

KEPERAWATAN ANAK



Penulis :

- **Suci Fitri Rahayu**
- **Mariani**
- **Esme Anggeriyane**
- **Sutrisari Sabrina Nainggolan**
- **Nur Hijrah Tiala**
- **Sulistiyani prabu aji**
- **Qoriah Nur**
- **Yofa Anggraini Utama**
- **Lamria Situmeang**
- **Ito Wardin**
- **Yuniske Penyami**
- **Wa Nuliana**
- **Anis Laela Megasari**

KEPERAWATAN ANAK

**Suci Fitri Rahayu
Mariani
Esme Anggeriyane
Sutrisari Sabrina Nainggolan
Nur Hijrah Tiala
Sulistiyani prabu aji
Qoriah Nur
Yofa Anggraini Utama
Lamria Situmeang
Ito Wardin
Yuniske Penyami
Wa Nuliana
Anis Laela Megasari**



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KEPERAWATAN ANAK

Penulis :

Suci Fitri Rahayu
Mariani
Esme Anggeriyane
Sutrisari Sabrina Nainggolan
Nur Hijrah Tiala
Sulistiyani prabu aji
Qoriah Nur
Yofa Anggraini Utama
Lamria Situmeang
Ito Wardin
Yuniske Penyami
Wa Nuliana
Anis Laela Megasari

ISBN : 978-623-5383-30-9

Editor : Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes
Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes
Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekuatifteknologi.co.id
Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat ALLAH SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul “Keperawatan Anak”.

Buku ini diharapkan dapat membantu pembaca memahami teori “Keperawatan Anak”, sehingga mereka dapat mengaplikasikan ilmunya. Semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih bagi kepastakaan di Indonesia dan bermanfaat bagi kita semua.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1	1
KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK.....	1
1.1 Pengantar	1
1.2 Keperawatan Anak	1
1.3 Filosofi Keperawatan Anak.....	1
1.3.1 Berfokus pada keluarga (<i>family centered care</i>).....	2
1.3.2 Pencegahan terhadap trauma (<i>atraumatic care</i>).....	2
1.3.3 Manajemen kasus	2
1.4 Peran Perawat Anak.....	3
1.4.1 Advokat.....	3
1.4.2 Pendidik	3
1.4.3 Kolaborator	3
1.4.4 Konsultan	3
1.5 Prinsip-Prinsip Keperawatan Anak	4
BAB 2	6
PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK	6
2.1 Pendahuluan.....	6
2.2 Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan.....	6
2.2.1 Pertumbuhan	6
2.2.2 Perkembangan	7
2.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan.....	7
2.3.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Baru Lahir dan Bayi.....	8
2.3.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Todler	11
2.3.3 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah....	15
2.3.4 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia sekolah.	19
2.3.5 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja	24
2.4 Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Tumbuh Kembang.....	29
2.4.1 Faktor Dalam (Internal)	29
2.4.2 Faktor Lingkungan.....	29
2.4.3 Kebutuhan Dasar untuk Tumbuh Kembang.....	30

2.4.4 Asuh (Kebutuhan Fisik-Biomedis)	30
2.4.5 Asih (Kebutuhan Emosi dan Kasih Sayang)	31
2.4.6 Asah (Kebutuhan Stimulasi).....	31
BAB 3	33
PERAN KELUARGA DALAM PERTUMBUHAN DAN	
PERKEMBANGAN ANAK.....	33
3.1 Pendahuluan.....	33
3.1.1 Konsep Keluarga	34
3.1.2 Definisi Keluarga	34
3.1.3 Ciri Keluarga	35
3.1.4 Tujuan Keluarga	35
3.1.5 Fungsi Keluarga	35
3.1.6 Karakteristik keluarga	37
3.1.7 Tugas Keluarga.....	37
3.2 Konsep Peran Keluarga.....	38
3.2.1 Peran keluarga terhadap tumbuh kembang anak.....	38
3.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga terhadap tumbuh kembang anak	40
3.2.3 Cara keluarga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.....	41
3.2.4 Masalah-Masalah yang terjadi akibat buruknya peran keluarga	42
3.3 Penutup	43
BAB 4	46
KOMUNIKASI PADA ANAK DAN KELUARGA	46
4.1 Pendahuluan.....	46
4.2 Komunikasi Anak.....	47
4.2.1 Komunikasi Pra Bicara Pada Anak	47
4.2.2 Pentingnya Bicara Dalam Proses Komunikasi.....	48
4.2.3 Teknik Komunikasi Pada Anak.....	49
4.2.4 Strategi Komunikasi Pada Anak.....	53
4.3 Komunikasi Keluarga	53
4.3.1 Hambatan Dalam Proses Komunikasi Keluarga.....	54
4.3.2 Strategi Komunikasi Keluarga.....	54
4.3.3 Perawatan yang Berpusat Pada Anak dan Keluarga.....	55
BAB 5	59
POLA BERMAIN PADA ANAK.....	59
5.1 Pendahuluan.....	59

5.2 Konsep Bermain	60
5.2.1 Definisi Bermain.....	60
5.2.2 Manfaat Bermain.....	60
5.2.3 Pola Permainan Anak.....	61
5.3 Terapi Bermain di Rumah Sakit	69
BAB 6	74
IMUNISASI PADA ANAK.....	74
6.1 Pendahuluan.....	74
6.2 Pengertian Imunisasi.....	76
6.3 Jenis Imunisasi.....	76
6.4 Tujuan Pemberian Imunisasi.....	79
6.5 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)	79
BAB 7	85
PEMBERIAN CAIRAN DAN NUTRISI PADA BAYI DAN ANAK	85
7.1 Pendahuluan.....	85
7.2 Pemberian Cairan Dan Nutrisi	86
7.2.1 Cairan.....	86
7.2.2 Nutrisi.....	88
BAB 8	93
HOSPITALISASI PADA ANAK DAN KELUARGA	93
8.1 Hospitalisasi.....	93
8.2 Trauma Hospitalisasi.....	93
8.3 Faktot Stres Anak Menjalani Hospitalisasi.....	94
8.4 Manfaat Hospitalisasi	95
8.5 Reaksi Hospitalisasi.....	97
8.6 Dampak Hospitalisasi.....	97
8.7 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Reaksi Anak Terhadap Sakit dan Hospitalisasi.....	98
8.8 Dampak Hospitalisasi Pada Anak.....	99
8.9 Respon Perilaku Anak Akibat Perpisahan.....	101
8.10 Reaksi Keluarga terhadap Anak yang Sakit dan Dirawat di Rumah Sakit.....	102
8.11 Upaya – upaya Meminimalkan Dampak Hospitalisasi Oleh Orang Tua	104
8.12 Manfaat perawatan berpusat pada kelaurga.....	105
8.13 Peran Keluarga Dalam Proses Hospitalisasi	105
8.14 Memberikan Dukungan Pada Anggota Keluarga	107
8.15 Menyiapkan anak untuk Hospitalisasi	107

8.16 Mencegah atau meminimalkan Dampak dari Perpisahan	108
8.17 Konsep bermain sebagai intervensi keperawatan anak ..	108
BAB 9	112
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS).....	112
9.1 Pendahuluan.....	112
9.2 Latar Belakang.....	112
9.3 Pengertian MTBS	113
9.4 Sejarah Terbentuknya MTBS	114
9.5 Tujuan MTBS.....	115
9.6 Penilaian dan Klasifikasi Anak Sakit.....	115
BAB 10	129
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN KARDIOVASKULER PENYAKIT KAWASAKI.....	129
10.1 Penyakit Kawasaki.....	129
10.1.1. Pendahuluan.....	129
10.1.2 Penyebab.....	130
10.1.3 Manifestasi Klinis	131
10.1.4 Penatalaksanaan	133
10.1.5 Komplikasi.....	134
10.2 Asuhan Keperawatan Pada Anak Dan Bayi Dengan Penyakit Kawasaki.....	134
10.2.1 Diagnosa Keperawatan.....	135
10.2.2 Luaran Dan Kriteria Hasil	138
10.2.3 Intervensi Keperawatan.....	141
BAB 11	144
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN HEMATOLOGI	144
11.1 Anemia	144
11.1.1 Konsep Dasar Penyakit Anemia	144
11.1.2 Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Anemia	148
11.2 Leukemia	153
11.2.1 Konsep Penyakit Leukemia.....	153
11.2.2 Asuhan Keperawatan Leukemia	154
11.3 Hemofilia.....	158
11.3.1 Konsep Penyakit Hemofilia.....	158
11.3.2 Asuhan Keperawatan Hemofilia	158
11.4 Talasemia.....	161

BAB 12	169
ASUHAN KEPERAWATAN BAYI DAN ANAK DENGAN	
GANGGUAN GIZI	169
12.1 Konsep Gizi Pada Bayi Dan Anak.....	169
12.1.1 Pengertian gizi	169
12.1.2 Kebutuhan gizi pada bayi dan anak	169
12.1.3 Gangguan gizi pada bayi dan anak.....	172
12.2 Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dan Anak Dengan	
Gangguan Gizi	176
12.2.1 Pengkajian.....	176
12.2.2 Diagnosa keperawatan	181
12.2.3 Luaran dan Kriteria Hasil.....	183
12.2.4 Intervensi keperawatan.....	186
12.2.5 Implementasi Keperawatan	187
12.2.6 Evaluasi Keperawatan	187
BAB 13	192
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN	
RESIKO TINGGI.....	192
13.1 Pendahuluan.....	192
13.2 Pengertian Bayi Resiko Tinggi	194
13.3 Klasifikasi Bayi Resiko Tinggi	194
13.3.1 Klasifikasi berdasarkan berat badan	194
13.3.2 Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan.....	194
13.3.3 Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan dan	
berat badan	195
13.3.4 Klasifikasi berdasarkan masalah patofisiologis.....	195
13.4 Macam Bayi Resiko Tinggi dan Tindakan	
Penanganannya	196
13.4.1 Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)	196
13.4.2 Asfiksia Neonatorum	199
13.4.3 Hiperbilirubinemia atau Ikterus Neonatorum	200
13.4.4 Sepsis Neonatorum.....	202
13.4.5 Respirasi Distres Syndrom (RDS)	204
13.4.6 Tetanus Neonatorum.....	206
13.4.7 Infeksi Tali Pusat	207
BIODATA PENULIS.....	212

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Anak bermain ciluk ba dengan orang tua	62
Gambar 2. Anak bermain dengan mainan bentuk dan Warna	62
Gambar 3. Anak bermain dengan belajar bersepeda	63
Gambar 4. Anak tertarik dengan suatu benda di dekatnya	64
Gambar 5. Anak berpura menjadi dokter dan pasien	65
Gambar 6. Anak bermain ular naga panjang	65
Gambar 7. Anak sedang menonton anak-anak lainnya	67
Gambar 8. Anak berfokus pada aktivitasnya sendiri	67
Gambar 9. Paralel play di pantai	68
Gambar 10. Bermain bersama dan saling meniru	68
Gambar 11. Bermain bersama dan satu tujuan	69
Gambar 12. Skema jenis imunisasi berdasarkan sifat penyelenggaraan	76
Gambar 13. Rute Pemberian Enteral	91
Gambar 14. <i>Two types of malnutrition</i>	126
Gambar 15. Masalah gizi	173

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kapasitas Lambung Berdasarkan Berat Badan Lahir	86
Tabel 2. Jumlah Kebutuhan Cairan Bayi Berdasarkan Berat Lahir dan Usia	87
Tabel 3. Kebutuhan Cairan pada Anak berdasarkan Berat Badan	87
Tabel 4. Menentukan Kebutuhan Energi	90
Tabel 5. Gejala Yang Sering Muncul Pada Pasien Anak Dan Bayi.....	132
Tabel 6. Luaran dan kreteria hasil berdasarkan diagnosa keperawatan	139
Tabel 7. Parameter, kategori dan ambang batas status gizi Anak	178
Tabel 8. Luaran dan kriteria hasil berdasarkan diagnosa keperawatan.....	154

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK

Oleh Suci Fitri Rahayu

1.1 Pengantar

Anak-anak adalah masa depan masyarakat kita. Kesejahteraan mereka secara keseluruhan telah meningkat dan mortalitas dan morbiditas telah menurun di beberapa daerah, tetapi kita masih perlu fokus pada kesehatan anak-anak. Kebiasaan dan kebiasaan yang terbentuk di masa kanak-kanak memiliki dampak besar pada kesehatan dan penyakit sepanjang hidup. Menciptakan populasi yang peduli untuk anak-anak dan meningkatkan perawatan kesehatan preventif di masyarakat sangat penting untuk kualitas perawatan kesehatan dan pilihan gaya hidup yang positif. Perawat anak memainkan peran penting dalam tugas ini.

1.2 Keperawatan Anak

Keperawatan anak adalah praktik keperawatan yang terlibat dalam layanan kesehatan anak-anak sejak masa bayi hingga remaja. Tujuan praktik keperawatan anak adalah meningkatkan dan membantu anak dalam mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal sambil mengidentifikasi pengaruh keluarga pada kesejahteraan anak. Tujuan ini melibatkan praktik promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dan juga membantu asuhan selama mengalami penyakit atau sakit (Kyle & Carman, 2017).

1.3 Filosofi Keperawatan Anak

Filosofi keperawatan anak merupakan keyakinan atau pandangan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan kepada anak (Putri & Iskandar, 2021) :

1.3.1 Berfokus pada keluarga (*family centered care*)

1. Anak merupakan bagian dari sebuah keluarga (kultur budaya dan adat istiadat) sehingga keluarga ikut terlibat dalam perawatan kesehatan anak.
2. Anak belum dapat mengambil keputusan sendiri dan membutuhkan orang dewasa dalam perlindungan dan pengambilan keputusan.
3. Anak belum dapat memenuhi kebutuhan dasar sendiri, membutuhkan orang dewasa dalam pemenuhan kebutuhannya.
4. Kehidupan anak dapat ditentukan oleh lingkungan keluarga, untuk itu keperawatan anak harus mengenal kekuatan dan kelemahan keluarga.

1.3.2 Pencegahan terhadap trauma (*atraumatic care*)

1. Perawatan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarga.
2. Beberapa kasus yang sering ditemukan dalam masyarakat yang dapat menimbulkan trauma pada anak (cemas, marah, nyeri, dll). Hal tersebut dapat menyebabkan dampak psikologi pada anak yang akan mengganggu perkembangan anak.

Cara mencegah trauma pada anak:

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

1.3.3 Manajemen kasus

1. Kemampuan perawat dalam mengelola kasus secara baik dapat mempengaruhi proses penyembuhan pada anak, mengingat anak memiliki kebutuhan yang spesifik dan berbeda satu dengan yang lain.

2. Keterlibatan orangtua dalam mengelola kasus juga dibutuhkan karena proses perawatan di rumah merupakan tanggung jawab orangtua.

1.4 Peran Perawat Anak

Peran utama perawat anak adalah memberikan asuhan keperawatan langsung kepada anak-anak dan keluarga mereka, menjadi seorang advokat, pendidik, kolaborator dan konsultan (James et al, 2013).

1.4.1 Advokat

Sebagai advokat anak dan keluarga, perawat melindungi dan meningkatkan perhatian terhadap anak-anak dan keluarga mereka dengan mengetahui kebutuhan dan sumber daya mereka, memberi mereka informasi tentang hak dan pilihan mereka, serta membantu mereka untuk mengambil keputusan yang terbaik.

1.4.2 Pendidik

Sebagai pendidik, perawat memberi informasi dan konseling kepada anak-anak dan keluarga mereka tentang semua aspek kesehatan dan kesakitan. Perawat memastikan bahwa komunikasi dengan anak-anak dan keluarga berdasarkan pada usia dan tingkat perkembangan anak. Perawat menggunakan dan mengintegrasikan temuan riset untuk menetapkan praktik berdasar bukti, mengatur pemberian asuhan dengan cara yang hemat biaya untuk meningkatkan kontinuitas asuhan dan hasil yang optimal untuk anak dan keluarga.

1.4.3 Kolaborator

Berkolaborasi dengan tim layanan kesehatan interdisiplin, perawat mengintegrasikan kebutuhan anak dan keluarga ke dalam rencana asuhan yang terkoordinasi.

1.4.4 Konsultan

Perawat memastikan bahwa kebutuhan anak dan keluarga terpenuhi melalui aktivitas, seperti memfasilitasi kelompok pendukung atau bekerjasama dengan perawat di sekolah untuk merencanakan asuhan anak.

1.5 Prinsip-Prinsip Keperawatan Anak

Dalam keperawatan anak, perawat harus mengetahui prinsip-prinsip keperawatan anak sebagai berikut (Senja et al., 2020) :

1. Anak bukan miniatur orang dewasa
2. Anak sebagai individu unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya.
3. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak
4. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi, serta meningkatkan kesejahteraan dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan moral (etik) dan aspek hukum (legal).
5. Tujuan keperawatan anak adalah meningkatkan maturasi/kematangan anak.
6. Berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan.

DAFTAR PUSTAKA

- James, S. R., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Nursing Care of Children: Principles and Practice* (4th ed.). Elsevier.
https://www.google.co.id/books/edition/Nursing_Care_of_Children/nbrTXwAACAAJ?hl=id
- Kyle, T., & Carman, S. (2017). *Essentials of pediatric nursing* (2nd ed., Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Putri, L., & Iskandar, S. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Anak* (T. A. Marlin (ed.)). Insan Cendekia Mandiri.
https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Anak/xVctEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=keperawatan+anak&printsec=frontcover
- Senja, A., Abdillah, I. L., & Santoso, E. B. (2020). *Keperawatan Pediatri* - Google Books.
https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_Pediatri/k8D8DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=konsep+dasar+keperawatan+anak&printsec=frontcover

BAB 2

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

Oleh Mariani

2.1 Pendahuluan

Anak merupakan individu yang unik, dimana mereka mempunyai kebutuhan yang berbeda-beda sesuai dengan tahapan usianya. Anak bukan miniatur dari orang dewasa atau orang dewasa dalam tubuh yang kecil. Hal ni yang perlu kita pahami dalam memfasilitasi anak untuk mencapai tugas pertumbuhan dan perkembangannya.

Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling brkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan (Dwi Sulisty Cahyaningsih, 2011)

Aspek tumbuh kembang pada anak dewasa ini adalah salah satu aspek yang diperhatikan secara serius oleh para pakar, karena hal tersebut merupakan aspek yang menjelaskan mengenai proses pembentukan seseorang, baik secara fisik maupun pikologis.(DR,Nursalam dkk,2005)

2.2 Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

2.2.1 Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak)sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel.Pertumbuhan pada masa anak-anak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia anak.Secara umum,pertumbuhan fisik dimulai dari arah kepala kekaki. Kematangan pertumbuhan tubuh pada bagian kepala berlangsung lebih dahulu, kemudian secara berangsur-angsur diikuti oleh tubuh bagian bawah.

Ciri-ciri Pertumbuhan adalah :

1. Perubahan Ukuran
Bertambahnya umur anak terjadi pula penambahan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, dada, abdomen dan lain-lain. Organ tubuh akan berkembang besar sesuai kebutuhan tubuh.
2. Perubahan Proporsi
Proporsi tubuh seorang bayi baru lahir sangat berbeda dengan dibandingkan tubuh anak ataupun orang dewasa.
3. Hilangnya ciri-ciri lama
Seperti hilangnya reflex primitif, tanggalnya gigi susu
4. Tumbuhnya ciri-ciri baru
Sebagai akibat pematangan fungsi-fungsi organ antara lain munculnya gigi tetap, rambut pubis, aksila, perubahan suara, munculnya jakun dan lain-lain.

2.2.2 Perkembangan

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.

Ciri-ciri Perkembangan adalah :

1. Perkembangan melibatkan perubahan
2. Perkembangan awal menentukan pertumbuhan selanjutnya
3. Perkembangan mempunyai pola tetap
4. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan
5. Perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda
6. Perkembangan berkorelasi dengan Pertumbuhan

2.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan

Seperti dari masa kehidupan manusia dipakai untuk mempersiapkan diri guna menghadapi dua pertiga masa kehidupan berikutnya. Oleh karena itu, upaya untuk mengoptimalkan tumbuh kembang pada awal-awal kehidupan bayi dan anak adalah sangat penting. Pencapaian suatu kemampuan setiap anak berbeda-beda,

tetapi ada patokan umur tertentu untuk mencapai kemampuan tersebut yang sering disebut dengan istilah *milestone*.(Nursalam,2005)

Pada dasarnya, manusia dalam kehidupannya mengalami berbagai tahapan tumbuh kembang dan setiap tahapan mempunyai cara tertentu. Tahapan tumbuh kembang yang paling memerlukan perhatian adalah pada masa anak-anak. Pertumbuhan dan Perkembangan anak berlangsung secara teratur, berkaitan dan berkesinambungan. Setiap anak akan melewati suatu pola tertentu yang merupakan tahapan pertumbuhan dan perkembangan sebagai berikut :

1. Masa pranatal (konsepsi-lahir), terbagi atas :
 - 1) Masa embrio (mubigah: masa konsepsi -8 minggu
 - 2) Masa janin (fetus): 9 minggu-kelahiran
2. Masa pascanatal, terbagi atas :
 - 1) Masa neonatal usia 0-28 hari
 - (1) Neonatal dini (perinatal): 0-7 hari
 - (2) Neonatal lanjutan : 8-28 hari
 - 2) Masa bayi
 - (1) Masa bayi dini: 1-12 bulan
 - (2) Masa bayi akhir 1-2 tahun
3. Masa Prasekolah (usia 2-6 tahun), terbagi atas :
 - 1) Prasekolah awal (masa balita) : mulai 2-3 tahun
 - 2) Prasekolah akhir : mulai 4-6 tahun
4. Masa sekolah atau masa prapubertas, terbagi atas :
 - 1) Wanita: 6-10 bulan
 - 2) Laki-laki 8-12 bulan
5. Masa adolesensi atau masa remaja, terbagi atas :
 - 1) Wanita : 10-18 tahun
 - 2) Laki-laki 12-20 tahun

2.3.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Baru Lahir dan Bayi

1. Tinjauan Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangannya yang berubah dalam satu tahun pertama kehidupan sangat banyak dan dramatis. Pencapaian penanda perkembangan dapat dikaji dalam

beragam cara. Saat mengkaji riwayat kesehatan, perawat dapat bertanya kepada orang tua atau pengasuh apakah terdapat keterampilan dan kapan keterampilan tersebut tercapai. Bayi dapat juga memperlihatkan keterampilan selama wawancara atau pemeriksaan, atau perawat dapat membuat bayi memperlihatkan keterampilannya.

2. Pertumbuhan Fisik

Pengkajian pertumbuhan secara berkelanjutan sangat penting sehingga pertumbuhan yang terlalu cepat atau yang tidak adekuat dapat diidentifikasi sejak dini, penyebab dapat didiagnosis dan kemungkinan pertumbuhan yang tepat selanjutnya dapat dimaksimalkan. Bayi tumbuh dengan sangat cepat dalam usia 12 bulan pertama. Berat Badan, panjang badan, dan lingkar dada merupakan indikator pertumbuhan fisik pada bayi baru lahir dan bayi.

