

c. *Tetralogi of Fallot* (TOF)

Tetralogy of Fallot (TOF) merupakan jenis PJB sianotik yang memiliki 4 defek struktural berupa VSD besar, stenosis atau atresia pulmonal, *overriding aorta* dan hipertrofi ventrikel kanan. Kondisi TOF berpengaruh besar pada aliran darah ke seluruh tubuh yang tidak mengandung cukup oksigen. TOF diperkirakan hanya terjadi pada 5 dari total 10.000 kelahiran hidup. TOF terjadi sejak fase prenatal (kehamilan), tepatnya saat jantung sedang berkembang. Sehingga saat ini dimana teknologi di bidang medis sudah cukup canggih, TOF akan terdeteksi meskipun bayi masih dalam kandungan ibu.



Gambar 12.10 Kondisi Kelainan Struktur pada Tetralogi of Fallot (TOF)
(Sumber: https://www.chop.edu/conditions-diseases/tetralogy-fallot)

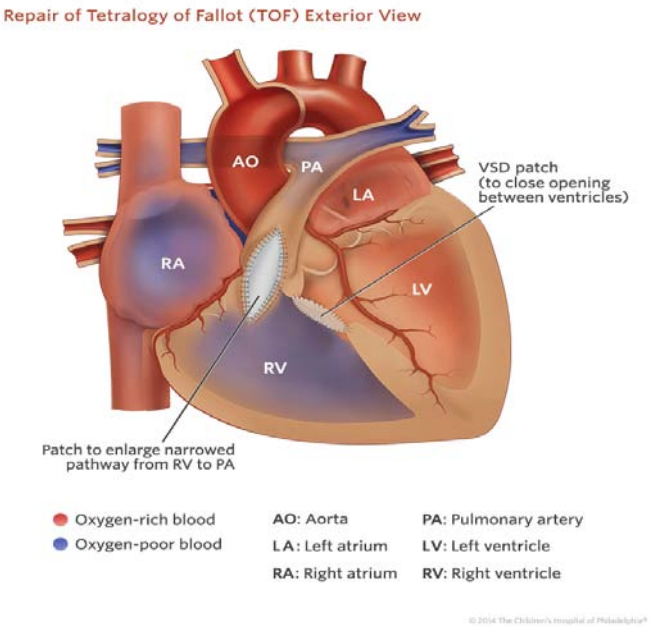
Kelainan anatomi jantung yang menjadi ciri utama pada TOF (Hayes-Lattin & Salmi, 2020) dijelaskan sebagai berikut:

1) Stenosis arteri pulmonal, dimana terjadi penyempitan pada katup pulmonal sehingga aliran darah menuju arteri pulmonal mengalami obstruksi. Hambatan pada aliran kearah arteri pulmonal bias menambah tekanan pada ventrikel kanan;
2) *Ventricular septal defect* (VSD) yang cukup besar, menyebabkan tekanan ventrikel kiri menjadi sama besar dengan tekanan ventrikel kanan. Secara klinis, pasien TOF mengalami hambatan pengosongan ventrikel kanan akibat adanya stenosis pulmonal, sehingga akan timbul pirau dari ventrikel kanan ke ventrikel kiri. Kondisi ini yang menyebabkan darah tinggi karbondioksida bercampur dengan darah yang tinggi oksigen lalu masuk ke dalam aorta dan dipompakan ke seluruh tubuh;
3) *Overriding* aorta, yaitu terjadinya pergeseran aorta ke kanan disertai pembesaran pada pangkal aorta. Kondisi ini mengikuti kelainan VSD yang terbentuk;
4) *Right ventricular hypertrophy* atau penebalan pada otot ventrikel kanan, yaitu kondisi yang terjadi akibat kerja jantung terlalu berat, sehingga dapat menyebabkan jantung melemah dan gagal jantung.

Gejala klinis yang sering muncul pada anak dengan TOF berupa sianosis akut dan menetap (*Morbus Sereleus*). Sianosis muncul setelah beberapa bulan, jarang tampak pada saat lahir, bertambah berat secara progresif. Adanya serangan hipersianotik (*blue spell*), adanya peningkatan frekuensi dan kedalaman nafas, sistem syaraf pusat menjadi mudah terstimulus sampai muncul kejang, stroke bahkan kematian. Pada umumnya anak dengan TOF mengalami gagal tumbuh, kondisi anemia akan memperburuk gejala. Anak mengalami penurunan toleransi pada aktivitas berat, mudah lelah dan sesak nafas. Dampak penyerta yang bias muncul berupa asidosis.

Masalah utama pada TOF adalah terjadinya hipoksia, sehingga kebanyakan anak dengan TOF harus menjalani bedah jantung yang umum dilakukan saat anak berusia 1-4 tahun (Sutini, 2018). Pada beberapa kasus, dokter akan memberikan obat sebelum operasi untuk menjaga aliran darah dari jantung ke paru-paru. Terdapat dua pilihan metode operasi perbaikan (*repair*) pada TOF (Subroto, Akbar & Hakim, 2020) yaitu:

1) *Intracardiac repair* dilakukan di tahun pertama setelah bayi lahir. Tujuan operasi ini adalah untuk memperbaiki katup pulmonal yang sempit dan menutup lubang akibat VSD. Setelah *intracardiac repair* dilakukan kadar oksigen di dalam darah pasien akan meningkat, dan gejala yang dialami juga akan berkurang.
2) Operasi sementara, biasanya dilakukan pada bayi prematur dengan kondisi arteri paru-paru yang tidak berkembang sempurna. Tindakan ini dilakukan sebelum *intracardiac repair* untuk mempertahankan aliran darah ke paru-paru. Dokter bedah jantung akan membuatkan sambungan atau aliran darah baru dari aorta ke arteri paru-paru. Jika kondisi bayi sudah siap, maka dokter akan melepas sambungan tersebut, kemudian dilakukan *intracardiac repair*.



Gambar 12.11 Kondisi Setelah Operasi Perbaikan Struktur pada TOF
(Sumber: https://www.chop.edu/conditions-diseases/tetralogy-fallot)

Bayi dengan TOF yang telah menjalani *repair* dapat hidup dengan normal, namun tetap berisiko muncul adanya komplikasi jangka panjang berupa: aritmia (gangguan irama jantung), VSD bocor kembali, penyakit jantung coroner, pembesaran pembuluh aorta, henti jantung mendadak, kebocoran katup atrium dan ventrikel serta katup pulmonal yang mudah bocor. Oleh karenanya, meskipun penderita telah menjalani operasi tetap harus kontrol secara rutin sepanjang hidupnya.

4. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

1) Anamnesa : pada awal bayi baru lahir biasanya belum ditemukan gejala sianosis, sianosis muncul setelah beberapa minggu bahkan baru dirasakan saat anak mulai banyak beraktivitas seperti sekolah atau olahraga.

2) Riwayat penyakit keluarga : adanya penyakit genetik dalam silsilah keluarga seperti *Down Syndrome*, anak yang lahir sebelumnya menderita PJB. Adanya riwayat sakit pada keluarga: penyakit jantung, kelainan bawaan, DM atau hipertensi.

3) Riwayat kehamilan : usia ibu saat hamil diatas 40 tahun, penggunaan KB hormonal, riwayat konsumsi obat (thalidomide, dextro, amphetamine, aminopterin, amethopterin, jamu). Ibu mengalami penyakit infeksi saat kehamilan seperti *rubella* atau infeksi virus lainnya. Adanya pajanan radiasi selama kehamilan, ibu alkoholik, atau gizi buruk selama kehamilan. Pajanan terjadi pada fase-fase pembentukan jantung janin berlangsung yaitu trimester pertama.

4) Riwayat pertumbuhan : pertumbuhan terhambat, berat badan sulit naik akibat metabolism yang tinggi karena kondisi penyakit, namun anak cenderung kelelahan saat menyusu.

5) Riwayat perkembangan / psikososial : kesesuaian kemampuan psikososial perlu dikaji sesuai usia, kelainan tumbang yang menyertai, mekanisme koping anak / keluarga serta pengalaman hospitalisasi sebelumnya.
6) Perubahan status kesadaran dan sirkulasi : perlu ditanyakan riwayat kejang, pingsan, sianosis.
7) Pola aktivitas : kaji toleransi anak terhadap aktivitas seperti menangis, makan, mengejan dan posisi tubuh setelah aktivitas: *kneechest*, *squanting*, tanyakan adakah kelelahan saat menyusu jika pasien bayi.
8) Pemenuhan kebutuhan nutrisi : tanyakan apakah bayi mengalami kesulitan untuk menyusu serta hambatan lain dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.
9) Tingkat pengetahuan anak dan keluarga : penting untuk diketahui tentang pemahanan anak dan keluarga tentang diagnosis, prognosis, regimen pengobatan, rencana perawatan baik saat di rumah sakit maupun dirumah.
10) Pemeriksaan fisik
    a) Pemeriksaan secara umum berupa tingkat kesadaran, kondisi umum, tanda-tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah dan frekuensi pernafasan).
    b) Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) : adanya sianosis terutama pada bibir dan kuku, sianosis menetap (*Morbus Sereleus*). Tampak *clubbing finger* setelah usia 6 bulan. Murmur muncul pada auskultasi batas kiri sternum tengah sampai bawah. Adanya *dyspnea d'effort* yaitu sesak pada saat beraktivitas, kadang disertai kejang periodik (*spells*) atau pingsan. Pertumbuhan dan perkembangan mengalami keterlambatan. Adanya serangan sianosis mendadak (*blue spells / cyanotic spells*, hiperpnea paroksismal, *hypoxia spells*) ditandai dengan dyspnea, nafas cepat dan dalam, lemas, kejang, sinkop bahkan sampai koma dan kematian. Anak sering melakukan jongkok (*squanting*) dengan posisi *kneechest* setelah anak dapat berjalan, anak berjongkok beberapa saat sebelum mulai untuk berjalan kembali. Auskultasi terdengar bising sistolik yang keras pada daerah pulmonal, semakin melemah apabila derajat obstruksi bertambah.ginggiva hipertrofi, gusi sianosis setelah melakukan aktivitas.
11) Pemeriksaan penunjang:
    a) Rontgen dada : menunjukkan peningkatan atau penurunan aliran pulmoner, tidak ada buksi pembesaran jantung.
    b) EKG : menunjukkan hipertrofi ventrikel kanan, hipertrofi ventrikel kiri atau keduanya.
    c) Nilai gas darah arteri : PH turun (asidosis), PO2 turun, PCO2 naik.
    d) Hemoglobin atau hematokrit : sebagai pembanding adanya anemia defisiensi zat besi
    e) Jumlah trombosit : menurun
    f) Ekokardiogram : mendeteksi defek septum, posisi aorta, dan stenosis pulmonal
    g) Kateterisasi jantung : peningkatan sistemik dalam ventrikel kanan, penurunan tekanan pulmoner dengan penurunan saturasi hemoglobin arteri.
    h) Uji telan barium : menunjukkan pergeseran trakea dari garis tengah kearah kiri.
    i) Radiogram abdomen : mendeteksi kemungkinan adanya kelainan yang lain.

b. Diagnosa Keperawatan

1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi
2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan perfusi dan ventilasi
3) Penurunan curah jantung berhubungan dengan kelainan jantung : Tetralogi of Fallot
4) Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan transport oksigen melalui alveoli dan membrane kapiler
5) Risiko cidera
6) Defisit nutrisi berhubungan dengan kelelahan selama makan, peningkatan kebutuhan kalori dan penurunan nafsu makan
7) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
8) Kurang pengetahuan keluarga tentang diagnostik, prognosa, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kesalahan dalam memahami informasi yang ada, kurang pengalaman
9) Gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan kelainan kongenital: Tetralogi of Fallot

C. Rangkuman

Penyakit jantung pada anak dapat dibedakan dalam dua kelompok, yaitu penyakit jantung didapat dan penyakit jantung bawaan. Penyakit jantung yang diderita anak sejak lahir disebut penyakit jantung bawaan (kongenital) dan jika tidak diderita anak sejak lahir maka disebut sebagai penyakit jantung didapat. Penyakit jantung didapat merupakan penyakit jantung yang tidak didapat sejak lahir melainkan didapat ketika masa kanak-kanak dan meliputi berbagai penyakit yang heterogen seperti: Penyakit Jantung Rematik *Rheumatic Heart Disease* (RHD), *Infective Endocarditis* (IE), *Myocarditis,* Pericarditis, dan Penyakit Kawasaki. Penyakit jantung bawaan (PJB) terdiri dari yang biru (*cyanotic*) dan tidak biru (*acyanotic*). Penyakit jantung bawaan asianotik dapat merupakan defek pada sekat jantung seperti "*atrial septal defect*" (ASD), "*ventricular septal defect*" (VSD), maupun kegagalan pembuluh darah yang menghubungkan sirkulasi tubuh sistemik dengan sirkulasi paru-paru untuk menutup saat lahir sehingga terus terbuka yang disebut "*patent ductus arteriosus*" (PDA). Penyakit jantung sianotik dapat dikelompokkan berdasarkan mekanisme yang menyebabkan anak biru yaitu, antara lain obstruksi pembuluh darah paru disertai defek pada sekat jantung seperti "*Tetralogy of Fallot*" (TOF).