3. Pematangan Sistem Organ

Sistem organ bayi baru lahir dan bayi mengalami perubahan yang signifikan saat bayi tumbuh. Sistem yang mengalami perubahan signifikan mencakup sistem neurologi, sistem kardiovaskular, sistem pernapasan, sistem gastrointestinal (pencernaaan), sistem ginjal, sistem hematopoietik, sistem imunologi, dan sistem integumen.

4. Perkembangan Psikososial

Perkembangan sensasi percaya sangat penting dalam satu tahun pertama, karena berperan sebagai landasan untuk tugas psikososial selanjutnya. Orang tua atau pengasuh primer dapat memiliki dampak besar pada perkembangan sensasi percaya bayi.

5. Perkembangan Kognitif

Perkembangan bayi sejak lahir sampai usia 1 tahun dapat dibagi menjadi empat subtahap di dalam tahap sensorimotor : refleks, reaksi sirkulasi primer, reaksi sirkulasi sekunder, dan koordinasi skema sekunder. Penyebab dan efek memandu sebagian besar perkembangan kognitif yang terlihat di masa bayi.

6. Perkembangan Keterampilan Motorik

Bayi memperlihatkan peningkatan fenomena dalam keterampilan motorik kasar dan halus dalam usia 12 bulan pertama. Keterampilan motorik kasar merupakan keterampilan yang menggunakan otot-otot besar (misalnya : kontrol kepala, berguling, duduk, dan berjalan). Keterampilan motorik kasar berkembang dalam arah sefalokaudal (dari kepala ke ekor). Keterampilan Motorik Halus mencakup kematangan penggunaan tangan dan jari tangan. Keterampilan motorik halus terbentuk dalam arah proksimodistal (dari pusat ke perifer).

7. Perkembangan Sensorik

Meskipun pendengaran harus terbentuk secara lengkap saat lahir, sensasi yang lain terus berkembang saat bayi matang. Meskipun indra tersebut matang dengan kecepatan berbeda, penglihatan, penciuman, pengecap, dan perabaan terus berkembang setelah lahir.

8. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Selama beberapa bulan, menangis adalah satu-satunya cara komunikasi untuk bayi baru lahir dan bayi. Alasan dasar bayi menangis adalah kebutuhan yang tidak terpenuhi.

9. Perkembangan Sosial dan Emosional

Bayi baru lahir menghabiskan sebagian besar waktu untuk tidur, tetapi bayi 2 bulan siap untuk mulai bersosialisasi. Bayi memperlihatkan senyuman pertama yang nyata pada usia 2 bulan.

10. Pengaruh Budaya terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan

Anak-anak ini tidak akan tumbuh setinggi anak-anak dari latar belakang etnis berbeda. Praktik pemberian di beberapa budaya dapat memicu berat badan berlebihan pada beberapa anak.

11. Peran Perawat pada Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Baru Lahir dan Bayi

Perawat harus memahami pertumbuhan dan perkembangan. Kunjungan perawatan kesehatan melalui masa bayi

sering kali berfokus terutama bimbingan antisipasi (mendidik orang tua dan pengasuh tentang apa yang diharapkan dalam fase perkembangan selanjutnya. Tujuan bimbingan antisipasi adalah memberikan orang tua sarana yang mereka butuhkan untuk mendukung perkembangan bayi mereka dalam cara yang aman.

12. Meningkatkan Pertumbuhan dan Perkembangan yang sehat

Pencegahan penyakit yang mengganggu adalah prioritas lain untuk bayi dan anak-anak. AAP dan *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) telah membuat rekomendasi untuk jadwal imunisasi. Imunisasi merupakan bagian yang sangat penting dalam kunjungan kesehatan bayi baru lahir dan bayi.

13. Mengatasi Masalah Perkembangan Yang Umum

Meskipun sebagian besar masalah ini bukan merupakan status penyakit atau masalah perilaku yang aktual perawat harus menyadari masalah ini untuk mengenalinya dan melakukan intervensi dengan tepat. Seperti Kolik, Gumoh, Mengisap Ibu jari, Empeng, dan Benda Keamanan serta Gigi Tumbuh.

2.3.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Todler

1. Tinjauan Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan fisik dan pencapaian keterampilan motorik baru sedikit melambat selama masa toddler. Penghalusan keterampilan motorik, kelanjutan pertumbuhan kognitif, dan pencapaian keterampilan bahasa yang tepat yang tepat merupakan pokok penting selama masa toddler.

2. Pertumbuhan Fisik

Tinggi dan berat badan toddler terus meningkat secara kontinu, meskipun peningkatan terjadi dengan kecepatan yang lebih lambat dibandingkan masa bayi. Pencapaian tinggi dan berat badan cenderung terjadi dalam bentuk lonjakan, dan bukan dalam bentuk linear. Pertumbuhan berat badan toddler rata-rata adalah 1,4 sampai 2,3 kg pertahun. Panjang tinggi badan meningkat rata-rata 7,5 cm per tahun.

Todler pada umumnya mencapai sekitar setengah dari tinggi dewasa mereka pada usia 2 tahun. Lingkar kepala bertambah

sekitar 2,54 cm sejak anak berusia antara 1 dan 2 tahun, kemudian bertambah rata-rata 1,27 cm pertahun sampai anak berusia 5 tahun. Ukuran kepala menjadi proporsional terhadap sisa tubuh yang lain saat mendekati usia 3 tahun. (Kyle, Terri 2014)

3. Maturasi Sistem Organ

Meskipun perubahan tidak begitu menonjol seperti yang terjadi masa bayi, sistem organ toddler terus tumbuh dan matang dalam menjalankan fungsinya. Perubahan fungsional yang signifikan terjadi dalam sistem neurologi, gastrointestinal, dan genitourinarius. Sistem Pernapasan dan kardiovaskuler juga mengalami perubahan.

4. Perkembangan Psikososial

Toddler berjuang untuk penugasan diri, belajar untuk melakukan sesuatu untuk dirinya sendiri, sesuatu yang selama ini dilakukan orang lain untuk mereka. Toddler sering kali mengalami ambivalensi tentang perpindahan dari kemandirian ke otonomi, dan ini menghasilkan labelitas emosional. Toddler dapat dengan cepat berubah dari rasa bahagia senang menjadi menangis dan berteriak. Penggunaan kemandirian juga menghasilkan respon favorit toddler untuk mengatakan “tidak”. Toddler akan sering menjawab “tidak” bahkan jika makna sebenarnya yang ingin ia sampaikan adalah “ya”.

5. Perkembangan keterampilan Motorik

Toddler terus memperoleh keterampilan motorik serta menghaluskan keterampilan yang lain. Berjalan berkembang menjadi berlari, memanjat dan melompat. Mendorong atau menarik mainan, melempar bola, mengayuh sepeda roda tiga dicapai di masa toddler. Keterampilan motorik halus berkembang dari kemampuan memegang menjadi menjepit menjadi kemampuan untuk menggunakan peralatan makan, memegang krayon, merangkai manik-manik, dan menggunakan komputer. Perkembangan koordinasi mata-tangan diperlukan untuk menghaluskan keterampilan motorik halus.

Peningkatan kemampuan dan manipulasi ini membantu toddler yang ingin tahu untuk mengeksplorasi lingkungannya dengan lebih banyak. Ketika toddler menguasai tugas yang baru, ia memiliki kepercayaan diri untuk menaklukkan tantangan selanjutnya. Dengan demikian, penguasaan dalam perkembangan keterampilan motorik berperan terhadap pertumbuhan rasa harga diri toddler. Toddler yang bersemangat untuk menghadapi tantangan cenderung akan berkembang lebih cepat dari toddler yang ragu. Indra penglihat, pendengar, dan peraba bermanfaat dalam membantu mengkoordinasi pergerakan motorik kasar dan halus.

6. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Perkembangan bahasa terjadi secara cepat selama masa toddler. Pencapaian bahasa adalah proses yang dinamis dan kompleks. Perkembangan bahasa reseptif adalah kemampuan untuk memahami apa yang dikatakan atau diminta, biasanya jauh lebih maju dibandingkan perkembangan bahasa ekspresif adalah kemampuan untuk mengkomunikasikan keinginan dan perasaan seseorang. Dengan kata lain, toddler memahami bahasa dan mampu mengikuti perintah jauh lebih cepat dari pada kemampuan menggunakan kata-kata sendiri secara aktual. Perkembangan bahasa Ekolalia adalah pengulangan kata dari frase tanpa pemahaman, normalnya terjadi pada toddler berusia kurang dari 30 bulan. Bicara telegrafik merupakan bicara yang hanya mengandung kata-kata esensial untuk mendapatkan tujuan, hampir seperti telegram.

Identifikasi dini dan rujukan anak yang kemungkinan bicaranya terlambat sangat penting. Jika keterlambatan diidentifikasi, intervensi dini dapat meningkatkan potensial anak untuk mendapatkan keterampilan bahasa reseptif dan ekspresif yang sesuai dengan usia.

Salah satu masalah khusus dalam masa toddler adalah perkembangan bicara dan bahasa ; pada anak-anak yang berpotensi bilingual yaitu menggunakan dua bahasa. Pada usia 1 sampai 2 tahun, anak yang berpotensi bilingual dapat mencampur dua bahasa yaitu sebagian kata-kata dari dua bahasa dicampur menjadi satu kata.

7. Perkembangan Emosional dan Sosial

Perkembangan Emosional dimasa toddler terfokus pada perpisahan dan individuasi. Melihat diri sendiri sebagai individu yang terpisah dari orang tua atau pemberi asuhan primer disertai oleh pembentukan sensasi diri sendiri belajar mengeluarkan kontrol atas lingkungan seseorang. Karena kebutuhan untuk merasakan kontrol ini menghasilkan labilitas emosional: sangat senang dan bahagia pada satu momen, kemudian bereaksi berlebih terhadap batasan lingkungan dengan sikap temper tantrum di momen berikutnya.

8. Perkembangan Moral dan Spritual

Selama masa toddler, anak-anak mungkin merasakan kenyamanan dari rutinitas berdoa, tetapi mereka tidak memahami keyakinan keagamaan karena kemampuan kognitif mereka yang terbatas.

9. Pengaruh Budaya pada Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan toddler mempengaruhi kehidupannya sehari-hari, juga mempengaruhi kehidupan keluarganya. Meskipun beberapa toddler tumbuh lebih cepat dari yang lain, pertumbuhan dan perkembangan tetap terjadi secara teratur dan berurutan. Kunjungan perawatan kesehatan selama masa toddler terus berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan.

10. Mendukung Pertumbuhan dan Perkembangan

Orang tua yang memberikan cinta dan penghargaan untuk toddler mereka tanpa memperhatikan jenis kelamin, perilaku, atau kemampuan anak membantu memberikan landasan untuk harga diri. Harga diri juga terbentuk melalui pemahaman terhadap rutinitas sehari-hari. Rutinitas dan ritual membantu toddler mengembangkan kesadaran. Membuat harapan yang diketahui melalui rutinitas setiap hari membantu mencegah konfortasi.

11. Meningkatkan Pertumbuhan dan Perkembangan Melalui Permainan

Bermain adalah media sosialisasi utama untuk toddler. Orang tua harus membatasi menonton televisi dan menggantinya dengan

mendukung permainan di samping anak lain(permainan paralel) dan bukan bermain bersama. Rentang perhatian yang pendek pada toddler akan membuatnya sering mengganti mainan dan jenis mainan. Beragam mainan yang aman harus diberikan pada toddler di berbagai pada toddler di berbagai kesempatan agar mereka dapat mengeksplorasi lingkungan.

12. Mengatasi Masalah Perkembangan yang Umum

Masalah perkembangan yang umum dalam periode toddler adalah pengajaran ke toilet, temper tantrum, menghisap jempol, atau menggunakan empeng, *sibling rivalry* (persaingan saudara kandung), dan regresi. Pemahaman tentang kenormalan negativisme, temper tantrum dan persaingan saudara kandung akan membantu keluarga mengatasi masalah ini. Persiapan orang tua untuk peristiwa perkembangan ini dengan memberikan bimbingan antisipasi yang tepat.

2.3.3 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah

1. Tinjauan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah

Anak Prasekolah yang sehat tergolong rampig dan cekatan, dengan postur yang tegak . Toddler sebelumnya kikuk menjadi lebih anggun, menunjukkan kemampuan untuk berlari lebih lancar. Anak prasekolah adalah pelajar yang penuh rasa ingin tahu dan menyerap konsep baru seperti spons menyerap air.

2. Pertumbuhan Fisik

Anak usia prasekolah rata-rata akan tumbuh 6,5 sampai 7,8 cm pertahun. Rata-rata anak berusia 3 tahun memiliki tinggi 96,2 cm, rata-rata anak usia 4 tahun memiliki tinggi 103,7 cm dan rata-rata anak usia 5 tahun memiliki tinggi 118,5 cm. Penambahan berat rata-rata selama periode ini sekitar 2,3 kg pertahun. Rata-rata berat badan anak berusia 3 tahun 14,5 kg,meningkat menjadi rata-rata 18,6 kg pada usia 5 tahun. Kehilangan lemak bayi dan pertumbuhan otot selama prasekolah memberikan tampilan anak yang lebih kuat dan lebih matang.Panjang tengkorak juga sedikit meningkat, dengan rahang bawah menjadi lebih menonjol. Rahang atas melebar selama masa prasekolah sebagai persiapan untuk kemunculan gigi permanen, biasanya di mulai sekitar usia 6 tahun.

3. Maturasi Sistem Organ

Sebagian besar sistem tubuh telah matang pada masa prasekolah. Mielinasi medula spinalis memungkinkan kontrol usus dan kandung kemih untuk sempurna pada sebagian besar anak pada usia 3 tahun. Ukuran struktur pernapasan terus tumbuh dan jumlah alveoli terus meningkat, mencapai jumlah dewasa pada usia sekitar 7 tahun. Tuba Eustachius tetap relatif pendek dan lurus. Frekuensi menurun dan tekanan darah meningkat sedikit selama masa prasekolah. Anak prasekolah harus memiliki 20 gigi susu.

Panjang usus halus terus tumbuh. Defekasi bisingnya terjadi satu atau dua kali sehari pada rata-rata anak prasekolah. Uretra tetap pendek pada anak laki-laki dan anak perempuan, membuat mereka lebih rentan terkena infeksi saluran kemih dibandingkan orang dewasa. Tulang terus tumbuh panjangnya dan otot terus menguat dan matang. Akan tetapi, sistem muskuloskeletal masih belum matang sepenuhnya, membuat anak prasekolah rentan terhadap cedera, terutama dengan pengerahan tenaga yang berlebihan atau aktivitas yang berlebihan.

3. Perkembangan Psikologi

Anak prasekolah adalah seorang pelajar yang ingin tahu/ penasaran, sangat antusias untuk mempelajari hal-hal yang baru. Anak prasekolah merasa sensasi pencapaian ketika berhasil melakukan aktivitas dan perasaan bangga dalam pencapaian seseorang membantu anak untuk menggunakan inisiatif. Akan tetapi, ketika anak memperluas dirinya lebih lanjut dari kemampuannya saat ini, ia dapat merasakan rasa bersalah.

4. Perkembangan Kognitif

Pemikiran praoperasional mendominasi selama tahap ini dan berdasarkan pada pemahaman dunia yang berpusat pada diri sendiri. Pada fase prakonseptual dari pemikiran praoperasional, anak tetap bersifat egosentrik dan mampu mendekati masalah hanya dari satu sudut pandang. Anak prasekolah muda dapat memahami konsep perhitungan dan mulai terlibat dalam permainan fantasi.

Pemikiran Magis adalah bagian normal dalam perkembangan prasekolah. Anak prasekolah yakin bahwa pemikiran ini memiliki kekuatan yang hebat. Anak Prasekolah sering memiliki seorang teman khayalan/imajiner.

5. Perkembangan Moral dan Spritual

Anak prasekolah melihat moralitas sebagai sesuatu yang berada di luar dari diri mereka, mereka menyerah pada kekuasaan (kekuasaan orang dewasa). Standar moral anak adalah standar moral orang tua mereka dan orang tua dewasa lain yang memengaruhi mereka, tidak selalu menjadi standar moral diri mereka sendiri. Anak prasekolah mematuhi standar tersebut untuk mendapatkan penghargaan atau menghindari hukuman.

6. Perkembangan Sensori

Pendengaran utuh saat lahir dan harus tetap utuh selama masa prasekolah. Indra penciuman dan peraba terus berkembang selama masa prasekolah. Anak prasekolah muda mungkin kurang dapat mendiskriminasi indra pengecap dibandingkan anak yang lebih besar, menempatkannya pada peningkatan resiko melenan zat yang berbahaya. Ketajaman visual terus berkembang dan harus sama secara bilateral. Penglihatan warna juga utuh pada usia ini.

7. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Pencapaian bahasa memungkinkan anak prasekolah mengekspresikan pikiran dan kreativitas. Komunikasi pada anak prasekolah bersifat konkret, karena mereka belum mampu berpikir abstrak. Meskipun sifatnya konkret, komunikasi anak prasekolah dapat cukup detail dan rumit; ia dapat bercerita tentang mimpi dan fantasi. Keterampilan bahasa reseptif anak prasekolah juga menjadi lebih halus.

Anak prasekolah sangat memperhatikan nada suara dari alam perasaan orang tua dan dapat dengan mudah mengambil emosi negatif dalam percakapan. Jika anak prasekolah mendengar orang tua dan dapat memperbesar perkembangan takut dan memicu kesalahan interpretasi tentang apa yang di dengar anak.

8. Perkembangan Emosional dan Sosial

Anak prasekolah cenderung memiliki emosi yang kuat. Mereka dapat sangat senang, bahagia, dan gembira di satu waktu kemudian sangat kecewa di waktu selanjutnya. Anak prasekolah memiliki imajinasi yang hidup, dan ketakutan sangat nyata bagi anak prasekolah. Sebagian besar anak di usia ini telah belajar mengendalikan perilaku mereka.

Anak prasekolah mengembangkan rasa identitas. Mereka mengetahui bahwa mereka anak laki-laki atau anak perempuan. Mereka tahu bahwa mereka menjadi memiliki keluarga, komunitas, atau budaya tertentu.

9. Pengaruh Budaya pada Pertumbuhan dan Perkembangan

Anak dapat mempelajari prasangka atau bias di rumah sebelum memasuki sekolah atau tempat penitipan anak. Cara keluarga memandang ras dan budaya lain dapat didemonstrasikan baik secara tersembunyi maupun terang-terangan dalam aktivitas rutin sehari-hari. Anak prasekolah mengembangkan kesadaran sehingga sikap toleransi atau bias dapat memengaruhi nilai anak. Sebagaimana dalam periode toddler, nilai yang ditetapkan keluarga pada kemandirian akan mempengaruhi perkembangan konsep diri yang sehat pada anak.

10. Peran Perawat Dalam Pertumbuhan dan Perkembangan Prasekolah

Pertumbuhan dan perkembangan usia prasekolah tetap teratur dan sesuai urutan. Beberapa anak prasekolah tumbuh lebih cepat dan anak lain atau mencapai keragaman penanda perkembangan lebih cepat dari anak lain. Perawat harus mengetahui pola pertumbuhan dan perkembangan yang biasa untuk kelompok usia ini sehingga mereka dapat mengkaji anak prasekolah secara tepat dan memberikan bimbingan kepada keluarga mereka. Perubahan yang dialami oleh anak prasekolah tidak hanya memengaruhi anak, tetapi juga memengaruhi keluarga.

Kunjungan perawatan kesehatan selama periode prasekolah terus berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan yang

diharapkan dan bimbingan antisipasi. Perhatian tambahan adalah berupa persiapan untuk masuk sekolah (persiapan sekolah).

11. Meningkatkan Pertumbuhan dan Perkembangan yang Sehat

Pembentukan harga diri terus terjadi selama periode prasekolah. Harga diri sangat penting terutama selama masa ini, karena tugas perkembangan anak prasekolah berfokus pada perkembangan inisiatif dan bukan rasa bersalah. Rasa bersalah akan berkontribusi pada harga diri rendah, sementara seorang anak yang diberikan penghargaan atas inisiatifnya akan mengalami peningkatan kepercayaan diri. Orang tua yang memberikan lingkungan penuh cinta dan asuhan untuk anak prasekolah dibangun di atas landasan sebelumnya.

12. Menangani Masalah Perkembangan Umum

Masalah perkembangan umum selama periode prasekolah mencakup berbohong, pendidikan seks dan masturbasi (Shelov & Altmann, 2009 dalam Kyle, Terri 2014). Orang tua sering kali mengekspresikan kesulitan dalam menangani masalah ini dengan anak prasekolah mereka. Memberikan bimbingan antisipasi yang tepat dalam memberikan dukungan dan kepercayaan diri yang dibutuhkan orang tua untuk menangani masalah ini.

2.3.4 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia sekolah

1. Tinjauan Pertumbuhan dan Perkembangan

Usia sekolah adalah waktu berlanjutnya maturasi/kematangan karakteristik fisik, sosial, dan psikologis anak. Selama saat ini anak bergerak ke arah berpikir abstrak dan mencari pengakuan dari teman sebaya, guru, dan orang tua.

Anak usia sekolah biasanya menghargai kehadiran di sekolah dan aktivitas di sekolah. Perawat menggunakan pengetahuan tentang pertumbuhan dan perkembangan normal anak usia sekolah untuk membantu anak mengatasi gangguan dan perubahan selama periode waktu ini.

2. Pertumbuhan Fisik

Sejak usia 6 sampai 12 tahun, anak tumbuh rata-rata 6 sampai 7 cm pertahun, meningkatkan tinggi mereka minimal sebesar 30,48 cm. Pertambahan berat badan sebesar 3 hingga 3,5kg pertahun diperkirakan akan terjadi.

Anak laki-laki dan perempuan praremaja tidak ingin berbeda dari teman sebaya mereka yang sejenis kelamin sama atau berbeda, meskipun terdapat perbedaan dalam perubahan fisik dan psikologis selama masa usia sekolah. Perbedaan antara anak perempuan dan anak laki-laki lebih jelas terlihat di akhir masa sekolah menengah dan dapat menjadi ekstrem dan sumber masalah emosional.

3. Maturasi Sistem Organ

Maturasi organ dapat berbeda sesuai dengan usia atau jenis kelamin. Maturasi organ tetap cukup konsisten sampai akhir usia sekolah. Di akhir masa usia sekolah (10 sampai 12 tahun) anak laki-laki mengalami keterlambatan pertumbuhan dalam tinggi badan dan meningkatkan pertambahan berat badan, yang dapat memicu obesitas. Selama waktu ini, anak perempuan dapat mulai perubahan tubuh yang menghaluskan garis tubuh. Praremaja adalah periode pertumbuhan cepat terutama untuk anak perempuan.