D. Tugas

- Bentuklah kelompok diskusi beranggotakan 5-6 orang!
- Pilihlah kasus yang berbeda untuk masing-masing kelompok!
- Cari literatur yang relevan berupa *teks book*, *e-book*, maupun jurnal untuk selanjutnya susunlah makalah tentang kasus gangguan kardiovaskular pada anak! Makalah berisikan konsep dasar dan konsep asuhan keperawatan secara lengkap.
- Presentasikan makalah secara bergantian dengan kelompok lainnya!

E. Referensi

Adler, D. (2021). Atrial Septal Defect. https://emedicine.medscape.com/article/162914.

Aal, A., et al. (2021). Impact of percutaneous ventricular septal defect closure on left ventricular remodeling and function. *The Egyptian Heart Journal*, 73(86), pp. 1–6.

Adan, A., Eleyan, L., Zaidi, M., Ashry, A., Dhannapuneni, R., & Harky, A. (2021). Ventricular septal defect: Diagnosis and treatments in the neonates: a systematic review. *Cardiol Young*, 31, 756–61.

Andriani. (2022). Sistem Kardiovaskular, dalam Anatomi dan Fisiologi. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.

Azhibekov, T., Noori, S., Soleymani, S., & Seri, I. (2013). Transitional cardiovascular physiology and comprehensive hemodynamic monitoring in the neonate: Relevance to research and clinical care. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19(1):45-53. https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.09.009

Blue, G. M., Kirk, E. P., Sholler, G. F., et al. (2012). Congenital heart disease: Current knowledge about causes and inheritance. *The Medical Journal of Australia*, 197(3):155–9. http://dx.doi.org/10.5694/mja12.10811

Cox, K., et al. (2020). The natural and unnatural history of ventricular septal defects presenting in infancy: An echocardiography-based review. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 33(6), pp. 763–70.

Djer, M. M., & Madiyono, B. (2000). Tatalaksana penyakit jantung bawaan. *Sari Pediatri*, 2(3), 155-162. http://saripediatri.idai.or.id/pdfile/2-3-5.pdf

GBD 2017 Congenital Heart Disease Collaborators. (2020). Global, regional, and national burden of congenital heart disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Child Adolecense Health*, 4(3), 185-200. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30402-X.

Hall, J. E., & Hall, M. E. (2020). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology E-Book*, 14th Edition. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.

Hayes-Lattin, M., & Salmi, D. (2020). Educational Case: Tetralogy of Fallot and a Review of the Most Common Forms of Congenital Heart Disease. *Academic Pathology*, 7, pp. 1–8.

Jacobs, J. P., Burke, R. P., Quintessenza, J. A., & Mavroudis, C. (2000). Congenital heart surgery nomenclature and database project: Ventricular septal defect. *Ann Thorac Surg*, 69 (3): 25–35.

Khoshnood, B., Loane, M., Garne, E., et al. (2017). Recent decrease in the prevalence of congenital heart defects in Europe. *Journal of Pediatric*, 162(1), 108-113.e2. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.06.035

Kowlak, et all. (2014). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.

Lopez, L., Houyel, L., Colan, S. D., Anderson, R. H., Béland, M. J., Aiello, V. D., et al. (2018). Classification of ventricular septal defects for the eleventh iteration of the international classification of diseases-striving for consensus: A report from the international society for nomenclature of paediatric and congenital heart disease. *Annals Thoracic Surgery*, 106, 1578–89.

Menillo, A. M., Lee, L. S., & Pearson-Shaver, A. L. (2021). Atrial Septal Defect.. In: StatPearls. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; 2021 Jan. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535440/.

Muttaqin, A. (2009). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.

Pittara. (2022). *Ventricular septal defect*. https://www.alodokter.com/defek-septum-ventrikel.

Sadler, T.W. 2012. *Langman's Medical Embryology*, 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Soebroto, H., Akbar, E., Hakim, A. (2020). Primary repair tetralogy of fallot and major aorto-pulmonary collateral arteries with suspected noonan syndrome: A rare case. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 11(3), pp. 302–308.

Sutini, T. (2018). *Modul ajar: Konsep keperawatan anak*. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI).

Vick, G., & Bezold, L. (2021). Isolated atrial septal defects in children: classification, clinical features, and diagnosis. https://www.uptodate.com/contents.

Biografi Penulis



Ns. Roshinta Sony Anggari, M.Kep, lahir di Banyuwangi tanggal 4 Mei 1987. Telah menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya pada tahun 2010 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Anak di Universitas Indonesia pada tahun 2015. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Prodi DIII Keperawatan STIKES RUSTIDA Banyuwangi dan mengampu Mata Kuliah perawatan Anak.

BAB XVI
TERAPI BERMAIN

Dr. Ns. Anita, M.Kep., Sp.MAT

A. Tujuan Pembelajaran

Tujuan Umum:

Mampu memahami konsep dan praktik terapi bermain pada anak yang dirawat di rumah sakit.

Tujuan Khusus:

1. Menjelaskan konsep bermain.
2. Menjelaskan latar belakang terapi bermain anak yang dirawat di Rumah Sakit
3. Menjelaskan penyebab rasa takut dan cemas pada anak yang dirawat
4. Menyebutkan dan menjelaskan manfaat bermain di Rumah Sakit.
5. Menjelaskan Prinsip bermain di Rumah Sakit
6. Menyebutkan syarat ruang bermain di Rumah Sakit
7. Menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam program bermain
8. Membuat rencana program bermain di ruang rawat anak

B. Materi

1. Konsep Bermain

a. Definisi

Bermain adalah dunia anak, kegiatan yang dilakukan sesuai dengan keinginan sendiri untuk memperoleh kesenangan. Bermain adalah cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain, bahasa anak berkembang, belajar beradaptasi dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukan, mengenal waktu, jarak, serta suara (Wong, 2004). Bermain merupakan suatu aktivitas spontan, tanpa paksaan untuk memperoleh kesenangan tanpa memikirkan hasil akhir, untuk memenuhi kepuasan secara fisik, emosi, sosial dan perkembangan mental sehingga anak dapat mengekspresikan perasaan dan kreativitas. Bermain adalah kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan anak sehari-hari karena bermain sama dengan kerja pada orang dewasa, bermain dapat menurunkan stres anak, belajar berkomunikasi dengan lingkungan, menyesuaikan diri dengan lingkungan, belajar mengenal dunia dan meningkatkan kesejahteraan mental serta sosial anak.

b. Fungsi Bermain.

1) Membantu Perkembangan Sensorik dan Motorik
2) Membantu Perkembangan Kognitif
3) Meningkatkan Sosialisasi Anak
4) Meningkatkan Kreativitas
5) Meningkatkan Kesadaran Diri

6) Mempunyai Nilai Terapeutik
7) Mempunyai Nilai Moral Pada Anak

c. Klasifikasi Bermain

Klasifikasi bermain menurut isinya, meliputi:

1) *Social Affective Play*: Anak belajar memberi respon terhadap respon yang diberikan oleh lingkungan terhadapnya dalam bentuk permainan. Misal: orang tua berbicara dan memanjakan, anak tertawa senang, dengan bermain anak diharapkan dapat bersosialisasi dengan lingkungan

2) *Sense off pleasure play*: Anak akan memperoleh kesenangan dari objek yang ada di sekitarnya. Misal: Anak bermain air atau pasir

3) *Skill play*: Merupakan permainan yang memberikan kesempatan pada anak untuk memperoleh keterampilan tertentu dan anak akan melakukannya secara berulang-ulang. Misal: mengendarai sepeda.

4) *Dramatical Play Rolle Play*: Anak berfantasi menjalankan peran tertentu misalnya menjadi ayah atau ibu.

Menurut karakteristik sosial

1) *Solitary play*: Dilakukan oleh balita (*toddler*) merupakan jenis permainan dimana anak bermain sendiri walaupun ada beberapa orang lain yang bermain di sekitarnya.

2) *Paralel Play* (permainan sejenis): Dilakukan oleh suatu kelompok anak balita atau pra sekolah yang masing-masing mempunyai mainan yang sama tetapi satu sama lain tidak ada interaksi dan tidak saling tergantung.

3) *Associative Play*: Merupakan permainan dimana anak bermain dalam kelompok

4) *Cooperative Play*: Anak bermain bersama dengan jenis permainan yang terorganisir, terencana dan ada aturan tertentu. Permainan ini dilakukan oleh anak sekolah / *adolesens*

2. Latar Belakang Terapi Bermain Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

Bermain bagi anak merupakan keseluruhan aktivitas yang memberikan kesenangan dan metode bagaimana mereka mengenal dunia. Bermain bukan hanya mengisi waktu luang, tetapi merupakan kebutuhan anak seperti halnya makanan, perawatan, cinta kasih, rekreasi dan sebagai nya. Anak memerlukan berbagai variasi permainan untuk kesehatan fisik, mental dan perkembangan emosinya. Melalui bermain, anak tidak hanya menstimulus pertumbuhan otot-ototnya, tetapi lebih dari itu anak tidak hanya melompat, melempar atau berlari. Tetapi mereka bermain dengan menggunakan seluruh emosinya, perasaannya dan pikirannya. Kesenangan merupakan salah satu elemen pokok dalam bermain. Anak akan bermain sepanjang aktivitas tersebut menghiburnya. Pada saat mereka bosan, anak akan berhenti bermain. Bermain bukan berarti membuang-buang waktu, juga bukan berarti membuat si anak menjadi sibuk sementara orang tua nya mengerjakan pekerjaannya sendiri. Tetapi melalui bermain mereka mendapatkan pengalaman hidup yang nyata. Bermain bagi anak juga berguna untuk menemukan kekuatan serta kelemahannya sendiri, minatnya, cara menyelesaikan tugas-tugas dalam bermain, kreativitas dan lain-lain.

Bermain adalah unsur-unsur yang penting untuk perkembangan anak baik fisik, emosi, mental intelektual kreativitas dan social. Anak yang mendapatkan kesempatan bermain cukup, akan menjadi orang yang mudah berteman, kreatif dan cerdas, bila dibandingkan dengan

anak yang masa kecilnya kurang mendapatkan kesempatan bermain. Bagaimana jika anak sedang sakit, kesempatan untuk bermain pasti akan terganggu, apalagi jika dirawat di rumah sakit, anak akan terdampak dengan kondisi lingkungan rumah sakit yang tidak biasa bagi anak, anak akan mengalami perasaan cemas dan takut, sehingga kebutuhan untuk tumbuh dan berkembang akan terhambat. Perawatan di rumah sakit merupakan pengalaman yang penuh dengan hal baru, lingkungan tempat tidur, peralatan rumah sakit, orang-orang yang belum dikenal, kebiasaan yang dilakukan di rumah sakit, dan kegiatan baru. Pada saat sakit anak merasa tidak nyaman, nyeri, mendapatkan terapi yang tidak menyenangkan, harus di infus, disuntik, minum obat, serta makan makanan yang ada di rumah sakit.

Situasi stress, kecemasan, ketakutan anak akibat dirawat perlu dikaji oleh perawat, sehingga diagnosis dapat di deskripsikan dengan baik, dan intervensi untuk meminimalkan dampak dirawat dapat dikurangi atau proses adaptasi anak terhadap lingkungan yang ada di rumah sakit dapat dilakukan. Tindakan yang dapat dilakukan untuk meminimalkan dampak dirawat pada anak di antaranya adalah dengan terapi bermain. Pada saat bermain anak memiliki kesempatan untuk mengekspresikan perasaan dan permasalahannya, anak merasa menjadi dirinya sendiri, mengatur situasi tanpa adanya tekanan dan aturan yang membuat cemas. Pada saat anak bermain maka anak akan merasa dekat dengan perawat yang memfasilitasi bermain, kondisi kondusif ini akan membuat anak terpenuhi rasa aman dan nyaman, sehingga informasi terkait intervensi keperawatan akan dapat diterima anak, dan anak merasa bahwa tindakan tersebut memang diperlukan untuk membuat rasa sakit yang dialami akan hilang.

Aktivitas bermain memerlukan energi, namun jika anak di stimulasi dengan permainan yang disesuaikan dengan kondisi sakitnya, terapi bermain dapat mengalihkan rasa nyeri, dan dapat memotivasi anak untuk melakukan sesuatu intervensi keperawatan dengan terapi bermain. Misalnya intervensi teknik nafas dalam, dapat dilakukan dengan meniup alat main baling-baling, atau meniup balon sabun, dengan arahan dari perawat atau keluarga. Pada saat sakit, anak mengalami stres akibat nyeri, adanya luka, perpisahan dengan teman, pembatasan aktivitas, dan lingkungan yang asing. Dampak negatif saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit diantaranya adalah anak akan kehilangan kontrol, rewel, menangis, tidak kooperatif dan bahkan dapat terjadi kemunduran tahap perkembangan (*regresi*). Dampak negatif dari hospitalisasi dapat diminimalkan dengan aktivitas bermain.