4. Perkembangan Psikososial

Selama waktu ini, anak mengembangkan rasa harga diri mereka dengan terlibat dalam berbagai aktivitas di rumah, di sekolah, dan di komunitas, yang mengembangkan keterampilan kognitif dan sosialnya. Anak sangat tertarik dalam mempelajari bagaimana hal-hal baru dilakukan dan berfungsi. Kepuasan anak usia sekolah dari menapai kesuksesan dan mengembangkan keterampilan baru memicu ia mencapai peningkatan sensasi nilai diri dan tingkat kompetensi. Orang tua, guru, pelatih, dan perawatan anak usia sekolah berperan dalam mengidentifikasi area-area kompetensi dan membangun pengalaman keberhasilan anak untuk meningkatkan penguasaan. Kesuksesan, dan harga diri.

5. Perkembangan Kognitif

Dalam pengembangan operasi konkret, anak mampu mengasimilasi dan mengkoordinasi informasi tentang dunianya dari dimensi berbeda. Anak mampu melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain dan berpikir melalui tindakan, mengantisipasi akibatnya dan kemungkinan untuk harus memikirkan kembali tindakan. Ia mampu menggunakan ingatan pengalaman masa lalu yang disimpan untuk mengevaluasi dan menginterpretasikan situasi saat ini. Anak usia sekolah juga mengembangkan kemampuan untuk mengklasifikasikan atau membagi beberapa hal kedalam set berbeda dan mengidentifikasi hubungan mereka antara satu sama lain.

6. Perkembangan Moral dan Spiritual

Anak usia 7-10 tahun biasanya mengikuti peraturan yang menghasilkan rasa sebagai orang “baik”. Ia ingin menjadi orang baik bagi orang tua, teman, dan guru dan bagi dirinya sendiri. orang dewasa dianggap sebagai orang yang benar. Ini adalah tahap 3: konformitas interpersonal (anak baik, anak buruk), menurut Kohlberg. Anak usia 10-12 tahun berkembang ketahap 4: tahap “hukum dan peraturan”. Pada tahap ini, anak dapat menentukan apakah suatu tindakan baik atau buruk berdasarkan alasan dari tindakan, bukan hanya kemungkinan konsekuensi dari tindakan. Perilaku anak usia sekolah yang lebih tua dibimbing oleh keinginannya untuk bekerjasama dan oleh rasa menghargainya terhadap orang lain. Ini memicu kemampuan anak usia sekolah.

7. Perkembangan Keterampilan Motorik

Keterampilan motorik kasar dan halus terus mengalami kematangan selama masa usia sekolah. Penghalusan keterampilan motorik terjadi, serta kecepatan dan keakuratannya meningkat. Untuk mengkaji keterampilan motorik anak usia sekolah, ajukan pertanyaan tentang partisipasi dalam olahraga dan aktivitas pulang sekolah, keanggotaan di band, membangun model, dan keterampilan menulis.

8. Perkembangan Sensorik

Semua indra matang di awal masa usia sekolah. Anak usia sekolah biasanya memiliki ketajaman visual (Jarvis, 2008). Selain itu, kontrol muskularokular, pandangan/penglihatan perifer, dan diskriminasi warna terbentuk secara utuh pada saat anak berusia 7 tahun. Penglihatan yang baik sangat penting dalam perkembangan fisik dan perkembangan edukasi anak usia sekolah. Program skrining penglihatan yang dilakukan oleh perawat sekolah mengidentifikasi masalah penglihatan dan menghasilkan rujukan yang tepat jika diperlukan. Beberapa masalah yang sering kali teridentifikasi adalah ambliopia (matamalas [*lazy eye*]), kesalahan refraktif yang tidak terkoreksi atau defek mata lainnya, serta ketidaksejajaran mata (disebut *strabismus* [matajuling]).

9. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Terampilan bahasa terus meningkat selama masa usia sekolah dan kosakata meningkat. Kata-kata yang spesifik secara budaya digunakan, pada anak bilingual yang berbicara bahasa Inggris di sekolah dan bahasa kedua di rumah. Anak usia sekolah yang belajar membaca dan kecakapan membaca meningkatkan keterampilan bahasa. Keterampilan membaca meningkat seiring dengan peningkatan paparan terhadap bacaan. Anak usia sekolah mulai menggunakan lebih banyak bentuk tata bahasa yang kompleks seperti kata jamak dan kata benda.

10. Perkembangan Emosional dan Sosial

Pola sifat tempera mental yang diidentifikasi di masa bayi dapat terus mengaruhi perilaku anak usia sekolah. Menganalisis situasi masa lalu dapat memberikan petunjuk tentang cara seorang anak dapat bereaksi terhadap situasi yang baru atau berbeda. Anak dapat bereaksi secara berbeda dari waktu ke waktu karena pengalaman dan kemampuan mereka. Harga diri adalah pandangan anak tentang nilai individual mereka. Pandangan ini dipengaruhi oleh umpan balik dari keluarga, guru, dan figur otoritas lain.

11. Pengaruh Budaya pada Pertumbuhan dan Perkembangan

Budaya memengaruhi kebiasaan, keyakinan, bahasa, dan nilai. Anak usia sekolah berjuang untuk mempelajari musik, bahasa,

tradisi, hari libur, permainan, nilai, peran jenis kelamin, dan aspek budaya lainnya. Perawat harus mengetahui efek pada anak yang berasal dari berbagai struktur dan nilai tradisional kelompok keluarga. Latar belakang budaya dan etnik anak usia sekolah harus dipertimbangkan ketika mengkaji pertumbuhan dan perkembangan, termasuk perbedaan pertumbuhan pada anak dari latar belakang ras dan budaya berbeda. Dampak budaya harus dipertimbangkan pada seluruh anak dan keluarga untuk dapat memberikan perawatan yang tepat.

12. Peran Perawat Dalam Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah

Pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia sekolah terjadi dalam lonjakan yang tidak teratur dengan beragam ukuran, bentuk, dan kemampuan yang terlihat. Perawat harus mengetahui pola pertumbuhan dan perkembangan yang umum untuk kelompok usia ini sehingga mereka dapat mengkaji anak usia sekolah dengan tepat dan memberikan bimbingan kepada anak dan keluarganya. Ini adalah waktu ketika anak membandingkan diri mereka dengan teman sebaya dan harga diri merupakan masalah utama. Anak usia sekolah terpisah dari orang tuanya dan mencari penerimaan dari teman sebaya dan orang dewasa di luar keluarganya. Kunjungan perawatan kesehatan selama periode usia sekolah terus berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan yang diharapkan dicapai dan bimbingan antisipasi. Kunjungan lebih jarang selama masa usia sekolah. Karena itu, perawat perlu mengkaji fungsional anak tidak hanya di rumah, tetapi juga di sekolah dan di dalam komunitas.

13. Meningkatkan pertumbuhan dan Perkembangan yang Sehat

Keluarga memainkan peran penting dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan yang sehat pada anak usia sekolah. Pertukaran komunikasi yang penuh rasa menghargai antara orang tua dan anak akan menumbuhkan harga diri dan kepercayaan diri. Penghargaan ini akan memberikan anak rasa percaya diri dalam mencapai tujuan personal, edukasional, dan sosial yang tepat sesuai dengan usianya. Perawat harus mempelajari interaksi antara orang tua dan anak usia sekolah untuk

mengobservasi rasa menghargai atau kurang menghargai ini ("merendahkan anak"). Perawat dapat menjadi model perilaku yang tepat dengan mendengarkan anak dan membuat respon yang tepat. Perawat dapat menjadi sumber bagi orang tua dan advokat untuk anak dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan yang sehat.

14. Menangani Masalah Perkembangan Umum

Tugas perkembangan (sesuai dengan Erikson) pada anak usia sekolah adalah industry (Erikson, 1963; Feigelman, 2007a). Anak usia sekolah sibuk belajar, memperoleh pencapaian, dan mengeksplorasi. Ketika anak usia sekolah lebih mandiri, kekuatan lain selain keluarga, seperti televisi, permainan video dan teman sebaya memengaruhi anak. Beberapa pengaruh ini bersifat positif dan beberapa lainnya bersifat negatif.

2.3.5 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

1. Tinjauan Pertumbuhan dan Perkembangan

Masa Remaja adalah waktu cepatnya pertumbuhan dengan perubahan dramatis dalam ukuran dan proporsitas tubuh. Cepat dan besarnya perubahan ini menempati urutan kedua setelah cepat dan besarnya pertumbuhan di masa bayi. Selama waktu ini, karakteristik seksual terbentuk dan kematangan reproduksi tercapai. Anak perempuan memasuki pubertas lebih dini (pada usia 9 tahun sampai 10 tahun) di bandingkan laki-laki (pada usia 10 tahun sampai 11 tahun). Remaja akan menunjukkan beragam tingkat pembentukan identitas dan akan memberi tantangan unik kepada perawat.

2. Perubahan Fisiologis yang Berhubungan dengan Pubertas

Sekresi estrogen pada anak perempuan dan testosteron pada anak laki-laki menstimulasi pembentukan jaringan payudara pada anak perempuan, rambut pubis pada kedua jenis kelamin, dan perubahan dalam genitalia pria. Perubahan biologis yang terjadi selama masa remaja ini di kenal dengan pubertas. Pubertas adalah hasil pemicu di anara lingkungan sistem saraf pusat, hipotalamus, kelenjar hipofisis, gonad dan kelenjar adrenal.

Remaja mengalami perkembangan fisik, perubahan hormonal, dan kematangan seksual selama pubertas yang berhubungan dengan tahap perkembangan psikoseksual genital freud. Tahap genital di mulai dengan produksi hormon seks dan maturasi sistem reproduksi.

3. Pertumbuhan Fisik

Faktor diet, olah raga, dan hereditas mempengaruhi tinggi badan, berat badan, dan cairan tubuh anak remaja. Selama awal periode remaja terjadi peningkatan prestasi lemak tubuh dan proporsi kepala, leher, dan tangan mencapai proporsi orang dewasa.

Cepatnya pertumbuhan selama masa remaja menempati urutan kedua setelah cepatnya pertumbuhan selama masa bayi dan merupakan hasil langsung dari perubahan hormonal saat pubertas. Anak perempuan dan anak laki-laki mengalami perubahan penampilan dan ukuran tubuh.

Selama awal remaja, pertumbuhan berlangsung dengan cepat tetapi kecepatannya menurun di pertengahan akhir masa remaja. Tinggi badan pada anak laki-laki remaja yang berada antara persentil ke-50 dan 95 berkisar dari 132 sampai 176,8 cm. Berat badan anak laki-laki dalam persentil ini berkisar dari 35,3 sampai 95,8 kg. Rata-rata, anak laki-laki akan mendapatkan tambahan 10 sampai 30 cm tinggi badan dan 7 sampai 30 kg berat badan.

Tinggi Badan pada anak perempuan yang berada dalam persentil ke 50 dan 90 berkisar dari 144,8 sampai 173,6 cm. Berat badan anak perempuan dalam persentil ini berkisar dari 27,24 sampai 82,47 kg. Rata-rata, anak perempuan akan mendapatkan tambahan 5 sampai 20 cm tinggi badan dan 7 sampai 25 kg berat badan selama masa remaja.

4. Maturasi Sistem Organ

Masa remaja adalah waktu perlambatan metabolik dan peningkatan ukuran beberapa organ. Laju metabolik dasar (*basal metabolic rate*, BMR) mencapai tingkat dewasa selama akhir masa remaja.

5. Perkembangan Psikologis

Saat remaja mencoba banyak peran berbeda terkait dengan hubungannya dengan teman sebaya, keluarga, komunitas dan masyarakat, ia mengembangkan sensasi individual dirinya sendiri. Jika remaja tidak berhasil membentuk sensasi dirinya sendiri, ia akan mengalami sensasi kebingungan atau difusi peran. Kebudayaan remaja menjadi sangat penting bagi remaja. Melalui keterlibatannya dengan kelompok remaja, remaja menemukan dukungan dan bantuan untuk mengembangkan identitasnya sendiri.

Rasa percaya dihadapi saat remaja berjuang untuk menemukan siapa dan seberapa ideal ia dapat memberikan kepercayaannya. Dalam kembali ke tahap otonomi, remaja mencari cara untuk mengekspresikan individualitasnya dalam cara yang efektif. Remaja akan menghindari perilaku yang akan "memalukan" atau menjadi bahan ejekan untuknya di depan teman sebayanya.

6. Perkembangan kognitif

Masa remaja adalah periode operasional formal. Selama periode ini, remaja mengembangkan kemampuan untuk berpikir yang benar-benar ada dan konsep yang mungkin ada. Pemikiran remaja menjadi logis, terorganisasi, dan konsisten. Ia mampu memikirkan sebuah masalah dari seluruh sudut pandang, mengurutkan kemungkinan solusi saat menyelesaikan masalah. Tidak semua remaja mencapai pemikiran operasional formal pada saat yang sama.

7. Perkembangan Moral dan Spiritual

Remaja mulai mempertanyakan status quo. Sebagai besar pilihan mereka berdasarkan pada emosi sementara mereka mempertanyakan standar masyarakat. Saat mereka mengalami kemajuan untuk mengembangkan serangkaian moral diri mereka sendiri, remaja, menyadari bahwa keputusan moral berdasarkan pada hak, nilai, dan prinsip yang dapat disepakati oleh suatu masyarakat tertentu.

Mereka juga menyadari bahwa hak, nilai, dan prinsip tersebut dapat bertentangan dengan hukum masyarakat tertentu, tetapi mereka mampu membuat orang lain menerima perbedaan.

Karena remaja menjalani proses pembentukan serangkaian moral diri mereka sendiri pada kecepatan berbeda, mereka mungkin menemukan bahwa teman mereka memandang sebuah situasi secara berbeda.

8. Perkembangan Keterampilan Motorik

Remaja memperhalus keterampilan motorik kasar dan halus serta terus mengembangkannya. Karena periode *growth spurt* yang cepat ini, remaja dapat mengalami waktu-waktu penurunan koordinasi dan penurunan kemampuan untuk melakukan keterampilan yang sudah dipelajari sebelumnya, yang dapat mengkhawatirkan bagi remaja.

9. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa.

Remaja mengalami peningkatan keterampilan bahasa, menggunakan tata bahasa yang benar dan jenis kata. Kosa kata dan keterampilan komunikasi terus berkembang selama pertengahan masa remaja. Akan tetapi, penggunaan bahasa sehari-hari (ucapan populer) meningkat, menyebabkan komunikasi dengan orang lain selain teman sebaya sesekali menjadi sulit. Pada akhir masa remaja, keterampilan bahasa sebanding dengan orang dewasa.

10. Perkembangan Emosional dan Sosial

Remaja menjalani perubahan yang sangat besar dalam perkembangan emosional dan sosial saat mereka tumbuh dan matang menjadi orang dewasa area yang dipengaruhi mencakup hubungan remaja dengan orang tua : konsep diri dan citra tubuh.

11. Pengaruh Budaya pada Pertumbuhan dan Perkembangan

Sikap mengenai remaja sangat beragam diantara budaya berbeda. Budaya tertentu mungkin memiliki sikap yang berlebih permisif terhadap masalah yang dihadapi oleh remaja, sementara budaya lain lebih konservatif (misal : ke arah seksualitas). Mengalami upacara yang mendadak pergerakan remaja kestatus dewasa beragam diantara budaya.

Perawat harus mengenali latar belakang etnis setiap remaja. Riset menunjukkan bahwa kelompok etnis tertentu beresiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit tertentu. Misalnya, remaja

amerika afrika beresiko tinggi hipertensi (America Hearth Association,2011).

12. Peran Perawat Dalam Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Pertumbuhan dan perkembangan pada remaja berlangsung dengan cepat. Perawat harus mengetahui pola pertumbuhan dan perkembangan normal untuk kelompok usia ini sehingga dapat mengkaji remaja dengan tepat dan memberikan bimbingan kepada remaja dan keluarganya. Selama masa remaja remaja menghadapi banyak tantangan. Hubungannya yang berfluktuasi dengan orang tua dan figur orang dewasa lainnya dapat membatasi remaja dari perilaku mencari bantuan dalam mengatasi masalah umum di masa remaja. Dalam menghadapi remaja, waspadai bahwa mereka dapat berperilaku dalam cara yang tidak diprediksi tidak konsisten dengan kebutuhan mereka untuk mendapat kemandirian, memiliki perasaan sensitif, dapat menginterpretasikan situasi secara berbeda dari yang sebenarnya, berpikir teman adalah orang yang teramat sangat penting, dan memiliki hasrat yang kuat untuk memilikinya. Remaja dapat sangat menghargai kesempatan untuk diberi waktu mendiskusikan masalah dengan orang dewasa yang dapat memberi informasi yang tidak bersifat menghakimi.

13. Meningkatkan Pertumbuhan dan Perkembangan yang Sehat

Berbagai kelompok yang mengatasi banyak masalah diperlukan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan yang sehat pada remaja. Beberapa kelompok ini mencakup tim olahraga di sekolah atau komunitas, teman sebaya, guru, anggota band dan anggota paduan suara. Selain itu dukungan dan cinta dari keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan.

14. Mengatasi Masalah Perkembangan yang Umum

Masa remaja adalah waktu cepatnya pertumbuhan dan perkembangan dengan maturasi seksualitas. Periode remaja dimulai dengan seorang anak dan berakhir dengan harapan masuk ke masa dewasa. Terdapat banyak masalah yang muncul di periode

ini, termasuk kekerasan bunuh diri, pembunuhan dan penggunaan zat.

2.4 Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Tumbuh Kembang

Pola pertumbuhan dan perkembangan secara normal antara anak satu dengan yang lainnya pada akhirnya tidak selalu sama, karena dipengaruhi oleh interaksi banyak faktor. Menurut Soetjiningsih (2002), faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor internal dan eksternal.

2.4.1 Faktor Dalam (Internal)

1. Genetika

Faktor genetis akan mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dan kematangan tulang, alat seksual, serta saraf, sehingga merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang, yaitu:

- 1) Perbedaan ras, etnis, atau bangsa
- 2) Keluarga
- 3) Umur
- 4) Jenis Kelamin
- 5) Kelainan kromosom

2. Pengaruh Hormon

Pengaruh hormon sudah terjadi sejak masa prenatal, yaitu saat janin berumur 4 bulan. Pada saat itu, terjadi pertumbuhan yang cepat. Hormon yang berpengaruh terutama adalah hormon pertumbuhan somatotropin yang dikeluarkan oleh kelenjar pituitary. Selain itu, kelenjar tiroid juga menghasilkan kelenjar tiroksin yang berguna untuk metabolisme serta nutrisi tulang, gigi, dan otak.

2.4.2 Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat berpengaruh dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu prenatal, kelahiran dan pascanatal.

1. Faktor pra natal (selama kehamilan), meliputi:

- 1) Gizi, nutrisi ibu hamil akan mempengaruhi pertumbuhan janin, terutama selama trimester akhir kehamilan.
- 2) Mekanis, posisi janin yang abnormal dalam kandungan dapat menyebabkan kelainan congenital, misalnya *club foot*.
- 3) Toksin, zat kimia, radiasi.
- 4) Kelainan endokrin
- 5) Infeksi TORCH atau penyakit menular seksual.
- 6) Kelainan imunologi
- 7) Psikologi ibu

2. Faktor kelahiran

Riwayat kelahiran dengan vakum ekstraksi atau forceps dapat menyebabkan trauma kepala pada bayi sehingga beresiko terjadinya kerusakan jaringan otak.

3. Faktor pasca natal

Seperti halnya pada masa pranatal, faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak adalah gizi, penyakit kronis/kelainan kongenital, lingkungan fisik dan kimia, psikologis, endokrin, sosioekonomi, lingkungan pengasuh, stimulasi, dan obat-obatan.

2.4.3 Kebutuhan Dasar untuk Tumbuh Kembang

Tumbuh dan kembang seorang anak secara optimal dipengaruhi oleh hasil interaksi antara faktor genetis, herediter, dan konstitusi dengan lingkungan. Agar faktor lingkungan memberikan pengaruh yang positif bagi tumbuh kembang anak, maka diperlukan pemenuhan atas kebutuhan dasar tertentu. Menurut Soetjiningsih (2000), kebutuhan dasar ini dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu asuh, asih, dan asah.

2.4.4 Asuh (Kebutuhan Fisik-Biomedis)

Yang termasuk kebutuhan asuhan adalah:

1. Nutrisi yang mencukupi dan seimbang
2. Perawatan kesehatan dasar
3. Pakaian
4. Perumahan
5. Hygiene diri dan lingkungan

6. Kesegaran jasmani (olahraga dan rekreasi)

2.4.5 Asih (Kebutuhan Emosi dan Kasih Sayang)

Pemenuhan kebutuhan emosi dan kasih sayang dapat dimulai sedini mungkin. Bahkan, sejak anak berada dalam kandungan, perlu diupayakan kontak psikologis antara ibu dan anak, misalnya, dengan mengajak berbicara/mengelusny. Setelah lahir upaya tersebut dapat dilakukan dengan mendekapkan bayi ke dada ibu segera setelah lahir. Ikatan emosi dan kasih sayang yang erat antara ibu/orang tua dengan anak sangatlah penting, karena berguna untuk menentukan perilaku anak di kemudian hari, merangsang perkembangan otak anak, serta merangsang perhatian anak terhadap dunia luar. Oleh karena itu, kebutuhan asih ini meliputi:

1. Kasih sayang orang tua
2. Rasa aman
3. Harga diri
4. Dukungan/dorongan
5. Mandiri
6. Rasa memiliki
7. Kebutuhan akan sukses, mendapatkan kesempatan, dan pengalaman

2.4.6 Asah (Kebutuhan Stimulasi)

Stimulasi adalah adanya perangsangan dari lingkungan luar anak, yang berupa latihan atau bermain. Stimulasi merupakan kebutuhan yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang banyak mendapatkan stimulasi yang terarah akan cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang mendapat stimulasi.

Pemberian stimulus ini sudah dapat dilakukan sejak masa pranatal, dan setelah lahir dengan cara meletakkan bayi pada ibunya sedini mungkin. Asah merupakan kebutuhan untuk perkembangan mental psikososial anak dapat dilakukan dengan pendidikan dan pelatihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyaningsih, Dwi Sulistyono, (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak & Remaja*. Jakarta: Trans Info Media
- Hurlock, Elizabeth B. (1978). *Perkembangan Anak*; Edisi Keenam. Jakarta: Erlangga
- John W. Santrock (2007). *Perkembangan Anak*. Jilid 1 Edisi kesebelas Jakarta : PT. Erlangga
- Kyle, Terri & Susan Carman.(2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri* edisi 1 vol 1. Alih bahasa Devi Yulianti & Dwi Widiarti. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 3

PERAN KELUARGA DALAM PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

Oleh Esme Anggeriyane

3.1 Pendahuluan

Anak merupakan pewaris kelanjutan masa depan bangsa dan negara Indonesia. Tahapan-tahapan dari pertumbuhan dan perkembangan anak sangat penting. Harapan-harapan yang diukir oleh orangtua terhadap anaknya pun sangat banyak seperti anak berprestasi, sehat, terhindar dari berbagai penyakit serta jauh lebih baik dari yang telah didapat orangtua saat ini. 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) manusia merupakan bagian yang sangat penting. Periode ini dimulai saat adanya janin sampai usia 2 tahun. Perawatan dan pengasuhan orangtua akan mempengaruhi tahap perkembangan anak (Twiningasih and H. Triminur, 2019).