Program terapi bermain di beberapa rumah sakit sudah mulai dilaksanakan, meskipun masih terbatas pelaksanaannya, dikarenakan keterbatasan jumlah perawat pada tiap ruangan, namun perawat anak telah dilatih untuk dapat menciptakan trust dari anak, dengan pendekatan yang baik, termasuk melalui bermain dengan anak. Saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit perawat dan orang tua harus dapat memilihkan permainan yang dapat dilakukan anak sesuai dengan usia dan kondisi anak yang sedang sakit.

Menurut Nikmatur Rohmah, 2018, keuntungan aktivitas bermain di ruang rawat anak antara lain:

a. meningkatkan hubungan antara klien (anak dan keluarga) dengan perawat, karena dengan melaksanakan kegiatan bermain perawat mempunyai kesempatan untuk membina hubungan yang baik dan menyenangkan dengan anak dan keluarganya. Bermain merupakan alat komunikasi efektif antara perawat dan anak.
b. Perawatan di rumah sakit akan membatasi kemampuan anak untuk mandiri. Aktivitas bermain yang terprogram akan memulihkan perasaan mandiri pada anak.

c. Permainan anak di rumah sakit tidak hanya akan memberikan rasa senang pada anak, tetapi juga akan membantu anak mengekspresikan perasaan dan pikiran cemas, takut, sedih, tegang, dan nyeri.
d. Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif.

Manfaat terapi bermain di rumah sakit cukup banyak, sehingga pendekatan dan terapi keperawatan pada anak menjadi spesifik, dikarenakan dunia anak adalah dunia bermain, aktivitas yang dilakukan pada anak sebaiknya dilakukan dengan bermain, sehingga anak akan dapat menerima dan mandiri dalam melakukan aktivitas di ruang rawat, serta mendapat pengalaman yang a-traumatik dalam menjalani perawatan di rumah sakit.

3. Penyebab Rasa Takut dan Cemas Pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

Dirawat di rumah sakit merupakan hal yang tidak menyenangkan bagi anak dan orang tua. Penyebab rasa takut dan cemas pada anak dipengaruhi keadaan dan beratnya penyakit, lingkungan rumah sakit, sikap tenaga kesehatan, sikap orang tua & keluarga, umur anak, kepribadian anak, hubungan dengan keluarga dan lamanya anak dirawat. Anak yang dirawat di rumah sakit dapat menunjukkan perilaku kecemasan. Lingkungan rumah sakit merupakan stressor bagi anak dan keluarga. Anak yang dirawat di rumah sakit menjadi tidak bersemangat, terlihat sedih dan murung, tidak responsif, nafsu makan kurang, sampai pola tidur terganggu.

Beberapa stressor akan dihadapi saat anak dirawat, faktor yang dapat menimbulkan stress pada anak yang menjalani rawat inap di rumah sakit diantaranya: 1) suasana lingkungan rumah sakit, wajah orang yang tidak dikenal, bau khas rumah sakit, maupun bunyi yang muncul dari alat kesehatan yang digunakan pasien, dan lain-lain, 2) perpisahan dengan keluarga, teman teman,3) hilangnya kebebasan karena prosedur rumah sakit, termasuk tidak dapat melakukan aktivitas bermain, 4) tubuh yang sakit, tidak berdaya, tidak mandiri, tidak dapat melakukan aktivitas rutin.

Respon terhadap stressor berbeda pada setiap anak, tergantung dari berat ringannya penyakit, jenis prosedur medis dan perawatan yang dilakukan, pengalaman sebelumnya, tingkat perkembangan anak berdasarkan usia, dukungan keluarga, dan kemampuan koping dari anak. Dampak yang umum terjadi adalah gangguan emosional berupa kecemasan, dengan berbagai tingkatan cemas dan manifestasi yang berbeda berdasarkan usia anak. Bila kecemasan ini tidak diatasi, maka dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik, muncul sikap tidak kooperatif dalam program pengobatan, mempengaruhi hasil program terapi, dan menghambat perkembangan anak. Peran perawat di rumah sakit sangat penting dalam mengurangi kecemasan dan stress anak yang dirawat di rumah sakit, dengan intervensi keperawatan yang melibatkan orang tua sebagai support sistem terdekat.

Menurut Zubaidah, 2022, beberapa hal yang dapat dilakukan untuk meminimalkan dampak hospitalisasi bagi anak, yaitu:

a. Berikan orientasi dan informasi terkait rumah sakit dan penatalaksanaan keperawatan yang akan dilakukan kepada anak dan keluarga secara adekuat

   Penjelasan selayaknya sudah harus diberikan sejak masa persiapan anak akan dirawat baik tentang rencana prosedur medis awal maupun lingkungan rumah sakit yang akan dihadapi (fasilitas rumah sakit, siapa yang terlibat dalam perawatan, dan lain-lain). Penjelasan juga harus diberikan selama perawatan untuk setiap tindakan atau prosedur yang akan

dilakukan. Pemberian informasi yang adekuat terbukti dapat menurunkan kecemasan orang tua dan ketakutan bagi anak yang menjalani perawatan di rumah sakit, dan bahkan mereka akan mendukung program pengobatan. Prinsip yang harus diperhatikan bahwa ketakutan karena ketidaktahuan (fantasi) lebih besar daripada ketakutan yang diketahui. Metode penjelasan pada anak harus disesuaikan dengan usia, kondisi, dan tahap perkembangan anak, misal dengan metode terapi bermain dengan alat bantu seperti boneka, miniatur peralatan rumah sakit; metode cerita/ dongeng dengan alat bantu menggunakan buku-buku bacaan, film; metode bemain peran (role play), atau berupa penjelasan singkat secara langsung.

b. Menghadirkan orang tua atau orang terdekat selama anak dirawat

   Sebagian besar rumah sakit telah menerapkan aturan bahwa untuk pasien anak diperbolehkan orang tua untuk menunggu, dan diperbolehkan anggota keluarga lain untuk berkunjung. Hal ini untuk mengatasi stressor perpisahan anak dengan orang- orang dicintainya, dan akan menimbulkan rasa nyaman dan ketenangan bagi anak. Namun hal ini dengan tetap memperhatikan kondisi anak dan risiko keamanan bagi pengunjung tersebut. Bilamana tidak memungkinkan bagi anak untuk dikunjungi, maka orang tua dapat menghadirkan benda sebagai pengganti seperti foto, audiotape atau rekaman video kebersamaan anak dan orang tua.

c. Mempertahankan rutinitas kegiatan anak saat dirawat di rumah sakit

   Perubahan jadwal dan hilangnya ritual aktivitas bagi anak dapat menimbulkan stress bagi anak. Perawat dapat melakukan pengkajian terhadap kondisi anak dan dapat memberikan saran aktivitas anak yang tetap dapat dilakukan selama dirawat di rumah sakit dengan modifikasi kegiatan atau pelaksanaan waktu, seperti tetap mengizinkan anak membawa barang mainannya dan bermain di tempat tidur, menonton televisi, tetap sekolah melalui media elektronik, dan lain-lain.

d. Komunikasi efektif untuk meningkatkan pemahaman

   Komunikasi efektif untuk anak dengan gangguan perkembangan, maka harus dipilih metode dan media yang sesuai. Penggunaan alat- alat tertentu, seperti *social script book*, alat distraksi (alat bermain) mungkin diperlukan.

e. Penataan ruang rawat dan program bermain

   Untuk mendukung perawatan anak yang optimal selama dirawat di rumah sakit, sebaiknya ruang anak di desain menarik dan familiar dengan anak sesuai usia nya, dilengkapi berbagai macam alat bermain. Peran perawat adalah tetap memilah kriteria kondisi anak yang diperbolehkan bermain di ruang bermain dan berinovasi dalam jenis terapi bermain yang bersifat terapeutik bagi anak yang dirawat di rumah sakit.

4. Manfaat Terapi Bermain di Rumah Sakit.

Anak yang dirawat di rumah sakit dan mendapatkan terapi bermain selama perawatan di rumah sakit akan memperoleh manfaat pengalaman dirawat yang menyenangkan, dan tidak trauma dengan lingkungan rumah sakit.

Menurut Lestari, T.Y. 2022, terapi bermain bermanfaat untuk kondisi berikut:

a. Saat anak harus memahami prosedur pengobatan kesehatan, penyakit tertentu, ataupun perawatan kesehatan lainnya.
b. Kemampuan dan perkembangan pendidikan anak tak sesuai dengan harapan.

c. Anak memiliki perilaku negatif di lingkungannya.
d. Anak mudah marah dan lebih agresif.
e. Adanya masalah dalam hubungan keluarga. Misalnya, kematian, perpisahan, ataupun perceraian.
f. Anak mengalami trauma atau bencana alam.
g. Kemungkinan menjadi korban kekerasan anak.
h. Memiliki masalah psikologis, seperti stres dan juga kecemasan.
i. Anak dengan permasalahan makan.
j. Anak ADHD.
k. Anak autisme.

Berikut diuraikan manfaat terapi bermain bagi anak yang dirawat di rumah sakit.

Manfaat bermain di rumah sakit menurut Lestari, T.Y. 2022, adalah:

a. Anak dapat mengetahui dan memahami tanggung jawabnya.
b. Anak mampu memecahkan masalah dengan strategi koping dengan menggunakan ide kreatif.
c. Anak mempunyai harga diri yang positif.
d. Anak belajar berempati dan menghormati orang lain.
e. Anak akan merasa lebih nyaman dan jauh dari kecemasan.
f. Anak mengerti cara mengekspresikan ide, diri, dan juga perasaan.
g. Anak mampu bersosialisasi.
h. Anak dapat menjaga *relationship* dengan anggota keluarganya yang lain.
i. Anak dapat meningkatkan kemampuan bahasa, motorik halus dan kasar.

Adapun manfaat bermain di rumah sakit menurut Wong (2009) adalah:

a. Memberikan pengalihan dan menyebabkan relaksasi
b. Membantu anak merasa lebih aman di lingkungan yang asing
c. Membantu mengurangi stres akibat perpisahan dan perasaan rindu rumah
d. Alat untuk melepaskan ketegangan dan ungkapan perasaan
e. Meningkatkan interaksi dan perkembangan sikap yang positif terhadap orang lain
f. Sebagai alat ekspresi ide-ide dan minat
g. Sebagai alat untuk mencapai tujuan terapeutik
h. Menempatkan anak pada peran aktif dan memberi kesempatan pada anak untuk menentukan pilihan dan merasa mengendalikan.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memahami bahwa terapi bermain sangat membantu dalam pemberian asuhan keperawatan dan kecepatan adaptasi anak dengan lingkungan rumah sakit, penting dilakukan karena stimulasi tumbuh kembang anak tetap berlanjut ketika anak sakit dan dirawat di rumah sakit.

5. Prinsip Terapi Bermain pada Anak di Rumah Sakit.

a. Tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan yang sedang dijalankan.
b. Tidak membutuhkan banyak energi, singkat, sederhana

c. Harus mempertimbangkan keamanan anak dan infeksi silang
d. Dilakukan pada kelompok umur yang sama
e. Melibatkan orang tua
f. Bila keadaan anak masih lemah, maka gunakan bentuk permainan pasif.

Perawat di ruang anak harus memiliki konsep bermain pada anak sesuai dengan usia dan penyakit yang diderita anak, ruang rawat anak sebaiknya memiliki standar operasional terkait permainan anak baik secara individu maupun berkelompok. Kegiatan bermain berkelompok dilakukan secara ter program, sedangkan terapi bermain per individu dapat dilakukan setiap kontak dengan anak terkait intervensi keperawatan yang akan dilakukan sehingga dapat mengurangi dampak trauma pada anak terhadap tindakan invasif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Terapi bermain yang dapat dilakukan adalah dengan menetapkan tujuan bermain bagi anak sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan bermain anak mengacu pada tahapan tumbuh kembang anak, sedangkan tujuan yang ditetapkan harus memperhatikan prinsip bermain bagi anak di rumah sakit, yaitu menekankan pada upaya ekspresi sekaligus relaksasi dan distraksi dari perasaan takut, cemas, sedih, tegang, dan nyeri. Perawat harus menjelaskan tentang kegiatan bermain yang akan dilakukan. Perawat menjadi fasilitator dalam kegiatan bermain dan dilakukan secara aktif oleh anak dan orang tuanya. Kegiatan bermain dijalankan mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika permainan dilakukan dalam kelompok, uraikan tujuan dan aktivitas bermain yang akan dilakukan kepada anak dan orang tua.