Hari keluarga diperingati oleh warga dunia setiap tanggal 15 Mei dan pertama kali ditetapkan oleh Persyarikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 1993. Begitu besarnya peran keluarga dalam kehidupan seorang anak dan merupakan lingkungan utama yang bertugas dalam mengajarkan fondasi-fondasi kehidupan anak sebelum bersosialisasi dalam lingkungan sosialnya baik norma agama, sosial maupun hukum. Peringatan hari keluarga sebagai wujud besarnya pengaruh keluarga dalam kehidupan (Saefudin, 2019).

Menurut Hartani (2019) keluarga memiliki peranan penting dalam tumbuh kembang anak. Tiga tahun pertama pada masa kanak-kanak mempengaruhi 80% perkembangan otak sedangkan sisanya berada dalam dua tahun berikutnya sehingga pengalaman-pengalaman yang dilalui anak akan mempengaruhi pengaruh positif dan negatif anak. Contohnya anak prasekolah, dengan dukungan

dan perawatan dari keluarga yang baik maka anak lebih siap belajar di dunia pendidikan.

Hal yang paling penting dalam kehidupan dan pendidikan yang didapatkan seorang anak usia dini adalah keluarganya, orangtuanya dan lingkungannya. Jika ingin menciptakan pertumbuhan dan perkembangan yang efektif maka dukunglah keluarga dan anak tersebut (Gardner and Persse, 2021). Begitu besarnya support system yang harus didapat seorang anak agar menjadikan anak yang berkualitas dimasa depan sehingga tidak hanya berbekal pada keterampilan kognitif tetapi keterampilan sosial, emosional dan bahasa.

3.1.1 Konsep Keluarga

3.1.2 Definisi Keluarga

Keluarga adalah suatu wadah yang tidak hanya berkumpulnya ayah, ibu dan anak. Namun, keluarga adalah suatu wadah awal yang digunakan untuk membentuk moral dan karakter anak (HRSA, 2017; Twiningsih and H. Triminur, 2019).

Keluarga memiliki definisi dan makna berbeda bagi setiap individu, kelompok maupun masyarakat. Kaakinen et al., tahun 2015 dalam Siregar et al., (2020) menjabarkan definisi keluarga menurut aspek hukum adalah suatu ikatan yang berhubungan dengan hubungan darah, adopsi, perwalian ataupun pernikahan. Menurut aspek biologis adalah hubungan genetik yang berasal dari dua orang yang berjenis kelamin berbeda. Menurut aspek sosiologis adalah sekelompok orang yang tinggal bersama dengan ataupun tanpa ikatan secara hukum atau biologis. Menurut aspek psikologis adalah ikatan emosional yang terjadi sangat kuat pada suatu kelompok.

Perspektif sosiologis secara luas menjelaskan makna keluarga meliputi semua pihak yang memiliki hubungan sedarah sedangkan makna secara sempit keluarga terdiri dari ayah, ibu dengan/ tanpa anak-anaknya. Keluarga juga sebagai tempat seorang anak tumbuh dan berkembang sehingga membentuk kepribadian baik secara moral, etika, estetika, akhlak, sosial dan emosional. Keluarga juga sebagai tempat berkumpulnya beberapa orang yang merasakan ikatan batin, saling

mempengaruhi, memperhatikan dan menyerahkan diri dalam ikatan pernikahan untuk saling menyempurnakan diri (Kartika *et al.*, 2021).

Berdasarkan beberapa definisi diatas disimpulkan bahwa keluarga merupakan wadah terkecil yang menjadi suatu wadah berkumpulnya beberapa orang yang terdiri bisa ayah dan ibu (pasangan suami isteri) serta anak (jika memiliki) yang memiliki ikatan secara aspek hukum, biologis, sosiologis dan psikologis yang memiliki peran dan fungsi di dalam keluarga itu sendiri serta memiliki visi dan misi yang dapat diwujudkan bersama.

3.1.3 Ciri Keluarga

Kartika *et al.*, (2021) menyebutkan ciri khas keluarga ada lima, yaitu:

- 1) Memiliki hubungan dalam ikatan pernikahan
- 2) Bentuk kelembagaan yang sengaja dibina dalam hubungan perkawinan
- 3) Memiliki sistem tata nama (*nomenclature*) yang memiliki riwayat garis keturunan
- 4) Dibentuk oleh setiap anggota untuk mempunyai keturunan dan merawat anak melalui kemampuan finansial atau fungsi ekonomi
- 5) Tinggal bersama dalam suatu tempat yang disebut dengan rumah tangga

3.1.4 Tujuan Keluarga

Tujuan keluarga bagi anak adalah untuk menghasilkan tumbuh kembang yang optimal sehingga anak siap berada ditengah-tengah masyarakat untuk menjalankan peran dan fungsinya di masyarakat (Rokom, 2014).

3.1.5 Fungsi Keluarga

Effendi tahun 1998 dalam (Harnilawati, 2013; Gustina, 2017) tiga fungsi pokok anggota keluarga, terdiri dari:

- 1) Asih
Bentuk pencurahan kasih sayang, rasa aman, perhatian, kehangatan pada anggota keluarganya sehingga anak

dapat tumbuh dan berkembang berdasarkan tahapan usianya.

2) Asuh

Memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan kesehatannya sehingga menjadi anak yang sehat fisik, mental, sosial dan spiritual.

3) Asah

Pemenuhan kebutuhan pendidikan anak agar anak siap menjadi dewasa yang mandiri dengan mempersiapkan masa depannya.

Fungsi keluarga dalam pengasuhan anak terbagi menjadi delapan fungsi keluarga, yaitu:

- 1) Fungsi keagamaan: memaparkan aktivitas keagamaan yang dianut oleh keluarga anak seperti cara beribadah.
- 2) Fungsi sosial budaya: memberikan kebiasaan mendongeng, bermain musik dan lainnya.
- 3) Fungsi cinta kasih: mengajarkan cara bersikap dan berperilaku yang baik kepada orang lain.
- 4) Fungsi perlindungan: mencontohkan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) sebagai upaya pencegahan penyakit dan mengajarkan anak untuk bersikap terbuka untuk membantu anak dalam pemecahan masalah yang dihadapinya.
- 5) Fungsi reproduksi: menerangkan pentingnya perawatan perineal hygiene untuk kesehatan sistem reproduksi anak
- 6) Fungsi sosialisasi dan pendidikan: mengajarkan penerapan interaksi dan komunikasi yang baik pada anggota keluarga, kelompok maupun masyarakat
- 7) Fungsi ekonomi: memberikan pembinaan kebiasaan seperti menabung, hidup hemat, mengatur keuangan dengan baik untuk kebutuhan yang diperlukan
- 8) Fungsi pemeliharaan lingkungan: mencontohkan cara merawat rumah, menyapu lantai, mencuci piring, merawat tanaman dan memelihara hewan peliharaan

3.1.6 Karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga itu unik. Siregar *et al.*, (2020) menjelaskan beberapa karakteristik umum dari sebuah keluarga, yaitu:

- 1) Setiap keluarga adalah sistem sosial kecil
- 2) Setiap keluarga memiliki nilai dan aturan budaya masing-masing
- 3) Setiap keluarga memiliki struktur
- 4) Setiap keluarga memiliki fungsi dasar tertentu
- 5) Setiap keluarga bergerak melalui tahapan dalam siklus tertentu

3.1.7 Tugas Keluarga

Keluarga bertugas dalam mengajarkan interaksi pertama pada anak secara mendalam, mengasuh dan melindungi sehingga anak merasa aman (Saefudin, 2019). Menurut Gustina (2017) tugas-tugas keluarga dalam upaya pemeliharaan kesehatan bagi anggota keluarganya yaitu:

- 1) Mengenali gangguan perkembangan kesehatan yang terjadi pada setiap anggota keluarganya
- 2) Mengambil keputusan suatu tindakan yang diperlukan untuk anggota keluarganya dengan tepat
- 3) Memberikan perawatan yang baik kepada keluarga yang sakit
- 4) Menjaga lingkungan yang sehat dan mengoptimalkan perkembangan karakter individu anggota keluarga
- 5) Menjalin hubungan yang saling menguntungkan antara keluarga dan fasilitas kesehatan

3.2 Konsep Peran Keluarga

3.2.1 Peran keluarga terhadap tumbuh kembang anak

Peranan keluarga adalah tingkah laku interpersonal, sifat dan kegiatan yang dilakukan seseorang dalam konteks keluarga yang didasari atas tujuan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Harnilawati, 2013).

Menurut Harnilawati (2013) memaparkan bahwa setiap anggota keluarga memiliki peranan masing-masing, yaitu:

1) Ayah

Ayah merupakan seorang pemimpin keluarga yang berperan mencari nafkah utama, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman dan nyaman bagi setiap anggota keluarga. Ayah merupakan anggota masyarakat dalam kelompok sosial tertentu.

2) Ibu

Ibu merupakan seorang wanita yang mengurus rumah tangga, pendidik, pengasuh, pelindung bagi anggota keluarga serta membantu mencari nafkah untuk keluarga. Ibu merupakan anggota masyarakat dalam kelompok sosial tertentu.

3) Anak

Anak merupakan seorang pelaku psikososial yang berkembang berdasarkan aspek fisik, sosial, mental dan spiritual.

Peran penting keluarga dalam perkembangan aspek psikososialnya adalah dengan menstimulasi seoptimal mungkin agar anak dapat berkembang sebagaimana usia dan tahap perkembangannya (Suprayitno *et al.*, 2021). Menurut *The Australian Early Development Census (AEDC)* dalam Gardner and Persse (2021) menjelaskan 5 dominan utama keluarga pada anak, yaitu:

1) Kesehatan fisik dan kesejahteraan

2) Kemampuan sosial

3) Kematangan emosional

4) Keterampilan bahasa dan kognitif

5) Keterampilan berkomunikasi dan pengetahuan umum

Rokom (2014) menjelaskan bahwa begitu besarnya peranan orangtua sebagai *educator* dan pemantau pertumbuhan dan perkembangan anak. Peranan yang dapat dilakukan keluarga untuk mendukung tumbuh kembang anak secara optimal diantaranya, yaitu:

- 1) Memberikan makanan yang memenuhi standar Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) seperti Inisiasi menyusui Dini (IMD), pemberian ASI Eksklusif, Makanan Pendamping ASI (MP ASI) sejak usia 6 bulan dan dilanjutkan dengan menyusui sampai usia anak 2 tahun.
- 2) Mempertahankan kesehatan anak sehingga tumbuh kembang yang baik.
- 3) Orangtua berinteraksi bersama anak dengan penuh kasih sayang, belaian, senyuman, dekapan, penghargaan melalui kegiatan sehari-hari maupun saat bermain, mendongeng, menyanyi dan menjadi role model dalam tingkah laku sehari-hari yang akan direkam anak dalam memori ingatannya.

Peranan keluarga memiliki tujuan ganda untuk tumbuh kembang anak dalam sebuah keluarga, yaitu:

- 1) Pengasuhan dan pendidikan anak

Peranan yang sangat penting di dunia anak berupa pengasuhan dan pendidikan. Pengasuhan dan pendidikan akan membentuk kepribadian anak dimasa mendatang dan persiapan dalam menjalani kehidupan secara mandiri. Peranan keluarga sebagai tempat pendidikan utama dan setiap anggota keluarga bekerja sama untuk memberikan pendidikan kepada anaknya. Keluarga memberikan pendidikan tentang fondasi etika/ moral dan agama.

- 2) Penyelesaian masalah

Anak dapat membantu dalam permasalahan yang ada dalam keluarga. Kemampuan anak dalam kontribusi menyelesaikan permasalahan keluarga dapat mengarahkan anak menjadi warga negara yang dewasa dan sukses.

(Ceka and Murati, 2016; Roostin, 2018).

Pengaruh peranan keluarga yang begitu besar terhadap perkembangan anak. Hal ini didasari oleh alasan, yaitu:

- 1) Keluarga adalah kelompok sosial pertama yang menjadi pusat identitas anak
- 2) Keluarga adalah lingkungan pertama yang memperkenalkan nilai-nilai kehidupan kepada anak
- 3) Orangtua merupakan orang yang sangat berperan penting dalam perkembangan kepribadian anak
- 4) Keluarga sebagai tempat yang memfasilitasi kebutuhan dasar manusia baik secara fisik, biologis, sosiopsikologis dan lainnya
- 5) Keluarga merupakan tempat terbanyak anak untuk menghabiskan waktunya

3.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga terhadap tumbuh kembang anak

Suprayitno *et al.*, (2021) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga terhadap tumbuh kembang anak, yaitu:

1) Ekonomi dan pendidikan keluarga

Keluarga dengan ekonomi dan pendidikan rendah memiliki peluang pengetahuan, waktu atau kemampuan yang terbatas dalam melibatkan anaknya pada saat kegiatan bermain maupun berkomunikasi.

2) Pola asuh

Pola asuh yang baik dan benar akan mendukung perkembangan dirinya dan lingkungannya. Menurut Gustina (2017) pola asuh terbagi menjadi demokratis, otoriter dan permisif. Pola asuh demokratis dipercaya sebagai pola asuh yang paling ideal. Namun, seiring dengan perkembangan zaman dengan berbagai tantangan yang mengancam perkembangan anak maka pentingnya kemampuan orangtua dalam membangun ketahanan keluarga dengan meminimalisir dampak-dampak negatif. Adakalanya orangtua harus bersikap demokratis, kadang harus otoriter dan jika diperlukan sewaktu-waktu menjadi permisif.

Menurut Mardiya (2019) selaku Kepala Bidang Pengendalian Penduduk menjelaskan faktor utama peranan orangtua yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, yaitu:

1) Genetik/ Bawaan

Faktor ini disebut juga dengan faktor endogen. Genetik merupakan karakteristik individu yang diwariskan oleh orangtuanya. Kenyataan menunjukkan bahwa seorang anak dilahirkan ke dunia akan mewarisi karakteristik yang berasal dari orang tuanya seperti bentuk hidung, mata, warna rambut, bentuk wajah dan sebagainya. Namun, tidak hanya sifat jasmaniah yang diwarisi anak tetapi juga bisa penyakit yang diderita oleh orang tuanya sehingga faktor ini akan mempengaruhi tumbuh kembang anak pada tahapan perkembangannya.

2) Lingkungan

Faktor ini disebut juga dengan faktor eksogen. Faktor lingkungan terdiri dari lingkungan fisik maupun lingkungan sosialnya. Contoh lingkungan fisik seperti rumah, sekolah, fasilitas kesehatan, tempat ibadah dan sebagainya. Contoh lingkungan sosial dalam keluarga, yang termasuk dalam lingkungan keluarga berisiko tinggi seperti umur ibu < 20 tahun, jumlah anak dengan jarak terlalu dekat, ibu/ pengasuh yang tidak memahami tentang dunia kesehatan anak, ibu/ pengasuh yang memiliki gangguan mental, lingkungan rumah yang kacau, keluarga yang tidak peduli dengan pertumbuhan dan perkembangan anak dan kemiskinan.

3.2.3 Cara keluarga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak

Pengaruh keluarga terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak seperti sebuah yayasan yang dapat membantu membentuk masa depan anak. Cara keluarga dapat mempengaruhi perkembangan anak, yaitu:

1) Nilai

Keluarga menanamkan nilai yang baik pada anak sejak usia dini sehingga anak mampu membedakan yang baik dan buruk. Anak akan lebih mengerti konsekuensi dari yang

mereka lakukan dan akibat yang diterima dari keputusan memilih tindakan tersebut.

2) Sosialisasi dan Perkembangan Sosial

Keluarga merupakan kelompok sosial pertama bagi anak. Anak akan banyak belajar dari interaksi bersama keluarganya. Keluarga yang menghabiskan waktunya dengan kualitas yang baik, saling memperlakukan dengan cinta dan kasih sayang maka akan membantu anak untuk berkembang secara positif dan memberikan pandangan yang baik pada lingkungan dan keadaan keluarganya.

3) Keterampilan perkembangan

Sangat penting bagi seorang anak untuk mendapatkan keterampilan perkembangan motorik, kognitif, emosional dan bahasa untuk pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal.

4) Keamanan

Seorang anak akan memahami bahwa keluarganya lah yang membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya seperti sandang, pangan dan papan. Faktor tumbuh kembang anak yang baik salah satunya karena tinggal di lingkungan yang aman dan hal ini akan membantu berkembangnya aspek emosional, fisik dan kognitifnya.

(Prakhash, 2018).

3.2.4 Masalah-Masalah yang terjadi akibat buruknya peran keluarga

Begitu besarnya peranan keluarga dalam dunia seorang anak. Ketika peranan keluarga dilaksanakan tidak maksimal maka akan terjadi masalah-masalah yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Berikut ini beberapa contoh masalah yang diakibatkan tidak maksimalnya peranan keluarga sehingga berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak, yaitu:

1) Perceraian orangtua

Penelitian dengan eksploratif dan komparatif dari anak yang memiliki orangtua utuh dan yang bercerai. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak-anak dari orangtua tunggal memiliki lebih banyak masalah perilaku dibandingkan anak

dari orangtua yang harmonis sehingga dapat disimpulkan bahwa perceraian memiliki dampak negatif terhadap perilaku anak-anak. Perceraian dapat menjadi faktor pemicu stressor anak ketika melihat orangtuanya bersitegang, beradaptasi dengan keadaan dan lingkungan baru, kurangnya kasih sayang keluarga sehingga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak dimasa depan (Cláudia and Dias, 2012).

2) Gangguan tumbuh kembang

Peran keluarga yang tidak optimal seperti tidak memantau antropometri anak dapat meningkatkan prevalensi gangguan pada tumbuh kembang seperti gizi buruk, berat badan berlebih dan stunting (Suprayitno *et al.*, 2021).

3) Dampak buruk lingkungan/ perilaku menyimpang

Viral di media sosial anak yang berada dalam pengaruh obat terlarang, berdiri dengan sempoyongan seperti zombie dan lidah terjulur dan perilaku-perilaku menyimpang seperti kenakalan remaja. Hal ini mungkin tidak akan terjadi jika anak berada dalam pengawasan orangtua atau bisa diantisipasi dalam sebuah keluarga yang baik. Kenakalan remaja pun merupakan sebagai bentuk gejala hidup yang dialami anak karena adanya pergeseran peran dan fungsi keluarga sebagai contoh ibu yang bekerja atau orangtua bekerja semuanya (Rochaniningsih, 2014; Gustina, 2017).

3.3 Penutup

Pentingnya peranan keluarga dalam kehidupan anak akan menentukan kesiapan anak dalam menghadapi kehidupan berdasarkan tahapan-tahapan perkembangan anak. Dampak positif dan negatif dari peranan orangtua menjadi faktor utama kehidupan anak karena keluarga adalah lingkungan pertama yang dikenali dan tempat pertama benbentuk seorang anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Ceka, A. and Murati, R. (2016) 'The Role of Parents in The Education of Children', *Journal of Education and Practice*, 7(5), pp. 61–64. Available at: www.iiste.org (Accessed: 28 March 2022).
- Cláudia, R. S. D. F. and Dias, F. V. (2012) 'Families: Influences in Children's Development and Behaviour, from Parents and Teachers' Point of View', *Psychology Research*, 2(12), pp. 693–705. Available at: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED539404.pdf> (Accessed: 28 March 2022).
- Gardner, H. J. and Persse, R. (2021) 'South Australia's Early Learning Strategy 2021 to 2031: All Young Children Thriving and Learning', *Government of South Australia-Department for Education*. Available at: <https://www.education.sa.gov.au/sites/default/files/early-learning-strategy-2021-to-2031-all-young-children-thriving-and-learning.pdf> (Accessed: 28 March 2022).
- Gustina, E. (2017) 'Keluarga Sehat Wujudkan Indonesia Sehat', *Kementrian Kesehatan RI*, p. 27. Available at: https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Warta-Kesmas-Edisi-03-2017_955.pdf.
- Harnilawati (2013) *Konsep dan Proses Keperawatan keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hartani, S. K. (2019) *The Role of the Family in Early Childhood Development and Education*, Tanoto Foundation. Available at: <https://www.tanotofoundation.org/en/news/the-role-of-the-family-in-early-childhood-development-and-education/> (Accessed: 28 March 2022).
- HRSA (2017) *Definition of Family, Health Resources & Services Administration*. Available at: <https://www.hrsa.gov/get-health-care/affordable/hill-burton/family.html> (Accessed: 30 March 2022).
- Kartika, L. et al. (2021) *Keperawatan Anak Dasar*. Edited by R. Watrianthos. Sumatera Utara: Yayasan Kita Menulis.
- Mardiya (2019) *Memahami Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak, Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana*.

- Available at:
<https://pemberdayaan.kulonprogokab.go.id/detil/977/memahami-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-tumbuh-kembang-anak>.
- Prakhash, R. (2018) *Role of the Family in a Child's Development*. Available at: <https://parenting.firstcry.com/articles/role-of-family-in-childs-development/>.
- Rochaniningsih, N. S. (2014) 'Dampak Pergeseran Peran dan Fungsi Keluarga Pada Perilaku Menyimpang Remaja', *Jurnal Pembangunan Pendidikan: Fondasi dan Aplikasi*, 2(1), pp. 59–71.
- Rokom (2014) *Orang Tua Kunci Utama Tumbuh Kembang Anak, Sehat Negeriku-Biro Komunikasi & Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Available at: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20140812/4410515/orang-tua-kunci-utama-tumbuh-kembang-anak/> (Accessed: 30 March 2022).
- Roostin, E. (2018) 'Family Influence on The Development of Children', *Journal of Elementary Education*, 2(1), pp. 1–12. Available at: https://www.researchgate.net/publication/332618364_FAMILY_INFLUENCE_ON_THE_DEVELOPMENT_OF_CHILDREN.
- Saefudin, W. (2019) *Mengembalikan Fungsi Keluarga*. Yogyakarta: Ide Publishing.
- Siregar, D. *et al.* (2020) *Keperawatan Keluarga*. Edited by R. Watrianthos. Sumatera Utara: Yayasan Kita Menulis.
- Suprayitno, E. *et al.* (2021) 'Peran Keluarga Berhubungan dengan Tumbuh Kembang Anak Usia Pra Sekolah', *Journal of Health Science*, VI(II), pp. 63–68.
- Twiningsih, A. and H. Triminur, F. (2019) *Ayah Terlibat Keluarga Hebat*. Edited by A. Dwianto. Jawa Timur: CV Beta Aksara.

BAB 4

KOMUNIKASI PADA ANAK DAN KELUARGA

Oleh Sutrisari Sabrina Nainggolan

4.1 Pendahuluan

Komunikasi merupakan unsur penting dalam proses interaksi yang terjadi selama proses kehidupan terjadi, yakni dari kandungan ibu sampai menjelang kematian. Komunikasi dalam pelayanan keperawatan merupakan unsur penting yang tidak dapat dipisahkan dari setiap pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan Rumah Sakit. Salah satu faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien adalah komunikasi. Dalam hal ini, pasien akan merasakan puas dengan perilaku, tutur kata, keramahan, kemudahan mendapatkan informasi sehingga akan mempengaruhi persepsi kepuasan pasien (Rusnoto, Purnomo and Utomo, 2019).

Dari semua profesional layanan kesehatan, perawat yang memiliki waktu lebih banyak bersama anak-anak, remaja, dan keluarga mereka dalam layanan kesehatan. Seorang anak yang masuk dirawat karena masalah kesehatan yang dihadapi anak, akan menimbulkan kecemasan dan kemunduran dalam berperilaku, sehingga nantinya akan berpengaruh pada kemampuan anak untuk berkomunikasi dengan efektif.

Pada bab ini, menyajikan materi tentang konsep komunikasi pada anak dan keluarga. Secara umum, Anda diharapkan mampu memahami komunikasi pada anak dan keluarga sehingga nantinya dapat mengatasi berbagai hambatan komunikasi pada anak dan keluarga.

4.2 Komunikasi Anak

Kita harus berusaha memahami komunikasi yang dilakukan pada anak, begitu pun juga dengan bahasa ataupun isyarat yang mereka berikan kepada orang dewasa. Ada beberapa faktor penting yang harus diperhatikan oleh orang tua ketika berkomunikasi pada anak, yaitu (Andriyani, Darmawan & Hidayati, 2018):

1. Orang tua harus menggunakan bahasa yang jelas ketika mengajak bicara anak, artinya orang dewasa harus menggunakan isyarat dan memilih kata yang tepat dan struktur bahasa yang mudah dipahami anak, misalnya menunjuk objek secara jelas apabila objek tersebut ingin dilihat anak.
2. Orang tua harus memahami apa yang diinginkan oleh anak, karena anak menggunakan isyarat tertentu. Komunikasi dengan isyarat ini nantinya akan berkurang jika anak semakin bertambah usianya sehingga komunikasi pada anak sudah lebih baik dipahami.

4.2.1 Komunikasi Pra Bicara Pada Anak

Perawat harus mampu memahami bentuk komunikasi yang disampaikan oleh anak. Komunikasi pra bicara adalah komunikasi pada bayi dimana bayi menggunakan isyarat khusus agar kebutuhannya dapat tercapai. Komunikasi ini terjadi pada tahun pertama bayi dilahirkan sampai pada kematangan fungsi mental dan emosional. Ada empat bentuk komunikasi pra bicara, yaitu (Andriyani, Darmawan & Hidayati, 2018) :

1. Tangisan

Tangisan adalah bentuk komunikasi pra bicara yang digunakan oleh bayi untuk memberitahukan apa yang menjadi kebutuhannya, misalnya rasa lapar, dingin, panas, lelah, dan lain sebagainya. Perawat harus melatih diri mereka untuk mengenal pengertian dari tangisan bayi, sebab apabila perawat tidak memahami arti tangisan bayi maka akan membuat kondisi bayi buruk. Selain itu, penting juga bagi perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu yang baru saja melahirkan bayinya sehingga ibu dapat mengetahui apa yang dibutuhkan oleh bayinya. Komunikasi dengan tangisan ini akan berkurang

pada usia 6 bulan, karena beberapa fungsi sensori dan motorik pada bayi telah berfungsi dengan matang.

2. Ocehan

Selain berkomunikasi dengan menangis, bayi juga memiliki cara komunikasi agar kebutuhannya dapat dipenuhi, yaitu berupa ocehan. Hal ini disebabkan karena semakin berkembangnya otot syaraf pada bayi. Ada bayi yang pada bulan kedua, sudah mampu mengeluarkan ocehan. Kemudian akan berlanjut pada bulan keenam dan ke delapan. Perawat ataupun orang tua harus memahami ocehan bayi tersebut melalui observasi. Ocehan yang disampaikan akan melatih bayi untuk belajar bicara. Kemudian dapat juga melatih bayi untuk peka dengan lingkungannya.

3. Gerakan tubuh

Komunikasi ini dilakukan oleh bayi dengan gerakan tubuh. Misalnya apabila bayi tersenyum dan mengacungkan tangannya artinya bayi tersebut ingin digendong. Atau contoh lainnya adalah ketika bayi merasa kenyang, maka ia akan melepaskan puting susu dari mulutnya.

4. Ungkapan Emosional

Ungkapan emosional ini dapat ditunjukkan oleh bayi lewat ekspresi wajah maupun gerakan tubuh bayi, misalnya bayi berusia tiga bulan menggerakkan tangan/kakinya sambil menunjukkan ekspresi wajah tertawa. Ini diartikan sebagai ekspresi bahagia pada bayi.

4.2.2 Pentingnya Bicara Dalam Proses Komunikasi

Terlaksananya komunikasi yang efektif akan sangat berguna dalam masa tumbuh kembang seorang anak, dan bukan hanya itu saja melalui komunikasi ini maka kita akan membentuk kepribadian pada anak. Dampak yang timbul ketika anak tidak mampu melakukan komunikasi maka anak berada dalam kesulitan menyampaikan apa yang menjadi kebutuhan mereka (Hanum, 2017).

Hal yang perlu diperhatikan oleh orang tua ataupun perawat ketika hendak menempa keterampilan bicara pada anak antara lain (Prabowo, 2018):

1. Menjaga fisik yang sehat

Mulut, lidah, dan gigi merupakan bagian fisik yang perlu dijaga karena ketiga organ ini berguna dalam melatih bicara. Apabila tidak sempurna, maka akan mengalami kesulitan dalam melatih anak untuk bicara.

2. Kematangan Mental

Bukan hanya kesehatan fisik yang sehat, akan tetapi kesehatan mental juga perlu diperhatikan. Apabila kesehatan mental ini tidak diperhatikan, maka akan terjadi kegagalan dalam berkomunikasi pada anak.

3. Meniru

Bayi atau anak akan mudah sekali mencontoh apa yang dilakukan atau disampaikan oleh orang tua atau perawat. Agar anak memiliki kemampuan bicara, maka anak harus diperkenalkan dengan suara secara berkesinambungan. Selain itu, penting bagi orang tua atau perawat untuk tidak mengeluarkan kalimat yang negatif.

4. Latihan Bicara

Perawat atau orang tua harus dilatih untuk bicara secara intensif supaya anak mampu bicara.

5. Memberi dukungan dan konseling

Perawat ataupun orang tua harus sabar dan bersedia dalam memberikan dukungan kepada bayi supaya dapat mengungkapkan sesuatu yang dirasa kurang jelas. Selain itu, perawat ataupun orang tua juga harus membimbing anak supaya mereka tidak putus asa dalam belajar bicara.

4.2.3 Teknik Komunikasi Pada Anak

Perawat perlu memahami teknik komunikasi pada anak sebagai individu yang unik. Ada dua pendekatan dalam mengembangkan teknik komunikasi pada anak, yaitu pendekatan nonverbal dan pendekatan verbal.

1. Pendekatan nonverbal

Pendekatan yang dilakukan bukan berupa ucapan atau kata-kata yang dikeluarkan oleh perawat. Teknik ini tanpa melibatkan hal-hal yang sifatnya verbal. Teknik nonverbal yang digunakan, diantaranya (Prabowo, 2018):

- a. Teknik orang ketiga
Pendekatan ini dengan berbagai ekspresi yang menunjukkan perasaan orang ketiga, dengan menggunakan kata ganti yaitu dia atau mereka, dengan tujuan mengurangi psikologis anak yang merasa terancam ketika ditanyakan mengenai bagaimana kondisi keadaannya atau perasaannya. Dengan adanya teknik orang ketiga, perawat lebih mudah mendapatkan informasi segala sesuatu yang dirasakan oleh anak, dan tidak menyenggol perasaan anak.
- b. *Neuro Linguistic Programming* (NLP)
Perawat akan menggunakan teknik untuk mengamati perilaku anak pada saat berkomunikasi, sehingga nantinya perawat akan mendapatkan informasi yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien. Biasanya bentuk ekspresi anak ini akan diwujudkan secara gerakan tubuh dengan menyulap berbagai macam objek supaya dapat tersampaikan maksud dari mereka.
- c. Menulis
Perawat dapat menggunakan teknik ini ketika mengalami kesulitan berkomunikasi dengan pasien anak. Akan tetapi teknik ini bisa dilakukan pada anak yang telah mempunyai keterampilan dalam menulis. Melalui tulisan, perawat akan mengetahui apa yang menjadi pikiran anak dan apa yang dirasakan anak.
- d. Menggambar
Perawat dapat menggunakan teknik menggambar untuk memulai komunikasi dengan anak. Diharapkan nantinya anak diminta untuk melukiskan sesuatu mengenai dirinya, misalnya keinginan, perasaan, ataupun pikirannya. Melalui gambar, perawat akan mendapatkan informasi mengenai perasaannya, bagaimana hubungan anak dalam keluarga, adakah pertentangan, keprihatinan maupun kecemasan akan sesuatu hal.
- e. Aktivitas Pengalihan
Perawat atau keluarga dapat menggunakan teknik ini sebagai bentuk mengurangi kecemasan yang dirasakan oleh anak ketika membentuk suatu interaksi. Banyak macam kegiatan yang dapat dilakukan supaya fokus anak bisa dialihkan

dengan tujuan supaya anak merasakan rileks saat komunikasi berlangsung. Usahakan posisi saat berbicara sejajar dengan pasien anak, sehingga perawat dapat menjaga kontak mata dan apa yang disampaikan anak lewat komunikasi dapat didengar oleh perawat.

f. Sentuhan

Perawat dapat menggunakan sentuhan pada saat berkomunikasi dengan anak, misalnya dengan memegang pundak anak, mengusap kepala anak, atau memeluk anak, dan lain sebagainya. Sentuhan ini dapat dilakukan ketika anak berada dalam perasaan yang sedih, menangis, ataupun dalam kondisi marah.

2. Pendekatan Verbal

Pendekatan yang dilakukan melalui kalimat atau kata untuk membentuk komunikasi antara anak dan perawat begitu pun juga anak dengan orang tua. Pendekatan verbal ini dapat berupa (Muhith dan Siyoto, 2018):

a. *Story Telling*

Tujuan dari *story telling* ini akan membuat anak menjadi percaya diri untuk menjelaskan perasaannya selama dirawat di Rumah Sakit, sedangkan perawat ikut berpartisipasi dalam proses tersebut. Sebagai contoh: anak menceritakan rasa takutnya ketika perawat/dokter datang untuk memeriksanya. Lalu perawat akan menceritakan kepada pasien bahwa pasien anak di sebelah juga diperiksa oleh suster/dokter, tapi pasien anak tersebut tidak takut, sehingga akan mengurangi kecemasan.

b. *Bibliotherapy*

Teknik komunikasi ini menggunakan media buku untuk dibaca. Buku yang dipilih oleh perawat dalam rangka proses *therapeutic* dan *supportive tools* agar menolong anak dalam mengungkapkan perasaannya. Ketika menggunakan buku saat berkomunikasi dengan anak, perawat harus mengetahui bagaimana dengan emosi dan pengetahuan anak, perawat harus mengamati isi buku yang dipilih sebagai media terapi, dan perawat harus ikut membaca buku.

- c. **Mimpi**
Perawat dapat menggunakan mimpi ini dalam mengenali perasaan bersalah, tertekan, jengkel atau marah yang membuat anak merasa terganggu atau merasa tidak nyaman.
- d. **Bermain**
Bermain akan menjadi teknik yang paling menyenangkan dalam membina hubungan dengan anak. Melalui kegiatan ini, perawat dapat menilai tumbuh kembang anak baik itu fisik, intelektual, dan sosial. Selain itu, perawat juga mampu mengeksplorasi perasaan anak selama dirawat.
- e. **Melengkapi Kalimat**
Teknik ini digunakan perawat dengan cara meminta anak untuk menyempurnakan kalimat yang telah disusun sesuai dengan perasaan atau kesehatannya. Perawat memberikan pernyataan diawali dengan yang objektif kemudian disusul dengan pernyataan yang berfokus pada perasaan. Misalnya, “apa yang menyenangkan ketika dirawat?”
- f. **Pro dan Kontra**
Teknik pro dan kontra ini digunakan supaya anak nantinya akan diarahkan untuk berpikir kritis terhadap perasaan-perasaannya yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan. Sebagai contoh, anak diminta untuk mengungkapkan pengalamannya selama dirawat, kemudian dia akan cerita pengalaman baik dan buruknya.

Pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien anak celah bibir dan langit-langit biasanya dilakukan dalam bentuk latihan bicara. Biasanya terapi ini dilakukan pada oleh seorang terapis profesional apabila pasien anak sudah mendapatkan tindakan medis (operasi). Ada pesan verbal dan non verbal yang digunakan terapis pada saat melatih pasien untuk bicara. Pesan verbal yang digunakan adalah *toddler and early childhood*, mendengarkan penuh perhatian, mengulang dan memfokuskan, bermain dan humor, diam dan memberi pujian. Sedangkan pesan nonverbal yang dilakukan, antara lain berhadapan, adanya kontak mata, terapis yang membungkuk ke arah pasien, bersikap terbuka, dan relaks (Kurniawan, Rantona & Husna, 2020).

4.2.4 Strategi Komunikasi Pada Anak

Perkembangan komunikasi pada bayi dan anak sangat bergantung pada kematangan organ sensorik dalam menerima stimulus yang berasal dari internal dan eksternal, serta kekuatan dari stimulus internal dan eksternal. Komunikasi pada bayi dimulai dengan tangisan ketika membutuhkan sesuatu misalnya, bayi merasa lapar. Selain itu, bayi juga dapat mengekspresikan wajahnya dengan senyum disertai gerakan tangan/kaki yang menandakan bahwa bayi merasa senang. Perkembangan komunikasi pada anak usia *toddler* dan prasekolah, anak mulai berfokus pada sudut pandangnya sendiri, anak juga mulai berfantasi. Sedangkan perkembangan komunikasi usia sekolah dan remaja, anak mulai mencari tahu terhadap hal baru dan belajar untuk menyelesaikan masalah sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya (Sarfika, Maisa & Freska, 2018).

4.3 Komunikasi Keluarga

Keluarga adalah mitra bagi perawat dalam menentukan kebutuhan anak dalam bentuk asuhan keperawatan anak yang berpusat pada keluarga. Dengan adanya perawatan yang berpusat pada keluarga diyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga. Orang tua adalah sumber kekuatan dan motivasi anak sehingga kebutuhan psikososial dan perkembangan anak akan terpenuhi (Eichner *et al.*, 2012).

Hal yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam komunikasi dengan keluarga pada keperawatan anak, antara lain: menganjurkan orang tua supaya aktif bicara, mendengar apa yang dikatakan orang tua, diam, berempati, meyakinkan kembali, merumuskan kembali, bimbingan antisipasi, dan menghindari hambatan dalam komunikasi (Andriyani, Darmawan & Hidayati, 2018).

4.3.1 Hambatan Dalam Proses Komunikasi Keluarga

Seorang perawat harus mengamati hambatan yang timbul dalam komunikasi keluarga pada lingkungan keperawatan anak, antara lain (Prabowo, 2018):

1. Kesimpulan yang terlalu provokatif dan mengkritik;
2. Perawat lebih banyak bicara daripada pihak yang diajak bicara;
3. Nasihat yang diberikan kepada keluarga tidak relevan dengan proses keperawatan anak;
4. Pihak yang diajak komunikasi tidak tepat;
5. Adanya keegoisan dalam mempertahankan keyakinannya;
6. Tidak sabar dan seringkali mematahkan pendapat pihak lain;
7. Mengusulkan keyakinan pada pihak lain dengan menggertak;
8. Mengajukan pertanyaan tertutup sehingga orang yang diajak bicara tidak berani untuk mengekspresikan emosi mereka;
9. Beri pujian, atau mengeluarkan lelucon yang stereotip;
10. Mengalihkan pembicaraan dengan sesuka hati.

4.3.2 Strategi Komunikasi Keluarga

Komunikasi dalam konteks merawat anak bukanlah suatu proses yang mudah. Perawat harus melibatkan anak dan orang tua dalam menentukan kebutuhan selama dirawat. Hal ini dapat terjadi apabila orang tua mampu mengelola interaksinya atau komunikasinya dengan anak selama mendapatkan layanan kesehatan (Lambert, Long & Kelleher, 2012).

Bentuk komunikasi yang paling baik digunakan supaya hubungan perawat dan keluarga dapat berjalan yaitu komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal akan membuat komunikasi dalam keluarga menjadi serasi antara suami dan istri, orang tua ke anak, dan antara kakak dan adik (Andriyani, Darmawan & Hidayati, 2018).

Komunikasi interpersonal dilakukan seorang dengan yang lain dalam kelompok dengan memakai media dan bahasa dalam memenuhi keinginan (Rosmawati, 2010). Untuk membangun komunikasi interpersonal orang tua pada anak, ada tiga hal yang harus diperhatikan (Laksana, 2015):

1. *Trust*

Supaya anak percaya kepada orang tua, maka orang tua harus memiliki perkataan yang jujur, terbuka, kemudian antara

perkataan dan perilaku harus sesuai. Bukan hanya itu saja, orang tua harus percaya diri ketika hendak memberikan pesan kepada anak. Misal, orang tua mengatakan kepada anak kalau setelah makan anak harus menggosok giginya, akan tetapi orang tua tidak memberikan contoh tersebut. Sehingga anak tidak akan percaya kepada orang tua yang tidak menggosok gigi.

2. *Supportif*

Orang tua harus memiliki sikap *supportif* dalam berkomunikasi. Misal, orang tua yang selalu memandang bahwa orang tua adalah benar, sehingga apa yang diperbuat anak selalu salah di hadapan orang tua. Hal ini akan membuat anak tidak akan berkomunikasi kepada orang tua mengenai masalah atau hal yang ingin dilakukannya.

3. Keterbukaan

Orang tua harus mau mendengar secara aktif apa yang disampaikan oleh anak, kemudian mau mengakui pendapat dari anak.

4.3.3 Perawatan yang Berpusat Pada Anak dan Keluarga

Dalam filosofi keperawatan anak, aspek *family center care* membawa individu dalam keluarga untuk berkontribusi dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak. Pada aspek *family center care* ada dua konsep yang harus dipahami oleh perawat, yaitu konsep *enabling* dan konsep *empowering*. Di dalam konsep *enabling*, perawat mengikutsertakan keluarga dalam proses asuhan keperawatan supaya kebutuhan anak maupun keluarga dapat terpenuhi. Sedangkan konsep *empowering*, perawat mengikutsertakan keluarga dalam memutuskan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, aspek *atraumatic care* juga berkontribusi sebagai penyebab trauma pada anak. Perawat memiliki kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan terapeutik dengan mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan. Melalui proses asuhan keperawatan terapeutik ini, perawat akan meminimalisir trauma yang terjadi pada anak dan keluarga. Orang tua diminta untuk selalu di dekat anak selama proses penyembuhan (Prabowo, 2018).

Dalam pelaksanaan konsep perawatan yang berpusat pada anak dan keluarga, maka keterlibatan orang tua selama proses

asuhan keperawatan sangatlah penting. Hal ini dilakukan untuk mengurangi efek hospitalisasi pada anak. Oleh sebab itu, perawat harus memahami mengenai konsep perawatan yang berpusat pada anak dan keluarga ini. Sehingga proses asuhan keperawatan khususnya pemenuhan kebutuhan dasar anak dapat disampaikan kepada keluarga secara lisan. Namun ada yang menjadi kendala dalam melaksanakan perawatan yang berpusat pada anak dan keluarga ini yaitu bahasa dan inisiatif. Perawatan yang berpusat pada anak dan keluarga ini akan memberikan kepuasan pasien dan efisiensi asuhan keperawatan (Tanaem, Dary & Istiarti, 2019).

Perawatan berpusat keluarga dipersepsikan orang tua sebagai bentuk dukungan doa yang diberikan bagi kesembuhan anaknya. Selain itu, perawatan berpusat keluarga ini akan memberikan manfaat bagi orang tua dan keluarga, yaitu mengurangi kecemasan orang tua, membantu perawat dalam mengawasi anak, dan memberikan respon positif bagi anak yang dirawat. Namun tantangan yang dihadapi dalam melaksanakan perawatan berpusat keluarga di PICU adalah kurangnya dukungan fasilitas, ruangan PICU adalah ruangan khusus dan steril, perawat kurang percaya diri dan tidak nyaman dengan kehadiran keluarga saat tindakan pada anak (Wijaya, Haryanti & Gamayanti, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, S., Darmawan, D. & Hidayati, N. O. (2018) *Buku Ajar Komunikasi Dalam Keperawatan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Eichner, J. M. *et al.* (2012) 'Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role', *Pediatrics*, 129(2), pp. 394–404. doi: 10.1542/peds.2011-3084.
- Hanum, R. (2017) 'Mengembangkan Komunikasi yang Efektif Pada Anak Usia Dini', *Jurnal Pendidikan*, 3(1), pp. 45–58.
- Kurniawan, R., Rantona, S. & Husna, A. (2020) 'Pesan Verbal – Nonverbal Pada Komunikasi Terapeutik; Latihan Bicara Pasien Anak Celah Bibir dan Langit-Langit (CBL) di Kota Bandung', *Jurnal Common*, 3(2), pp. 195–204. doi: 10.34010/common.v3i2.2604.
- Laksana, M. W. (2015) *Psikologi Komunikasi: Membangun Komunikasi yang Efektif dalam Interaksi Manusia*. Bandung: Pustaka Setia.
- Lambert, V., Long, T. & Kelleher, D. (2012) *Communication Skills for Children's Nurses*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Muhith, A. & Siyoto, S. (2018) *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Yogyakarta: Andi.
- Prabowo, T. (2018) *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Rosmawati (2010) *Mengenal Ilmu Komunikasi*. Bandung: Widya Padjajaran.
- Rusnoto, Purnomo, M. & Utomo, T. P. (2019) 'Hubungan Komunikasi Dan Pelayanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien', *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 10(2), p. 343. doi: 10.26751/jikk.v10i2.737.
- Sarfika, R., Maisa, E. A. & Freska, W. (2018) *Buku Ajar Keperawatan Dasar 2*. Padang: Andalas University Press.
- Tanaem, G. H., Dary, M. & Istiarti, E. (2019) 'Family Centered Care Pada Perawatan Anak Di RSUD Soe Timor Tengah Selatan', *Jurnal Riset Kesehatan*, 8(1), p. 21. doi: 10.31983/jrk.v8i1.3918.
- Wijaya, A. S., Haryanti, F. & Gamayanti, I. L. (2020) 'Implementasi Perawatan Berpusat Pada Keluarga Di Ruang Pediatric

Intensive Care Unit', *Jurnal Media Kesehatan*, 13(1), pp. 46–58. doi: 10.33088/jmk.v13i1.489.