Perawat menetapkan jenis alat permainan yang akan digunakan. Alat permainan sesuai usia anak dan aman, alat permainan yang digunakan harus menggambarkan kreativitas anak dan orang tua, serta dapat menjadi media untuk meng-eksplorasi perasaan anak. Ketika kegiatan bermain berlangsung, pengamatan respon anak dan orang tua penting dicatat, jika anak tampak lelah atau mulai tidak nyaman, maka perawat wajib mengklarifikasi untuk melakukan intervensi yang diperlukan, jika perlu permainan dihentikan. Proses terapi bermain harus dievaluasi, apakah memberikan manfaat terkait proses penyembuhan anak. Pada akhir kegiatan bermain, perawat hendaknya melakukan evaluasi secara menyeluruh dengan cara membandingkan pelaksanaan bermain dengan tujuan yang telah ditetapkan semula. Diskusikan apakah yang dirasakan anak dan keluarga setelah melakukan kegiatan bermain, hambatan yang ditemui selama kegiatan bermain, terutama apabila bermain dilakukan secara berkelompok dan melibatkan orang tua anak yang ikut bermain. Berikan pujian terhadap hal-hal positif yang dilakukan, dan jika ada masukan perbaikan terkait terapi bermain perlu dipertimbangkan oleh perawat untuk perbaikan lebih lanjut.

6. Syarat Ruang Bermain di Rumah Sakit

Persyaratan ruang rumah sakit, mengacu standar Permenkes RI no. 24 tahun 2016, adalah:

a. Letak ruangan terapi bermain harus di lokasi yang tenang, aman dan nyaman.
b. Ruangan terapi bermain harus memiliki akses yang mudah dijangkau
c. Ruangan khusus untuk bermain
d. Bebas dari situasi yang tidak menyenangkan.
e. Alat bermain ternuat dari bahan yang tidak membahayakan kesehatan dan tidak menciderai fisik.

7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Perawat Dalam Program Bermain

Perawat dalam melakukan terapi bermain pada anak sakit harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

a. Pengelompokan anak sesuai umur
b. Bermain di RS memerlukan supervisor/staf keperawatan/tokoh bermain (perencana program bermain)
c. Perawat / fasilitator bermain hendaknya sudah pernah mendapat pendidikan/pelatihan yang berhubungan dengan tumbuh kembang, stimulasi dini dan pendidikan kesehatan pada keluarga
d. Alat- alat bermain di Rumah Sakit berdasarkan usia
    1) Usia *infant*, alat main yang digunakan: mainan bergerak dan berbunyi, ayunan atau dipangku oleh ibu atau perawat, jika mampu, beri kesempatan anak untuk merangak atau stimulasi untuk berjalan.
    2) Usia *toddler,* alat main yang digunakan: bermain balok susun di atas tempat tidur, mendengarkan musik dari tape atau radio, *creative material*.
    3) Usia sekolah, alat main yang digunakan: game, buku bacaan, *magic crayon,* radio atau tape, nonton TV dan kemudian dilakukan diskusi.
    4) Persyaratan alat main: Aman (tidak terlalu kecil, runcing, tajam, mudah pecah), ukuran dan berat alat permainan harus sesuai dengan usia anak, desain harus jelas, penggunaan / fungsi alat permainan (mempunyai fungsi mengembangkan aspek motorik, bahasa, kecerdasan dan sosialisasi), daya tahan alat permainan (tidak mudah rusak, mudah diperbaiki, bahan mudah didapat, harga terjangkau)
e. Bermain berdasarkan tujuan:
    1) Meningkatkan masukan cairan, dengan cara: menggunakan cangkir bergambar kecil yang lucu, membuat pesta teh di meja kecil, meminta anak mengisi spuit dengan minuman dan semprotkan ke dalam mulut, membuat poster kemajuan, berikan pujian bila anak mau minum dalam jumlah yang ditentukan, bermain boneka *simon's says*.
    2) Melakukan latihan nafas dalam, dengan cara: bermain meniup busa sabun atau bola kapas, *simon's says*: "ambil nafas dalam" meniup gelembung dengan peniup, meniup gelembung dengan sedotan tanpa sabun, meniup bulu, balon, peluit, harmonika, terompet mainan, peniup pesta, bermain kontes meniup dengan menggunakan balon, bola kapas, bulu, bola pingpong, selembar kertas.
    3) Latihan otot, rentang gerak dan ekstremitas, dengan cara: bermain *simon's says* "angkat tangan..", lempar dan tangkap bola, memainkan gerakan tiruan seperti pesawat, kupu-kupu, bermain tendangan bola: lemparkan benda atau bola ke dalam tempat yang diam, sentuh dan tendang balon atau bola, mainkan gerakan burung atau kupu-kupu, lakukan lomba balap sepeda roda tiga atau kursi roda di area yang aman, mainkan video game atau *pinball,* mainkan plastisin, memuat gambar di kertas yang besar, main salon- (menyisir rambut sendiri)
    4) Bermain untuk injeksi, dengan cara: mintalah anak untuk berhitung 1-10 selama injeksi.
    5) Bermain untuk ambulasi, dengan cara: memberikan pada anak sesuatu untuk didorong
    6) Bermain bersenang-senang dengan cara: bernyanyi bersama-sama, bermain game bersama.

8. Rencana Program Bermain Di Ruang Rawat Anak

Program terapi bermain yang disusun perawat hendaknya memenuhi unsur sebagai berikut.

a. Sasaran (anak & orang tua).
b. Waktu dan tempat
c. Perencanaan (jenis permainan, jumlah anak, alat bermain yang diperlukan, tujuan bermain, prinsip bermain, hambatan yang akan dihadapi, antisipasi hambatan)
d. Pengorganisasian
e. Strategi Pelaksanaan
f. Evaluasi (evaluasi struktur, proses dan hasil)

C. Rangkuman

Bermain merupakan suatu aktivitas spontan, tanpa paksaan untuk memperoleh kesenangan tanpa memikirkan hasil akhir, untuk memenuhi kepuasan secara fisik, emosi, sosial dan perkembangan mental sehingga anak dapat mengekspresikan perasaan dan meningkatkan daya kreatif.

Situasi stress, kecemasan, ketakutan anak akibat sakit dan dirawat di rumah sakit perlu dikaji oleh perawat, sehingga diagnosis dapat di tegakkan secara baik, dan intervensi untuk meminimalkan dampak dirawat di rumah sakit dapat dikurangi sehingga proses adaptasi anak terhadap lingkungan rumah sakit dapat dilakukan. Tindakan yang dapat dilakukan untuk meminimalkan dampak negatif dirawat di rumah saki pada anak di antaranya adalah dengan melakukan terapi bermain. Terapi bermain memberikan manfaat untuk mengurangi kecemasan dan stres, serta memudahkan dalam pelaksanaan intervensi keperawatan, stimulasi tumbuh kembang dan mempercepat proses kesembuhan anak.