BAB 5

POLA BERMAIN PADA ANAK

Oleh Nur Hijrah Tiala

5.1 Pendahuluan

Bermain adalah salah satu aspek penting dari kehidupan anak saat sehat ataupun sakit. Bagi anak bermain merupakan naluri yang dimotivasi oleh kesenangan yang ada dalam kehidupan manusia sejak lahir. Manusia memperoleh keterampilan pertama, belajar berinteraksi, mengekspresikan diri sendiri, teman, dan lingkungan melalui bermain di masa kanak-kanak. Pengalaman yang didapat anak dalam bermain sangat penting untuk membentuk seorang anak yang aktif, mereka mampu mengembangkan kehidupan sosial, kepercayaan diri, Bahasa, pemikiran, rasa ingin tahu, dan otonomi (Xavier and Sagayamary, 2014). Setiap manusia memiliki hak untuk memperoleh kesehatan termasuk anak. Bermain adalah hal penting untuk pengembangan kognitif, fisik, sosial, dan kesejahteraan emosional anak. Peran bermain pada perkembangan anak sangat penting sehingga diakui sebagai hak setiap anak.

Selama dekade terakhir ini, semakin banyak intervensi kesehatan di masyarakat yang berfokus pada bermain aktif dan aktivitas fisik di luar ruangan sebagai strategi promosi kesehatan di kalangan anak-anak. Penggunaan terapi bermain semakin dihargai di lingkungan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit dan lembaga kesehatan lainnya. Bermain memungkinkan perkembangan anak yang sehat dan secara tidak langsung mempersiapkan mereka untuk menghadapi tantangan di masa dewasa. Oleh karena itu, penting bagi profesional perawatan kesehatan pada anak untuk menyadari akibat dari kurang bermain dan menghargai momen menyenangkan ini dalam rutinitas mereka.

Bermain merupakan salah satu alat paling penting untuk menatalaksanakan stress karena hospitalisasi menimbulkan krisis dalam kehidupan anak, dan karena situasi tersebut sering disertai stress berlebihan maka anak-anak perlu bermain untuk

mengeluarkan rasa takut dan cemas yang mereka alami sebagai alat koping dalam menghadapi stress.

5.2 Konsep Bermain

5.2.1 Definisi Bermain

Bermain adalah aktivitas yang dilakukan atas kepentingan sendiri tanpa mempertimbangkan hasil akhirnya yang dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dari luar semata-mata untuk mendapatkan kesenangan dan kegembiraan saja (Hurlock, 1997). Anak biasanya menggunakan permainan untuk mengekspresikan keprihatinan, ketakutan, keinginan dan untuk berkomunikasi dengan lingkungannya (Ginsburg, 2007; Kourkouta and Papathanasiou, 2014).

Bermain sebagai kegiatan untuk mengekspresikan hidup yang bebas dan tanpa beban sangat penting bagi anak-anak karena mereka dapat mengembangkan imajinasi mereka melalui bermain. Dengan bermain mereka dipandu ke cara yang menyenangkan untuk melihat kehidupan sehari-hari yang dapat dijadikan cara untuk anak menjelajahi dan mengenal lingkungan di sekitarnya. Ini adalah bagian dasar dari proses perkembangan anak yang sama pentingnya dengan pelukan ibu (Reeves, Alkhalaf and Amasha, 2019).

5.2.2 Manfaat Bermain

Anak bermain pada dasarnya agar memperoleh kesenangan, sehingga tidak akan merasa jenuh. Bermain tidak sekedar mengisi waktu tetapi merupakan kebutuhan anak seperti halnya makan, perawatan dan cinta kasih. Bermain merupakan unsur yang penting untuk perkembangan fisik, emosi, mental, intelektual, kreativitas dan sosial. Anak dengan bermain dapat mengungkapkan konflik yang dialaminya. Bermain cara yang baik untuk mengatasi kemarahan, kekhawatiran dan kedukaan (Ardiansyah, 2015). Bermain adalah hal penting bagi perkembangan anak, kerana meningkatkan keterampilan, kognitif, sosial dan afektif. Dengan demikian, anak yang bermain akan lebih sehat daripada anak yang tidak memiliki kesempatan bermain yang cukup (Lester and Russell, 2008). Berdasarkan konsep bio-psiko-sosial kesehatan

manfaat bermain dibagi menjadi manfaat biologis dan psikososial (Gomes, Maia and Varga, 2018).

1. Manfaat biologis

Permainan berkontribusi dalam mencegah penyakit yang berkaitan dengan kurangnya aktivitas fisik seperti obesitas. Bermain juga memiliki efek positif pada proses perawatan di rumah sakit dan klinik rawat jalan dengan membuat lingkungan nyaman bagi anak sehingga menurunkan stres anak-anak. Hal ini berkontribusi pada pertumbuhan dan perkembangan biologis anak.

2. Manfaat psikososial

Bermain memiliki pengaruh positif terhadap perkembangan mental dan sosial yang berkontribusi pada pembentukan keseimbangan emosional, kepercayaan diri, dan anak akan tumbuh sebagai orang yang kuat secara psikis. Hal ini akan menjadikan anak dalam kondisi kesehatan psikososial yang baik.

5.2.3 Pola Permainan Anak

Dari segi perkembangan, pola permainan anak dapat dikategorikan menurut isi dan karakter sosialnya (Hockenberry, Wilson and Rodgers, 2017).

1. Isi Permainan

Isi permainan melibatkan aspek fisik permainan walaupun pengaruh hubungan sosial tidak dapat diabaikan. Konten atau isi di dalam permainan mengikuti tren mulai dari permainan dengan konten yang sederhana sampai permainan dengan konten yang kompleks.

a. Sosial affective play

Permainan dimulai dengan permainan afektif sosial, dimana anak menikmati hubungan dengan orang lain. Pada masa bayi mereka menyukai saat orang dewasa mengajaknya berbicara, menyentuh, mencium, dan dengan berbagai cara untuk memperoleh respon dari bayi, selanjutnya bayi akan menunjukkan emosi dan respon kepada orang tua dengan perilaku seperti tersenyum, membujuk atau memulai permainan dan aktivitas. Cara

dan intensitas perilaku orang dewasa berinteraksi dengan anak-anak berbeda pada setiap budaya.



Gambar 1. Anak bermain ciluk ba dengan orang tua
(Sumber: www.babyfluffy.com)

b. Sense plesure play

Permainan ini berupa stimulasi yang diberikan kepada anak. Stimulasi berupa benda-benda yang ada di lingkungan anak seperti cahaya, warna, rasa dan bau, tekstur, dan konsistensi. Hal ini akan menarik perhatian anak, merangsang indra mereka dan memberi kesenangan. Pengalaman yang menyenangkan diperoleh dari benda yang dipegang misalnya air, pasir, makanan, diperoleh dari gerakan tubuh misalnya berayun, melompat, bergoyang, dan juga bisa diperoleh dari indra misalnya mencium bau-bauan, bersenandung.



Gambar 2. Anak bermain dengan mainan bentuk dan warna
(Sumber: www.bestmom.id)

c. Skill play

Permainan ini sifatnya memberikan keterampilan pada anak. Saat seorang bayi telah mampu melakukan suatu keterampilan seperti menggenggam maka mereka akan terus-menerus menunjukkan dan melatih kemampuan barunya tersebut secara berulang-ulang. Permainan ini akan memberi kesempatan pada anak untuk belajar keterampilan tertentu dan mereka akan mempelajarinya secara terus-menerus misalnya belajar menggunakan sendok, belajar bersepeda. Keinginan untuk mampu melakukan keterampilan yang sulit dipahami terkadang membuatnya merasa sakit dan prustasi (misalnya, memasukkan kertas dan mengeluarkannya kembali dari mobil mainan). Sakit dan prustasi mereka akan ditunjukkan lewat tangis atau marah.



Gambar 3. Anak bermain dengan belajar bersepeda
(Sumber: www.orami.co.id)

d. Unoccupied behavior

Anak memperhatikan dan melihat segala sesuatu yang menarik perhatiannya, pada saat ini anak memusatkan sejenak perhatiannya pada hal yang menarik perhatiannya, kemudian melakukan gerakan-gerakan bebas dalam bentuk tingkah laku yang tidak terkontrol. Pola bermain ini ditunjukkan juga oleh anak-anak dengan

cara melamun, bermain-main dengan pakaian atau benda lainnya, ataupun berjalan tanpa tujuan dan sesekali bermain-main atau fokus melihat dengan benda-benda yang dilewatinya.



Gambar 4.Anak tertarik dengan suatu benda di dekatnya
(Sumber: www.orami.co.id)

e. Dramatic play

Salah satu elemen penting dalam proses identifikasi anak adalah bermain peran atau juga dikenal sebagai permainan simbolik atau pura-pura. Permainan ini dilakukan anak dimulai pada akhir masa bayi yaitu 11 sampai 13 bulan dan merupakan bentuk permainan yang paling dominan dilakukan anak saat usia prasekolah. Dengan memerankan kegiatan sehari-hari, anak-anak dapat belajar dan mempraktikkan peran dan identitas yang dilakukan oleh anggota keluarga atau orang lain di sekitarnya. Permainan balita pada jenis permainan ini seperti berpura-pura menelpon, mengendari mobil, mengayun boneka, ataupun bermain peran profesi seperti menjadi polisi, penjaga toko, guru, atau perawat. Sedangkan pada anak yang lebih besar mereka melakukan jenis permainan ini dengan mengerjakan tema yang lebih rumit seperti memerankan suatu cerita dan membuat drama.



Gambar 5. Anak berpura menjadi dokter dan pasien
(Sumber: www.kaplanco.com)

f. Games

Semua anak akan melakukan permainan baik itu bermain sendiri ataupun dengan orang lain. Aktivitas sendiri yang dilakukan anak dengan media mainan dimulai sejak kecil dan dilakukan secara berulang kemudian seiring pertumbuhan dan perkembangan anak, permainan mereka pun berkembang ke permainan yang lebih rumit dan menantang seperti teka-teki, solitaire, dan permainan yang menggunakan gadget. Anak saat bayi mereka bermain dengan kegiatan sederhana seperti tepuk tangan dan ciluk ba. Anak usia prasekolah menyukai permainan yang memiliki aturan main seperti permainan bentuk lingkaran dan permainan ular naga panjang



Gambar 6. Anak bermain ular naga panjang
(Sumber: www.kids.grid.co.id)

2. Karakter Sosial Permainan

Interaksi dalam bermain pada anak adalah antara mereka sesama anak-anak dan orang dewasa. Anak-anak selalu menikmati kebersamaan dengan orang dewasa tetapi juga semakin mampu bermain secara mandiri. Seiring bertambahnya usia, interaksi anak dengan teman sebayanya semakin penting dan menjadi bagian dari proses sosialisasi. Melalui interaksi, seorang bayi yang sangat egosentris, tidak dapat mentolerir penundaan atau gangguan, kemudian mempunyai ketertarikan kepada orang lain dan kemampuan untuk menunda keinginan atau bahkan mengorbankan keinginannya demi orang lain. Sepasang balita akan bertengkar saat kebutuhan pribadi mereka diambil atau diganggu, mereka tidak dapat mentolerir penundaan dan tidak bisa berkompromi. Namun, pada saat mereka mencapai usia 5 atau 6 tahun, anak-anak dapat berkompromi dan menggunakan alternatif lain saat mereka gagal dalam mencapai keinginannya. Melalui interaksi yang berkelanjutan dengan teman sebaya maka anak-anak akan mendapatkan peningkatan keterampilan sosial. Anak-anak dapat meningkatkan interaksi dengan orang lain melalui pola permainan berikut:

a. Onlooker play

Selama proses permainan ini, anak mulai menonton anak-anak lain bermain tetapi tidak bermain dengan mereka. Anak lebih tertarik untuk mengamati interaksi orang lain tetapi tidak ada gerakan untuk terlibat dalam aktivitas yang sedang ditontonnya. Contoh permainan ini, seorang anak menyaksikan anak-anak lainnya bermain.



Gambar 7. Anak sedang menonton anak-anak lainnya
(Sumber : www.seidoo.com)

b. Solitary play

Selama permainan ini, anak-anak bermain sendiri dengan mainan yang berbeda dari yang digunakan oleh anak-anak lain yang ada di dekatnya. Anak menikmati kehadiran anak-anak lain tetapi tidak berusaha untuk mendekati atau berbicara dengan mereka. Minat anak berfokus pada aktivitasnya sendiri yang sedang dilakukannya tanpa terpengaruh dengan aktivitas anak yang lain.



Gambar 8. Anak berfokus pada aktivitasnya sendiri
(Sumber: www.popmama.com)

c. Parallel play

Selama tahapan ini, anak-anak bermain secara mandiri tetapi diantara anak-anak yang lain. Mereka bermain dengan mainan yang serupa dengan yang digunakan anak-anak di sekitarnya tetapi sesuai keinginan masing-masing anak, tidak dipengaruhi atau mempengaruhi anak-anak lainnya. Masing-masing anak bermain dengan

posisi bersampingan atau berdekatan tetapi tidak bermain bersama. Di dalam pola bermain ini tidak ada kelompok. Pola permainan ini adalah karakteristik permainan balita, tetapi dapat juga terjadi pada kelompok usia lainnya.



Gambar 9. Paralel play di pantai
(Sumber : www.momlovesbest.com)

d. Associative play

Dalam permainan ini, anak-anak bermain bersama dan terlibat dalam aktivitas yang sama, tetapi tidak ada aturan, pembagian kerja, dan tidak ada satu tujuan bersama. Anak-anak saling meminjam atau meminjamkan mainannya, saling meniru tidak fokus pada permainannya sendiri. Setiap anak bertindak sesuai dengan keinginannya sendiri. Misalnya dua anak bermain boneka, saling meminjam pakaian dan terlibat dalam percakapan serupa, tetapi tidak mengarahkan tindakan atau menetapkan aturan dalam bermain.



Gambar 10. Bermain bersama dan saling meniru
(Sumber : www.orami.co.id)

e. Cooperative play

Selama permainan ini, anak bermain bersama temannya dengan menggunakan aturan tertentu untuk mencapai tujuan yang sama atau untuk menyelesaikan tugas khusus. Mereka mendiskusikan dan merencanakan aktivitas untuk mencapai suatu tujuan yang ditetapkan. Kelompok yang terbentuk dalam permainan ini dibentuk secara bebas, tetapi ada rasa memiliki atau tidak dimiliki. Pencapaian tujuannya memerlukan organisasi kegiatan, pembagian tugas, dan permainan peran. Hubungan pemimpin dan pengikut atau anggota terbentuk di dalam permainan ini, dan aktivitasnya dikendalikan oleh satu atau dua anggota yang bertugas menetapkan peran dan mengarahkan aktivitas yang dilakukan. Kegiatan ini diatur untuk memungkinkan setiap anak dapat menyelesaikan tugasnya agar mencapai tujuan.



Gambar 11. Bermain bersama dan satu tujuan
(Sumber: www.mamdira.id)

5.3 Terapi Bermain di Rumah Sakit

Rawat inap merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan baik bagi orang dewasa maupun bagi anak-anak, yang tiba-tiba harus meninggalkan rumah mereka dan orang-orang yang penting bagi mereka, dan menghentikan kegiatan favorit mereka, termasuk bermain. Setelah masuk rumah sakit, perhatian khusus diberikan pada perbaikan gejala klinis penyakit dan pengurangan beban psikologis. Akibatnya, permainan sering diabaikan, atau dianggap tidak penting. Namun, peran dan nilai permainan meningkat ketika anak berulang kali dirawat di rumah

sakit, sebagian besar karena penyakit kronis atau kecacatan, karena hal itu berkontribusi pada emosional, kesejahteraan mental, kepercayaan diri, dan harga diri (Koukourikos *et al.*, 2015).

Pada masa rawat inap, terapi bermain sangat penting, bukan hanya karena anak-anak suka bermain, tetapi juga karena memfasilitasi intervensi oleh tenaga kesehatan (Gulyurtlu, Jacobs and Evans, 2020). Terapi bermain dapat didefinisikan sebagai serangkaian intervensi untuk meningkatkan kesejahteraan anak selama dirawat di rumah sakit atau aktivitas bermain yang terstruktur tergantung pada kondisi kesehatan, usia, dan perkembangan anak (Koukourikos *et al.*, 2015)

Perawat anak dapat menggunakan permainan sebagai strategi perawatan untuk anak-anak yang dirawat di rumah sakit. Sangat penting bagi perawat untuk mengetahui dan menggunakan kegiatan bermain dalam perawatan anak, karena dapat memiliki banyak keuntungan dalam rawat inap. Fungsi katarsis yang berarti menghilangkan kecemasan dan yang menjadi dasar terapi bermain dapat ditonjolkan. Aktivitas bermain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan juga dapat meningkatkan hubungan perawat-anak, meningkatkan kepercayaan diri selama masa rawat inap (Milbrath and Freitag, 2018)

Beberapa manfaat dari terapi bermain saat anak dirawat di rumah sakit sebagai berikut (Gulyurtlu, Jacobs and Evans, 2020).

1. Bermain dapat membantu anak-anak dan remaja memiliki pengalaman rumah sakit yang lebih positif.
2. Bermain untuk mengalihkan perhatian di rumah sakit sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan anak-anak dan mengurangi kecemasan, ketakutan, dan stres saat berada di rumah sakit.
3. Bermain dapat mengurangi perasaan sakit anak-anak yang terkait dengan perawatan di rumah sakit.
4. Ketika perawat memasukkan permainan dan kegiatan yang menyenangkan anak ke dalam perawatan saat di rumah sakit, terkadang hal itu dapat mengurangi kebutuhan akan obat penenang.
5. Bermain dapat membantu membangun ketahanan bagi anak-anak dan remaja di rumah sakit, yang membantu

mereka mengatasi kecemasan dan lebih terlibat dalam perawatan.

6. Bermain juga dapat memperkuat kesejahteraan dan hubungan keluarga.
7. Memberi dukungan bagi anak dan keluarga yang lebih luas dalam menciptakan pengalaman rumah sakit yang lebih positif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ginsburg, K. R. (2007) 'The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds', *American Academy of Pediatrics*, 119(11), pp. 182–191. doi: oi.org/10.1542/peds.2006-2697.
- Gomes, N. R. R., Maia, E. C. and Varga, I. V. D. (2018) 'The Benefits of Play for Children's Health: A Systematic Review', *Arquivos de Ciências da Saúde*, 25(2), p. 47. doi: 10.17696/2318-3691.25.2.2018.867.
- Gulyurtlu, S., Jacobs, N. and Evans, I. (2020) 'The Impact of Children ' s Play in Hospital The Impact of Children ' s Play in Hospital', (October).
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. and Rodgers, C. C. (2017) *Wong's Essentials of Pediatric Nursing, Tenth Edition*. St.Louis: Elsevier.
- Hurlock, E. (1997) *Child Development*. 6th ed. New Delhi: Tata McGraw Hill Education Private Limited.
- Koukourikos, K. *et al.* (2015) 'The Importance of Play During Hospitalization of Children', *Materia Socio Medica*, 27(6), p. 438. doi: 10.5455/msm.2015.27.438-441.
- Kourkouta, L. and Papathanasiou, I. V (2014) 'Communication in Nursing Practice', *Mater Sociomed*, 26(1), pp. 65–67. doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67.
- Lester, S. and Russell, W. (2008) *Play for a Change: Play, Policy and Practice - A Review of Contemporary Perspectives (Summary Report)*. London.
- Milbrath, V. M. and Freitag, V. L. (2018) 'Percepción del equipo de enfermería sobre el enfoque lúdico al niño hospitalizado', *Cult. Cuid.*, 22, pp. 12–24.
- Reeves, A. J., Alkhalaf, S. and Amasha, M. A. (2019) 'WhatsApp as an Educational Support Tool in a Saudi University', *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 10(8).
- Xavier, T. and Sagayamary, S. (2014) 'A study to assess the effectiveness of play activities in reducing the level of anxiety among hospitalized children', *IOSR Journal of Nursing and*

Health Science, 3(2), pp. 59–62. doi: 10.9790/1959-03245962.

BAB 6

IMUNISASI PADA ANAK

Oleh Sulistiyani prabu aji

6.1 Pendahuluan

Tingkat kesehatan pada bayi perlu mendapatkan perhatian mengingat bayi atau anak sebagai generasi penerus bangsa. Salah satu upaya untuk menjadikan generasi yang sehat yaitu dengan mengurangi tingkat morbiditas dan mortalitas pada anak. Selain itu juga dibutuhkan suatu upaya kesehatan yang konsisten. Salah satu upaya untuk mengurangi tingkat morbiditas dan mortalitas pada anak salah satunya dengan pemberian imunisasi. Imunisasi adalah salah satu upaya untuk meningkatkan kekebalan tubuh dan untuk melakukan pemberantasan penyakit menular (Karina and Warsito, 2012).

Pemberian imunisasi pada balita tidak hanya memberikan pencegahan terhadap anak tersebut, tetapi akan memberikan dampak yang jauh lebih luas karena akan mencegah terjadinya penularan yang luas dengan adanya peningkatan imunitas (daya tahan tubuh terhadap penyakit tertentu) secara umum di masyarakat. Dimana, jika terjadi wabah penyakit menular, maka hal ini akan meningkatkan angka kematian bayi dan balita (Triana, 2017).

Pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap nasional pada tahun 2008-2013, menurut data rutin telah mencapai target namun berdasarkan RISKESDAS belum mencapai target. Target cakupan imunisasi dasar lengkap berdasarkan data rutin yang dikumpulkan Subdit Imunisasi Ditjen PP & PL Kemenkes RI telah mencapai target dan diharapkan dapat mencapai target tahun 2014 sebesar 90%.

Data rutin yang dikumpulkan Ditjen P2PL tergantung validitas data dari daerah, sedangkan pada data Riskesdas terdapat balita yang tidak dapat diketahui status imunisasinya (*missing*) dan *memory recall* bias dari ibu, ataupun ketidakakuratan pewawancara saat proses wawancara dan pencatatan. Berikut adalah persentase

cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia pada tahun 2008-2013:



Menurut DINKES Jawa Timur tahun 2012 menyebutkan bahwa masih tingginya angka kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Angka kejadian luar biasa ini meliputi campak sebesar 1,69%, difteri sebesar 85,65%, hepatitis sebesar 0,19%, dan pertussis sebesar 0,38%. Sedangkan cakupan imunisasi desa kelurahan UCI di Jawa Timur tahun 2012 sebesar 73,02%, angka ini mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2011 (DINKES Jatim, 2013).

Kebutuhan vaksin makin meningkat seiring dengan keinginan dunia untuk mencegah berbagai penyakit yang dapat menimbulkan kecacatan dan kematian. Peningkatan kebutuhan vaksin telah ditunjang dengan upaya perbaikan dalam produksi vaksin guna meningkatkan efektifitas dan keamanan. Dan faktor-faktor terpenting yang harus dipertimbangkan dalam pembuatan vaksin adalah keseimbangan antara imunitas yang akan dicapai dengan reaksi yang tidak diinginkan yang mungkin timbul (Hadinegoro, 2016).

Dan diharapkan dengan adanya imunisasi bagi bayi dapat tercapainya manfaat imunisasi seperti: melindungi anak dari resiko kematian, efektif mencegah berbagai penyakit, dan membantu bayi menciptakan sistem kekebalan agar tidak terserang penyakit yang tidak diinginkan di kemudian hari.

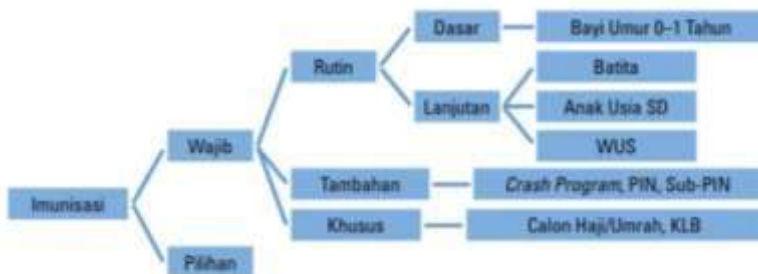
6.2 Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Anak di imunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (KEMENKES RI, 2014).

Imunisasi merupakan pencegahan primer terhadap penyakit infeksi yang paling efektif dan murah. Imunisasi bukan saja dapat melindungi individu dari penyakit yang serius namun dapat juga menghindari tersebarnya penyakit menular. World Health Organization (WHO) dan UNICEF mencanangkan GIVS (Global Immunization Vision and Strategy) yaitu rancangan kerja 10 tahun untuk mencegah penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi. Sasaran GIVS hingga tahun 2010 adalah meningkatkan cakupan imunisasi negara sekurang-kurangnya 90% cakupan imunisasi nasional dan sekurang-kurangnya 80% cakupan imunisasi dalam setiap distrik atau daerah administratif untuk mengetahui pemerataan penyebaran imunisasi pada semua anak (Prayogo et al., 2016).

6.3 Jenis Imunisasi

Jenis imunisasi berdasarkan sifat penyelenggaraannya di Indonesia. Berikut ini adalah bagan pembagian jenis imunisasi:



Gambar 12. Skema jenis imunisasi berdasarkan sifat penyelenggaraannya

1. Imunisasi Wajib

Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu. Imunisasi wajib terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus (Hadinegoro, 2016),

- Imunisasi rutin

Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan.

Vaksin BCG	
	Deskripsi: Vaksin BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung <i>Mycobacterium bovis</i> hidup yang dilemahkan (<i>Bacillus Calmette Guérin</i>, strain <i>paris</i>).
Vaksin BCG & pelarut (Sumber: www.biofarma.co.id)	Indikasi: Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberkulosis.
Vaksin DPT - HB - Hib	
	Deskripsi: Vaksin DPT-HB-Hib digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi <i>Haemophilus influenzae</i> tipe b secara simultan.
Vaksin DPT-HB-Hib (Sumber: www.biofarma.co.id)	
Vaksin Hepatitis B	
	Deskripsi: Vaksin virus rekombinan yang telah dinaktivasi dan bersifat non-infectious, berasal dari HBsAg.
Vaksin Hepatitis B (Sumber: www.biofarma.co.id)	
Vaksin Polio Oral (Oral Polio Vaccine (OPV))	
	Deskripsi: Vaksin Polio trivalent yang terdiri dari suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2, dan 3 (strain Sabin yang sudah dilemahkan).
Vaksin Polio dan droplet (Sumber: www.biofarma.co.id)	Indikasi: Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomyelitis.

Vaksin Campak	
 Vaksin campak dan pelarut. (Sumber: www.biolanma.co.id)	Deskripsi: Vaksin virus hidup yang dilemahkan.
	Indikasi: Pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak.

- Imunisasi tambahan

Imunisasi tambahan diberikan kepada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu. Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan adalah *backlog fighting*, *crash program*, PIN (Pekan Imunisasi Nasional), Sub-PIN, *catch up campaign* campak dan Imunisasi dalam Penanganan KLB (*Outbreak Response Immunization/ORI*)

- Imunisasi khusus

Imunisasi khusus merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan untuk melindungi masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu. Situasi tertentu antara lain persiapan keberangkatan calon jemaah haji atau umrah, persiapan perjalanan menuju negara endemis penyakit tertentu dan kondisi kejadian luar biasa. Jenis imunisasi khusus, antara lain terdiri atas Imunisasi Meningitis meningokokus, imunisasi demam kuning, dan imunisasi anti-rabies

2. Imunisasi Pilihan

Imunisasi pilihan merupakan imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit menular tertentu, yaitu vaksin MMR, Hib, Tifoid, Varisela, Hepatitis A, Influenza, Pneumokokus, Rotavirus, Japanese Encephalitis, dan HPV

6.4 Tujuan Pemberian Imunisasi

Tujuan umum pemberian imunisasi adalah untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Sedangkan tujuan khusus pemberian imunisasi adalah untuk:

1. Tercapainya target Universal Child Immunization (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa / kelurahan pada tahun 2014
2. Tervalidasinya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (insiden di bawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun) pada tahun 2013
3. Tercapainya eliminasi campak pada tahun 2015
4. Eradikasi polio pada tahun 2015
5. Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practise and waste disposal management*)

6.5 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Ada banyak penyakit menular di Indonesia yang dapat dicegah dengan imunisasi selanjutnya disebut dengan Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I):

1. Difteri



- Definisi dan penyebab
Penyakit yang disebabkan oleh bakteri *corynebacterium diphtheria*
- Penularan
Melalui kontak fisik dan pernafasan

- Gejala
Radang tenggorokan, hilang nafsu makan, demam ringan, dan dalam 2–3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan serta tonsil
 - Komplikasi
Gangguan pernafasan yang berakibat kematian
2. Pertussis



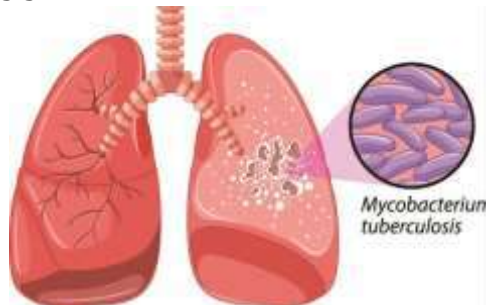
- Definisi dan penyebab
Penyakit pada saluran pernapasan yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertussis*. (batuk rejan)
- Penularan
Melalui percikan ludah (droplet infection) dari batuk atau bersin
- Gejala
Pilek, mata merah, bersin, demam, dan batuk ringan yang lama-kelamaan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang cepat dan keras
- Komplikasi
Pneumonia bacterialis yang dapat menyebabkan kematian

3. Tetanus



- Definisi dan penyebab
Penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan neurotoksin
- Penularan
Melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam
- Gejala
Gejala awal: kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam
Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek (*sucking*) antara 3 sampai dengan 28 hari setelah lahir
Gejala berikutnya kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku
- Komplikasi
Patah tulang akibat kejang, pneumonia, dan infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian

4. Tuberculosis



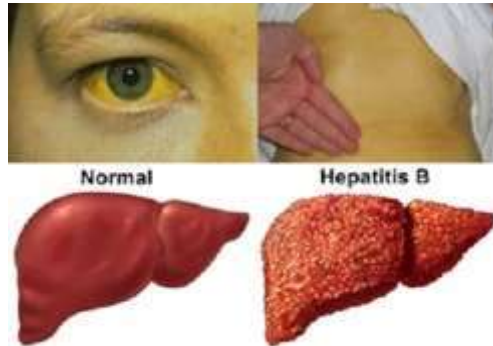
- Definisi dan penyebab
Penyakit yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis disebut juga batuk darah
- Penularan
Melalui pernafasan dan lewat bersin atau batuk
- Gejala
Gejala awal: lemah badan, penurunan berat badan, demam, dan keluar keringat pada malam hari
Gejala selanjutnya: batuk terus-menerus, nyeri dada dan (mungkin) batuk darah
Gejala lain: tergantung pada organ yang diserang
- Komplikasi
Kelemahan dan kematian

5. Campak



- Definisi dan penyebab
Penyakit yang disebabkan oleh virus myxovirus viridae measles
- Penularan
Melalui udara (percikan ludah) dari bersin atau batuk penderita
- Gejala
Gejala awal: demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, konjunktivitis (mata merah) dan koplik spots
Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki
- Komplikasi
Diare hebat, peradangan pada telinga, dan infeksi saluran napas (*pneumonia*)

6. Hepatitis B



- Definisi dan penyebab
Penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning)
- Penularan
Penularan secara horizontal:
Dari darah dan produknya, suntikan yang tidak aman, transfusi darah, melalui hubungan seksual
Penularan secara vertical:
Dari ibu ke bayi selama proses persalinan
- Gejala
Merasa lemah, gangguan perut, gejala lain seperti flu serta urin menjadi kuning (warna kuning bisa terlihat pada mata ataupun kulit), kotoran menjadi pucat
- Komplikasi
Penyakit ini bisa menjadi kronis yang menimbulkan pengerasan hati (Cirrhosis Hepatis), kanker hati (*Hepato Cellular Carsinoma*) dan menimbulkan kematian.

DAFTAR PUSTAKA

- Hadinegoro, S. R. S. (2016) 'Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi', *Sari Pediatri*, 2(1), p. 2. doi: 10.14238/sp2.1.2000.2-10.
- Karina, A. N. and Warsito, B. E. (2012) 'Pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar balita', *Jurnal Nursing Studies*, 1, pp. 30–35.
- Prayogo, A. *et al.* (2016) 'Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Anak Usia 1 – 5 tahun', *Sari Pediatri*, 11(1), p. 15. doi: 10.14238/sp11.1.2009.15-20.
- Triana, V. (2017) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Tahun 2015', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 10(2), p. 123. doi: 10.24893/jkma.v10i2.196.
- Sari, D. N. I (2015) 'HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG IMUNISASI DASAR DENGAN KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR BAYI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BENDO KABUPATEN MAGETAN', *Naskah Publikasi*, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- KEMENKES RI (2014) 'Buku Ajar Imunisasi', *Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan*, Jakarta Selatan.
- INFODATIN KEMENKES RI (2014) 'Situasi dan Analisis Imunisasi', Jakarta Selatan.

BAB 7

PEMBERIAN CAIRAN DAN NUTRISI PADA BAYI DAN ANAK

Oleh Qoriah Nur

7.1 Pendahuluan

Air merupakan komponen tubuh yang terpenting bagi manusia. Diperkirakan 40-80% berat tubuh manusia terdiri dari air, artinya sebagian besar komponeen tubuh terdiri dari air. Variasi Komposisi Volume cairan tergantung dari berbagai factor diantaranya karena umur, lemak tubuh dan jenis kelamin (Kusnanto, 2016).

Pemenuhan kebutuhan dasar manusia merupakan bidang pekerjaan keperawatan, maka perawat dengan hubungan terdekat dan terlama dengan klien berkewajiban membantu klien memenuhi kebutuhan tersebut. Setidaknya, pengasuh perlu menyadari tingkat kepatuhan mereka terhadap kebutuhan air dan elektrolit, menyadari tanda dan gejala ketidakseimbangan air dan elektrolit, dan mampu memprediksi faktor risiko yang menyebabkan ketidakseimbangan air dan elektrolit. Intervensi secara mandiri atau bersama-sama untuk mengatasi masalah ini. Untuk itu, semua pengasuh harus mampu memahami konsep cairan dan elektrolit dan menerapkan konsep tersebut untuk memecahkan masalah pemenuhan (Kusnanto, 2016).

Masalah nutrisi perlu segera dilakukan dengan penanganan yang tepat untuk mencegah penurunan status gizi pada anak dengan indikasi penyakit. Pemberian dukungan informasi pada klien dan keluarga merupakan peranan perawat terkait dampak penyakit pada nutrisi anak. Pengkajian asupan nutrisi dan memberikan nutrisi sesuai kebutuhan perhari, menimbang berat badan, dan mengkategorikan status gizi yang dialami anak merupakan intervensi perawat. Intervensi keperawatan secara mandiri lebih mengedepankan pada pengurangan dampak yaitu gejala mual, muntah, diare, nyeri, kelelahan, dan nafsu makan

yang berkurang. Ketidakakuratan pengkajian dan intervensi akan menimbulkan ketidakadekuatannya asupan nutrisi pada pasien, yang ujungnya mengakibatkan ketidakseimbangan nutrisi ketidakcukupan energi untuk melawan penyakit. Intervensi keperawatan dapat dilakukan dengan mengaplikasikan teori keperawatan yang berfokus pada keseimbangan energi, sehingga perawatan yang diberikan akan sesuai kebutuhan anak (Hakim & Allenidekania, 2018).

7.2 Pemberian Cairan Dan Nutrisi

7.2.1 Cairan

Keseimbangan Cairan dapat dipengaruhi oleh Variasi usia dan struktur biologis tubuh. Neonatus memerlukan cairan lebih banyak dari anak yang lebih besar. Anak-anak membutuhkan lebih banyak air per kilogram berat badan daripada orang dewasa. Hal ini dikarenakan anak memiliki luas permukaan tubuh yang relatif besar, ginjal tidak memiliki fungsi yang lengkap untuk mengkonsentrasikan urin, dan laju pernafasan yang cepat. Namun, kebanyakan anak bergantung pada asupan air karena mereka tidak dapat mengenali dan mengekspresikan rasa haus mereka. Orang tua atau pengasuh. Glomerulus pada nonatus relatif lebih kecil dan belum matur, sehingga kemampuan ginjal untuk memekatkan urin belum sempurna. Akibatnya neonatus lebih berisiko untuk mengalami masalah dengan keseimbangan cairan (IDAI, 2016).

Tabel 1. Kapasitas Lambung Berdasarkan Berat Badan Lahir

Berat Badan Lahir	Kapasitas Lambung
500-1000 gram	6-10 cc
1001-1500 gram	10- 12 cc
1501-2000 gram	12- 15 cc
2001-2500 gran	15- 18 cc

Sumber : Naveed et al. (1992)

Tabel 2. Jumlah Kebutuhan Cairan Bayi Berdasakan Berat Lahir dan Usia

Berat Lahir (gr)	Jarak Pemberian	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6-13	Hari 14
1000	2 jam	60ml	80ml/kgB	90/kgB	100ml	110ml	120-	180-
->		/	B	B	/ kgBB	/ kgBB	180	200ml
1500		kgBB					ml/k	/
							g BB	KgBB

Sumber : Health et al. (2003)

Tabel 3. Kebutuhan Cairan pada Anak berdasarkan Berat Badan

Berat	Kebutuhan cairan/hari
0-10 kg	100 cc/kgbb/hari
11-20 kg	1000 cc + 50ml/kg untuk setiap kelebihan BB >10 kg
>20 kg	1500 cc + 20ml/kbb untuk setiap kelebihan BB>20 kg

Sumber : Sidik (2009)

Kebutuhan cairan dapat meningkat atau menurun. Peningkatan suhu tubuh sebesar 1°C meningkatkan kebutuhan cairan sebanyak 12%.

A. Contoh Kasus Cairan di Ruang Perawatan Anak

Seorang anak laki-laki, 3 tahun, dirawat di Ruang perawatan anak RSUD Abepura. Saat dirawat dalam lima jam terakhir mengalami diare sebanyak 7 kali. Ibunya mengatakan bahwa anaknya demam sejak kemarin. Dia mengatakan diare mungkin disebabkan oleh makanan yang terkontaminasi, karena kemarin sore dia melihat putranya minum segelas susu yang disajikan untuk pagi hari. Berdasarkan penilaian MTBS, ia terlihat mengantuk, turgor kulit empat detik, dan berat badan 12,5 kg. Ibunya mengatakan bahwa berat badan sebelumnya adalah 13,5 kg. Anak itu terlihat ketakutan saat perawat mendekatinya, dan dia mulai menangis. Sementara kondisinya lebih baik, perawat memberi tahu ibu tentang lima langkah untuk menghentikan diare, termasuk sering mencuci tangan.

Buatlah ASKEP berdasarkan kasus dan hitung kebutuhan cairannya.

7.2.2 Nutrisi

Pemberian Nutrisi merupakan salah satu faktor yang menentukan tumbuh kembang anak secara optimal. Indikator penting dari status gizi anak adalah pertumbuhan yang optimal dan sesuai dengan usianya, hal ini yang diperlukan oleh anak melalui nutrisi yang optimal. Jika ditemukan ketidaksesuaian kecepatan pertumbuhan pada anak, segera dilakukan evaluasi dan intervensi. Hal yang paling mendasar sebagai tenaga kesehatan adalah memastikan bahwa anak tersebut cukup mendapatkan asupan kalori. Kebutuhan zat gizi dapat dipenuhi melalui oral/mulut. Beberapa kasus tidak dapat terpenuhi melalui oral, karena gangguan fungsi pencernaan, maka bisa didapatkan melalui nutrisi Enteral. Pemberian Nutrisi Enteral dapat menjaga saluran pencernaan berfungsi secara fisiologis (NE), (Lestari, 2014).

Tujuan dan pelaksanaan manajemen gizi pada anak berbeda dengan pelayanan gizi umum di fasilitas gizi. Asuhan gizi anak diberikan untuk anak yang sehat dan Anak yang sakit. Pada anak sehat, ANP diperkirakan dapat membantu mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, mencegah gagal tumbuh pada pasien rawat jalan, dan mencegah malnutrisi rawat inap di rumah sakit (MRS). Dalam rekomendasi ini, MRS mengacu pada penurunan berat badan selama rawat inap yang disebabkan oleh ANP yang tidak memadai (Sjarif et al., 2011). Pemberian nutrisi bisa melalui:

A. Pemberian Nutrisi secara Oral

Pemberian nutrisi ini melalui mulut, ini yang semestinya anak dalam keadaan sehat.

B. Pemberian Nutrisi Secara Enteral

Indikasi pemberian nutrisi secara enteral adalah pasien yang tidak mampu mendapatkan nutrisi secara oral, namun fungsi usus masih normal. Pasien ini bisa didapatkan pada anak yang mempunyai masalah oral atau lambung, anak yang kehilangan Berat badan secara terus menerus.

Pada kasus yang pemberian NE harus dilakukan segera mungkin dalam waktu 24 jam adalah pasien dalam keadaan trauma berat, luka bakar, dan status katabolisme.

Kontraindikasi pemberian NE adalah tidak berfungsinya saluran cerna sebagaimana mestinya, saluran cerna terjadi kelainan anatomi, iskemia saluran cerna dan peritonitis berat.

Komplikasi pemberian NE sebagai berikut : pengosongan lambung gagal, isi lambung terjadi aspirasi, diare, esofagitis, sinusitis, peletakan pipa yang salah.

Indikasi pemberian NE pada bayi dan neonatus adalah

1. imaturitas, dimana kemampuan menelan dan mengisap pada bayi prematur belum baik. Bayi prematur memerlukan kalori yang cukup untuk pengoptimalan tumbuh kembangnya.
2. Penyakit paru kronik
3. Fibrosis kistik
4. Penyakit jantung bawaan
5. Disfungsi traktus alimentarius
6. Hipermetabolik
7. Trauma berat
8. Gangguan neurologis (Lestari, 2014)

C. Pemberian Nutrisi Secara Parenteral

Pemberian Nutrisi Parenteral melalui intravena, meliputi pemberian air, lemak, karbohidrat, asam amino, elektrolit, vitamin dan mineral.

Jenis Nutrisi Parenteral :

1. Dibedakan melalui Kebutuhan Nutrisi :
 - a. Nutrisi Parenteral Total, apabila kebutuhan Nutrisi semuanya diberikan melalui NP
 - b. Nutrisi Parenteral Parsial, apabila sebagian nutrisi diberikan melalui NP, sedang lainnya melalui Nutrisi Enteral atau Nutrisi Oral.
2. Penggunaan Akses Vena
 - a. Nutrisi Parenteral Perifer (PPN) : bila pemberian Parenteral melalui vena Perifer
 - b. Nutrisi Parenteral sentral/*Total parenteral Nutrition* (TPN) : bila pemberian Parenteral melalui vena sentral semua kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi

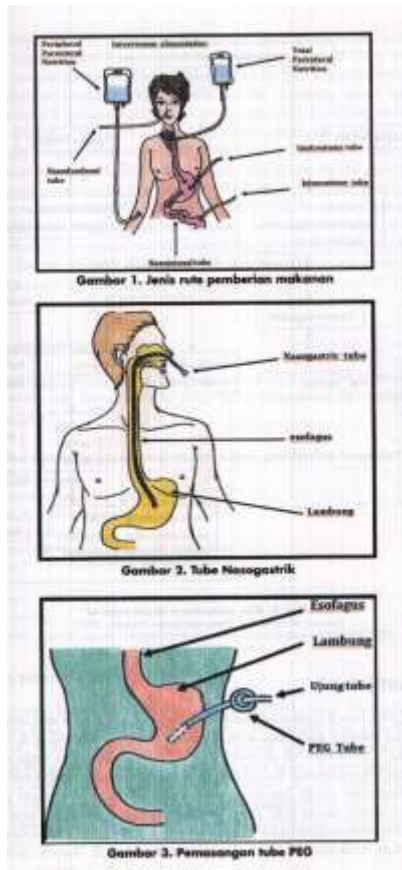
3. Durasi Anticipated PN

- a. Nutrisi Parenteral Kontinue : bila dalam 24 jam nutrisi diberikan secara terus menerus
- b. Nutrisi Parenteral Siklik : bila NP diberikan selama beberapa jam saja (12-16 jam)
(Prawirohartono & Nasar, 2014)

Tabel 4. Menentukan Kebutuhan Energi

Usia	Kebutuhan energi kkal/lg
0-6 bulan	110
6-12 bulan	100
1-3 tahun	100
4-6 tahun	90
7-10 tahun	70
11-14 ahun (perempuan)	47
11-14 tahun (laki laki)	55
15-18 tahun (perempuan)	40
15-18 tahun (laki laki)	45

Sumber : Prawirohartono and Nasar (2014)



Gambar 13. Rute Pemberian Enteral
Sumber : Lestari (2014)

DAFTAR PUSTAKA

- Hakim, N., & Allenidekania, H. H. (2018). Efektivitas Asuhan Keperawatan Pada Anak Kanker Yang Mengalami Gangguan Nutrisi Dengan Menggunakan Teori Levine: Kanker. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 1(1), 1-14.
- Health, W. H. O. R., Organization, W. H., & UNAIDS. (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. World Health Organization.
- IDAI. (2016). *Konsensus Kebutuhan Cairan Pada Anak Sehat*. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Kusnanto. (2016). *Modul Pembelajaran Pemenuhan Cairan dan Elektrolit*. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Lestari, E. D. (2014). Nutrisi Enternal. In D. R. Sjarif, E. D. Lestari, M. Mexitalia, & S. S. Nasar (Eds.), *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik* (pp. 51-79). IDAI.
- Naveed, M., Manjunath, C., & Sreenivas, V. (1992). An autopsy study of relationship between perinatal stomach capacity and birth weight. *Indian Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Indian Society of Gastroenterology*, 11(4), 156-158.
- Prawirohartono, E. P., & Nasar, S. s. (2014). Nutrisi Parenteral. In D. R. Sjarif, E. D. Lestari, M. Mexitalia, & S. S. Nasar (Eds.), *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. IDAI.
- Sidik, N. A. (2009). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit. Pedoman Bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama di Kabupaten/Kota* (H. Roespandi & W. Nurhamzah, Eds.). WHO Indonesia dan Departemen Kesehatan RI.
- Sjarif, D. R., Nasar, S. S., Devaera, Y., & Tanjung, C. F. (2011). *Pediatric Nutrition Care*. UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik.