D. Tugas

Buatlah program terapi bermain untuk kelompok anak usia 2-3 tahun

E. Referensi

Lestari, T.Y. 2022. Mengenal Manfaat Terapi Bermain untuk Mental Anak. https://www.klikdokter.com/ibu-anak/kesehatan-anak/mengenal-manfaat-terapi-bermain-untuk-mental-anak, diakses tanggal 18 Oktober 2022

Nikmatur Rohmah, 2018, Terapi Bermain. https://www.google.com/search?q=terapi+bermain diakses tanggal 18 Oktober 2022.

Zubaidah.2022. Dampak Hospitalisasi pada Anak dan Cara Meminimalisirnya. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/274/dampak-hospitalisasi-pada-anak-dan-cara-meminimalisirnya. diakses tanggal 18 Oktober 2022.

Wong. D. L., 2004, Pedoman Klinis Keperawatan. Pediatrik, EGC, Jakarta

Wong. D. L., 2009, Buku Ajar Keperawatan Pediatrik, vol 1, ed 6 (Alih bahasa: Andry Hartono, dkk, EGC, Jakarta

Contoh: Satuan Kegiatan Terapi Bermain Berkelompok (Sumber: Nikmatur Rohmah, 2018)

1. Sasaran

   Anak yang dirawat di ruang anak, dengan kriteria:

   a. kesadaran *compos mentis*
   b. tanda vital stabil
   c. tidak menderita penyakit menular
   d. Usia 2-3 tahun (Usia yang sama)
   e. tidak ada kontra indikasi dari aspek medis

2. Waktu dan tempat: Hari Selasa, Pukul 10.00-10.30 Wib.

   Tempat: di ruang terapi bermain Rumah Sakit

3. Perencanaan jenis permainan, jumlah anak, alat bermain yang diperlukan, tujuan bermain, prinsip bermain, hambatan yang akan dihadapi, antisipasi hambatan.

Kriteria	Keterangan	Usia anak
Jenis permainan	Menyusun balok	2-3 tahun
Jumlah anak	5 orang	
Alat yang diperlukan	Alas yang datar Potongan balok	
Tujuan khusus pada permainan ini	1. Meningkatkan hubungan perawat–anak. 2. Meningkatkan kreativitas anak 3. Membina tingkah laku positif 4. Mengalihkan perhatian dari nyeri dan ketidaknyamanan 5. Membantu eksplorasi perasaan gembira/senang, sedih, dan bosan 6. Menimbulkan rasa kerjasama perawat-klien- keluarga.	
Prinsip bermain yang dilakukan	a. Tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan yang sedang dijalankan. b. Tidak membutuhkan banyak energi, singkat, sederhana c. Harus mempertimbangkan keamanan anak dan infeksi silang d. Dilakukan pada kelompok umur yang sama e. Melibatkan orang tua	
Hambatan yang mungkin terjadi	Anak lelah, bosan, mengeluh tidak nyaman, tampak menahan nyeri. Orang tua tampak cemas	
Antisipasi hambatan	1. Membatasi waktu bermain. 2. Permainan bervariasi/ tidak monoton. 3. Jadwal bermain (tidak waktu terapi) 4. Terlebih dahulu memberikan penjelasan pada anak dan orang tua 5. Melibatkan beberapa perawat sebagai fasilitator	

4. Pengorganisasian

   a. Leader : Amzein megian

b. Co. Leader : Danu priambodo

c. Observer : Annisa murya dewi

Uraian Tugas

a. Leader
   - Menjelaskan tujuan bermain, peraturan bermain
   - Memfasilitasi kegiatan bermain
   - Mengevaluasi perasaan setelah pelaksanaan

b. Co.Leader
   - Membantu leader dalam mengorganisasi anggota.

c. Observer
   - Mencatat dan mengamati respon klien secara verbal dan non verbal.
   - Mencatat seluruh proses dan perubahan perilaku anak.

5. Strategi Pelaksanaan

No	Kegiatan Terapis	Waktu	Kegiatan anak & keluarga
1	Persiapan (Pra interaksi) Leader & co leader a. Menyiapkan ruangan b. Menyiapkan alat-alat c. Menyiapkan anak dan keluarga	3 menit	Ruangan, alat-alat, anak dan keluarga sudah siap
2	Pembukaan (Orientasi) Leader: a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri, co leader, observer c. Anak dipersilahkan mengenalkan diri.	5 menit	Anak dan keluarga menjawab salam Anak mengenalkan diri dan saling berkenalan
3	Kegiatan (Kerja) Leader a. Menjelaskan kepada anak dan keluarga tujuan, manfaat & peraturan bermain b. Menjelaskan cara permainan yang akan dilakukan c. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian d. Leader mengevaluasi kegiatan bermain Co Leader a. Memperagakan cara bermain b. Membagikan alat main c. Membantu anak kegiatan menyusun balok, jika ada kendala. Observer a. Melakukan observasi dan mencatat kegiatan bermain. b. Mengevaluasi apakah tujuan bermain tercapai	20 menit	Anak dan keluarga memperhatikan penjelasan terapis Anak melakukan kegiatan yang diberikan oleh terapis. Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diberikan

4	Penutup (Terminasi) Leader a. Melakukan kontrak bermain berikutnya b. Mengucapkan terima kasih c. Mengucapkan salam	2 menit	Anak dan keluarga tampak senang, menjawab salam

1. Kriteria evaluasi
   a. Evaluasi Struktur
      1) Pengorganisasian penyelenggaraan terapi bermain sudah disusun b) Program sudah direncanakan sebelumnya
      2) Semua anak yang memenuhi kriteria dapat mengikuti terapi bermain
   b. Evaluasi Proses
      1) Peserta antusias mengikuti terapi bermain
      2) Tidak ada peserta yang bosan atau *drop out*
      3) Keluarga dapat bekerja sama dengan baik
   c. Evaluasi Hasil
      1) Anak merasa senang dan terhibur
      2) Anak dapat menyusun balok

Biografi Penulis



Dr. Ns. Anita, M.Kep., Sp.MAT, lahir di Metro, 10 Pebruari 1969, Tempat tinggal di Bandar Lampung, pendidikan S1 keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2001, S2 Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2006, Spesialis 1 Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia tahun 2007, dan S3 Manajemen Pendidikan di Universitas Negeri Jakarta lulus tahun 2014. Penulis menjadi dosen keperawatan sejak tahun 1992 di Akper / Poltekkes Tanjungkarang sampai saat ini.