BAB 8

HOSPITALISASI PADA ANAK DAN KELUARGA

Oleh Yofa Anggriani Utama

8.1 Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah kecemasan yang dialami anak saat anak dirawat inap, dimana terjadi perpisahan anak dengan keluarga. Anak harus tinggal di rumah sakit untuk menjalani semua prosedur yang ada di rumah sakit, menjalani perawatan serta terapi. Lingkungan rumah membuat anak dan orang tua menjadi stres.

Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stressor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarga. Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan.

8.2 Trauma Hospitalisasi

Hospitalisasi menyebabkan anak mengalami trauma disebabkan oleh lingkungan rumah sakit yang masih asing meliputi:

- a. Lingkungan fisik rumah sakit
- b. Sikap dan pakaian tenaga kesehatan
- c. Alat – alat yang digunakan dalam perawatan pasien
- d. Lingkungan sosial antara sesama pasien

Hospitalisasi dapat menyebabkan kecemasan dan stres pada semua tingkat usia. Peran perawat dalam menimbulkan stres akibat hospitalisasi pada anak adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep stres hospitalisasi. Faktor yang mempengaruhi trauma anak terhadap penyakit yaitu : jumlah pemisahan dari orang tua, umur, tingkat perkembangan, tingkat kognitif,

pengalaman sebelum dirawat, komunikasi, temperamen, keterampilan, koping bawaan, keseriusan penyakit, reaksi orang tua terhadap penyakit.

8.3 Faktot Stres Anak Menjalani Hospitalisasi

Beberapa faktor yang dapat menimbulkan stres ketika anak menjalani hospitalisasi adalah :

a. Faktor Lingkungan

Rumah sakit dapat menjadi suatu tempat yang menakutkan dilihat dari sudut pandang anak-anak, suasana rumah sakit yang tidak familiar, wajah – wajah yang asing, berbagai macam bunyi dari mesin yang digunakan, dan bau yang khas bagi anak ataupun orang tua.

b. Faktor perpisahan dengan orang yang sangat berarti

Berpisah dengan suasana rumah sendiri, benda – benda yang familiar digunakan sehari – hari, juga rutinitas yang biasa dilakukan dan juga berpisah dengan anggota keluarga lainnya.

c. Faktor kurangnya informasi yang didapat anak dan orang tuanya ketika akan menjalani hospitalisasi. Hal ini dimungkinkan mengingat proses hospitalisasi merupakan hal yang tidak umum dialami oleh semua orang. Proses ketika menjalani hospitalisasi juga merupakan hal yang rumit dengan berbagai prosedur yang dilakukan

d. Faktor kehilangan kebebasan dan kemandirian aturan ataupun rutinitas rumah sakit, prosedur medis yang dijalani seperti tirah baring, pemasangan infus dan lain sebagainya sangat mengganggu kebebasan dan kemandirian anak yang sedang dalam taraf perkembangan.

e. Faktor pengalaman yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, semakin sering seorang anak berhubungan dengan rumah sakit, maka semakin kecil bentuk kecemasan atau malah sebaliknya.

f. Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit, khususnya perawat, mengingat anak masih memiliki

keterbatasan dalam perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi. Perawat merasakan hal yang sama ketika berkomunikasi, berinteraksi dengan pasien anak yang menjadi sebuah tantangan dan dibutuhkan sensitifitas yang tinggi serta lebih kompleks dibandingkan dengan pasien dewasa.

Hospitalisasi dapat dianggap sebagai suatu pengalaman yang mengancam dan merupakan sebuah stressor, serta dapat menimbulkan krisis bagi anak dan keluarga. Hal ini mungkin terjadi karena anak tidak memahami mengapa dirawat, stres dengan adanya perubahan akan status kesehatan, lingkungan dan kebiasaan sehari – hari dan keterbatasan mekanisme koping.

8.4 Manfaat Hospitalisasi

Meskipun hospitalisasi dapat menyebabkan stress pada anak, hospitalisasi juga dapat memberikan manfaat yang baik, antara lain menyembuhkan anak, memberikan kesempatan kepada anak untuk mengatasi stress dan merasa kompetensi dalam kemampuan koping serta dapat memberikan pengalaman bersosialisasi dan memperluas dan memperluas hubungan interpersonal.

Dengan menjalani rawat inap atau hospitalisasi dapat menangani masalah kesehatan anak, meskipun dapat menimbulkan krisis. Adapun manfaat psikologis selain diperoleh anak juga diperoleh oleh anak dapat memperkuat koping keluarga dan memunculkan strategi koping baru. Manfaat psikologi ini perlu ditingkatkan dengan melakukan berbagai antaralain yaitu :

- a. Membantu mengembangkan hubungan orang tua dan anak
Kedekatan orang tua dengan anak akan nampak ketika anak dirawat di rumah sakit, kejadian yang dialami ketika anak harus menjalani hospitalisasi dapat menyadarkan orang tua dan memberikan kesempatan kepada orang tua untuk memahami anak – anak yang bereaksi terhadap stress, sehingga orang tua lebih memberikan dukungan kepada anak untuk siap menghadapi pengalaman di rumah sakit serta

- memberikan pendampingan kepada anak setelah pemulangan.
- b. Menyediakan kesempatan belajar
Sakit dan harus menjalani rawat dapat memberikan kesempatan belajar baik bagi anak maupun orang tua tentang tubuh mereka dan profesi kesehatan. Anak-anak yang lebih besar dapat belajar tentang penyakit dan memberikan pengalaman terhadap profesi kesehatan sehingga dapat membantu dalam memilih pekerjaan yang nantinya akan menjadi keputusannya. Orang tua dapat belajar tentang kebutuhan anak untuk kemandirian, kenormalan dan keterbatasan. Bagi anak dan orang tua, keduanya dapat menemukan sistem support yang baru dari staf rumah sakit.
 - c. Meningkatkan penguasaan diri
Pengalaman yang dialami ketika menjalanihospitalisasi dapat memberikan kesempatan untuk meningkatkan penguasaan diri anak. Anak akan menyadari bahwa mereka tidak disakiti/ ditinggalkan tetapi mereka akan menyadari bahwa mereka dicintai , dirawat dan diobati dengan suatu kebanggaan bahwa mereka memiliki pengalaman hidup yang baik.
 - d. Menyediakan lingkungan sosialisasi
Hospitalisasi dapat memberikan kesempatan baik kepada anak maupun orang tua untuk penerimaan sosial. Mereka akan merasa bahwa krisis yang dialami tidak hanya oleh mereka sendiri tetapi ada orang-orang lain yang juga merasakannya. Anak dan orang tua akan menemukan kelompok sosial baru yang memiliki masalah yang sama, sehingga memungkinkan mereka akan saling berinteraksi, bersosialisasi dan berdiskusi tentang keprihatinan dan perasaan mereka serta mendorong orang tua untuk membantu dan mendukung kesembuhan anak.

8.5 Reaksi Hospitalisasi

Anak bereaksi terhadap tekanan yang terjadi selama dirawat dan setelah dirawat dirumah sakit. Stressor utama dari hospitalisasi antara lain adalah :

- a. Cemas karena perpisahan
- b. Ketakutan
- c. Kehilangan kendali
- d. Perasaan marah, merasa bersalah, kemunduran perkembangan.
- e. Luka pada tubuh dan rasa sakit.

Anak-anak dapat bereaksi terhadap stres hospitalisasi sebelum mereka masuk pemahaman yang terbatas dan mekanisme koping anak dalam mengatasi stres selama anak dirawat. Rawat inap menciptakan serangkaian peristiwa trauma dan stres anak. Kecemasan pada anak, kecemasan akan perpisahan membuat anak gelisah, hal ini akan berdampak buruk saat anak merasa lapar, perilaku anak semakin keras, menagis sulit dihentikan lelah dan tidak enak badan.

8.6 Dampak Hospitalisasi

- a. Gangguan emosional tersebut terkait dengan lama dan jumlah masuk rumah sakit, dan jenis prosedur yang dijalani dirumah sakit. Hospitalisasi berulang dan lama rawat lebih dari 4 minggu dapat berakibat gangguan dimasa yang akan datang.
- b. Gangguan perkembangan juga merupakan dampak negatif lain dari hospitalisasi.

8.7 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Reaksi Anak Terhadap Sakit dan Hospitalisasi

- a. **Perkembangan Usia**
Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak. Pada anak usia sekolah reaksi perpisahan adalah kecemasan karena berpisah dengan orang tua dan kelompok sosialnya. Pasien anak usia sekolah umumnya takut pada dokter dan perawat
- b. **Pola Asuh Keluarga**
Pola asuh keluarga yang terlalu protektif dan selalu memanjakan anak juga dapat mempengaruhi reaksi takut dan cemas anak dirawat ditumah sakit. Beda dengan keluarga yang suka memandirikan anak untuk aktivitas sehari-hari anak akan lebih kooperatif bila dirumah sakit.
- c. **Keluarga**
Keluarga yang terlalu khawatir atau stres anaknya yang dirawat dirumah sakit akan menyebabkan anak menjadi semakin stres dan atkut.
- d. **Pengalaman dirawat dirumah sakit sebelumnya**
Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan dirawa dirumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya apabila anak dirawat dirumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter.
- e. **Support System yang tersedia**
Anak mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya, Anak biasanya akan minta dukungan kepada orang terdekat dengannya misalnya orang tua atau saudaranya. Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama dirawat dirumah sakit, didampingi saat dilakukan treatment padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan saat merasa kesakitan
- f. **Keterampilan koping dalam menangani stressor**

Apabila mekanisme koping anak baik dalam menerima dia harus dirawat dirumah sakit, akan lebih kooperati anak tersebut dalam menjalani perawatan dirumah sakit.

8.8 Dampak Hospitalisasi Pada Anak

Proses hospitalisasi dapat menjadikan pengalaman yang membingungkan dan menegangkan bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka memiliki banyak pertanyaan ketika dijadwalkan untuk menjalani operasi atau rawat inap. Proses hospitalisasi mempengaruhi anak-anak dengan cara yang berbeda, tergantung pada usia, alasan untuk rawat inap mereka, dan temperamen. Temperamen yaitu bagaimana anak bereaksi terhadap situasi baru atau unfamiliar. Adapun reaksi anak terhadap sakit dan proses hospitalisasi sesuai dengan tahap perkembangannya yaitu:

a. Fase lahir sampai 12 bulan

Pada anak usia lebih dari enam bulan terjadi stranger anxiety atau cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya. Reaksi yang sering muncul pada anak usia ini adalah menagis keras, marah, ekspresi wajah yang tidak menyenangkan dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap stranger anxiety.

b. Fase 2 samapai 24 bulan

Respon perilaku anak pada usia ini ada tiga tahap yaitu tahap a). protes, putus asa, dan pengingkaran (*denial*). Pada tahap protes respon yang ditunjukkan adalah menagis kuat, menjerit memanggil orang tua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. b) Tahap putus asa, anak sudah bisa mengontrol tangisannya, menjadi kurang aktif dari pada sebelumnya, kurang menunjukkan minat untuk makan dan bermain, terlihat sedih dan apatis. Anak mulai secara samar menerima perpisahan ketika mencapai tahap pengingkaran. C) Tahap terakhir anak akan mulai membina hubungan secara dangkal dan mulai terlihat menyukai lingkungan baru.

c. Fase 2 sampai 5 tahun

Perawatan anak pada usia ini, anak mengalami stres karena merasakan berada jauh dari rumah dan kehilangan

rutinitas. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia adalah dengan menolak makan, menolak perawatan yang dilakukan, menagis perlahan dan tidak kooperatif terhadap perawat.

d. Fase 5 sampai 12 tahun

Proses hospitalisasi memaksa anak berpisah dengan lingkungannya yang dicintainya, yaitu keluarga dan sekolah (teman – teman). Hal tersebut sangat berpotensi membuat anak menjadi stres, adanya pembatasan aktivitas akibat hospitalisasi membuat anak kehilangan kontrol diri. Hal ini berdampak pada perubahan peran dalam keluarga dan sekelompok sosialnya, perasaan takut terhadap kematian serta adanya kelemahan fisik.

Anak usia sekolah ingin menjadi sangat mandiri dari orang tua mereka. Proses sosialisasi dan hubungan teman sebaya menjadi lebih penting selama usia ini. Anak – anak dalam kelompok usia ini sangat menyadari perubahan tubuh serta penampilan fisik. Mereka sangat sensitif terhadap pemeriksaan tubuh dan mungkin merasa malu. Memberi anak-anak dalam kelompok usia ini privasi mereka selama ini akan menjadi hal yang penting untuk dilakukan.

e. Fase 12 tahun keatas

Ketika dirumah sakit, remaja akan merasa seolah – olah telah kehilangan kontrol penuh dan hidup mereka telah ditahan, mereka merasa seperti telah putus asa dari rutinitas normal dan dari teman – teman serta keluarga. Orang tua diharapkan mendorong remaja untuk membuat keputusan dan mengajukan pertanyaan tentang kondisi atau prosedur perawatan yang akan dijalani mereka.

Kecemasan yang timbul akibat proses hospitalisasi pada anak usia remaja disebabkan adanya perpisahan dengan teman sebaya dan hilangnya privasi diri. Anak pada usia remaja juga menunjukkan reaksi aktif pada pembatasan aktivitas dengan menolak perawatan yang dilakukan dan tidak kooperatif dengan petugas kesehatan, anak juga menarik diri dari keluarga dan sesama pasien dan petugas kesehatan (isolasi).

8.9 Respon Perilaku Anak Akibat Perpisahan

a. Tahap protes (*phase of protest*)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, misalnya menendang, menggigit, memukul, mencubit, mencoba untuk membuat orang tuanya tetap tinggal dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal anak menyerang dengan rasa marah, misalnya mengatakan “pergi”. Perilaku tersebut dapat berlangsung beberapa jam hingga beberapa hari. Perilaku protes tersebut seperti menangis akan terus berlanjut dan berhenti hanya bila anak merasa kelelahan. Pendekatan dengan orang asing yang tergesa – gesa akan meningkatkan protes.

b. Tahap putus asa (*phase of despair*)

Pada tahap ini anak tenang, menangis berkurang, tidak aktif, kurang minat untuk bermain, tidak nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih apatis, dan regresi misalnya mengompol atau mengisap jari. Pada tahap ini kondisi anak mengkhawatirkan karena anak menolak untuk makan, minum atau bergerak.

c. Tahap menolak

Pada tahap ini secara samar – samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan yang ada disekitarnya, dan membina hubungan dengan orang lain. Anak mulai kelihatan gembira. Tahap ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama.

8.10 Reaksi Keluarga terhadap Anak yang Sakit dan Dirawat di Rumah Sakit

a. Reaksi orang tua

Reaksi orang tua terhadap anaknya yang sakit dan dirawat di rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai macam faktor berikut :

- a) Tingkat keseriusan penyakit anak
- b) Pengalaman sebelumnya terhadap sakit dan dirawat di rumah sakit
- c) Prosedur pengobatan
- d) Sistem pendukung yang tersedia
- e) Kekuatan ego individu
- f) Kemampuan dalam penggunaan koping
- g) Dukungan dari keluarga
- h) Kebudayaan dan kepercayaan
- i) Komunikasi dalam keluarga:

- 1) Penolakan atau ketidakpercayaan . Hal ini terjadi terutama bila anak tiba – tiba sakit serius.
- 2) Marah atau merasa bersalah atau keduanya. Setelah mengetahui anaknya sakit, maka reaksi orang tua adalah marah dan menyalahkan dirinya sendiri. Mereka merasa tidak merawat dengan benar. Mereka mengingat kembali tentang hal – hal yang telah mereka lakukan dan kemungkinan dapat mencegah anaknya agar tidak menjadi sakit atau mengingat kembali tentang hal – hal yang menyebabkan anaknya sakit. Jika anaknya dirawat di rumah sakit, orang tua, menyalahkan dirinya sendiri karena tidak dapat menolong mengurangi rasa sakit yang dialami oleh anaknya.
- 3) Takut cemas, dan frustrasi. Ketakutan dan kecemasan dihubungkan dengan tingkat keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis. Frustrasi dihubungkan dengan kurangnya informasi terhadap prosedur dan pengobatan serta tidak familiar dengan peraturan rumah sakit.

- 4) Depresi. Biasanya depresi ini terjadi setelah masa krisisanak berlalu, ibu sering mengeluh merasa lelah, baik fisik maupun mental. Orang tua mulai merasakan khawatir terhadap anak – anak mereka yang lain yang dirawat oleh anggota yang lain, teman, atau tetangga. Hal ini yang membuat orang tua cemas dan depresi adalah mengenai kesehatan anaknya dimasa – masa yang akan datang misalnya efek dari prosedur pengobatan dan biaya pengobatan.
- b. Reaksi saudara (*sibling*)
Reaksi saudara terhadap anak yang sakit dan dirawat dirumah sakit adalah kesepian, ketakutan, khwatir, marah cemburu, benci dan merasa bersalah. Orang tua sering kali mencurahkan perhatiannya lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan anak merasa ditolak.
- c. Penurunan Peran Anggota keluarga
Dampak dari perpisahan dalam peran keluarga adalah kehilangan peran orang tua, saudara, anak cucu. Perhatian orang tua hanya tertuju pada anak yang sakit, saudaranya yang lain menganggap hal tersebut tidak adil Respon tersebut biasanya tidak disadari dan tidak disengaja. Orang tua sering menyalahkan saudara sebagai perilaku antisosial. Sakit akan membuat anak kehilangan kebersamaan mereka dengan anggota keluarga yang lain atau teman sekelompok.

8.11 Upaya – upaya Meminimalkan Dampak Hospitalisasi Oleh Orang Tua

Banyak cara dapat dilakukan orang tua untuk mengatasi tekanan anak yang tinggal dirumah sakit yaitu :

- a. Mempersiapkan anak sebelum hospitalisasi , jika proses hospitalisasi telah direncanakan sebelumnya orang tua dapat membantu anak bersiap – siap dengan pengalaman yang dialami sebelumnya. Orang tua dapat memberikan pengertian yang memadai mengenai perawatan yang dijalani., orang tua juga harus mendorong anak untuk berbicara secara terbuka tentang ketakutan, kecemasan dan kekhawatiran lainnya terhadap proses perawatan yang akan dijalani.
- b. Memperbanyak kunjungan . kunjungan dari orang tua, saudara, teman – teman dan orang terdekat lainnya akan berdampak positif terhadap perawatan anak. Kunjungan yang dilakukan membuat anak tetap terhubung dengan dunia luar sehingga membuatnya tidak terisolasi. Orang tua juga harus menjamin bahwa anak tidak akan sendirian selama menjalani proses hispitalisasi, anak harus tahu bahwa orang tua dan anggota keluarga lain akan berada dirumah sakit sesring mungkin dan bahwa para perawat serta dokter akan tersedia setiap saat.
- c. Membawa benda favorit dari rumah , membawa hal – hal favorit dari rumah, seperti mainan, boneka atau benda kesayangan anak lainnya akan membantu kenyamanan anak selama proses hospitalisasi. Bila anak merasa nyaman selama proses hospitalisasi , maka perawatan yang dilakukan dapat membuahkan hasil yang optimal.
- d. Bermain sebisa mungkin, anak – anak dirumah sakit harus didorong untuk bermain. Bermain dapat menjauhkan pikiran anak dari rasa sakit, kecemasan dan penyakit pada umumnya, bermain juga membantu anak tetap mendapatkan stimulan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan, hal ini mendorong perkembangan anak normal.

8.12 Manfaat perawatan berpusat pada keluarga

Adapun manfaat implementasi perawatan berpusat pada keluarga sebagai berikut ;

- a. Perawatan berpusat pada keluarga dapat meningkatkan hasil perawatan pasien dan keluarga. Kualitas perawatan berpusat pada keluarga yang tinggi berkaitan dengan keluarga penurunan signifikan angka kunjungan anak dalam kondisi gawat darurat. Keberadaan keluarga selama prosedur perawatan kesehatan akan menurunkan kecemasan bagi anak dan orang tua.
- b. Meningkatkan pengalaman pasien dan keluarga
- c. Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga
- d. Membangun kekuatan anak keluarga
- e. Meningkatkan kepuasan profesional
- f. Menurunkan biaya perawatan.

8.13 Peran Keluarga Dalam Proses Hospitalisasi

Adapun peran keluarga dalam perawatan anak di rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Menerima kondisi anak
Cara mengartikan dari kondisi sakit anaknya dan mengembangkan coping yang konstruktif. Untuk itu praktik menjalankan agama dan ibadah sangat bermanfaat untuk mengembangkan coping yang konstruktif.
- b. Mengelola kondisi anak
Hal yang positif dilakukan adalah dengan cara membina hubungan dengan positif dengan petugas kesehatan sehingga dapat menggunakan sumber daya yang ada pada mereka dan dapat memahami kondisi anak dengan baik. Orang tua perlu disosialisasikan dengan sistem pelayanan yang ada.
- c. Memenuhi kebutuhan perkembangan anak
Keluarga dapat menjelaskan tugas ini dengan cara membantu menurunkan dampak negatif dari kondisinya, mengasuh anak sebagaimana biasanya dan memperlakukan anak seperti anak lain yang ada di rumah.
- d. Memenuhi kebutuhan perkembangan anak di rumah

Hal ini dapat dicapai dengan mempertahankan hubungan antara untuk mengembangkan kondisi anak di rumah sakit dan di rumah, walaupun waktu tertentu anak di rumah sakit menjadi prioritas utama.

- e. Menghadapi stresor dengan positif.
Keluarga harus mencegah adanya penumpukan stres yang ada pada keluarga dengan mengembangkan koping yang positif yaitu ke arah pemecahan masalah. Hal ini dapat dilakukan adalah dengan mengklarifikasi masalah dan tugas yang dapat dikelola, dan dapat menurunkan reaksi emosi. Untuk itu penting sekali adanya keyakinan spiritual keluarga yang menguatkan harapan dan keyakinan untuk memecahkan setiap masalah secara positif.
- f. Membantu keluarga untuk mengelola perasaan yang ada
Orang tua harus belajar mengelola perasaan anggota keluarga. Cara yang dapat dilakukan adalah mengidentifikasi perasaan, mencari dukungan positif. Apabila ada kelompok orang tua yang mempunyai masalah anak yang sama, hal ini sangat membantu sebagai tempat berbagai perasaan dan pengalaman.
- g. Mendidik anggota keluarga yang lain tentang kondisi anak yang sedang sakit.
Orang tua harus memiliki pemahaman yang tepat tentang kondisi anak, sehingga dapat memberikan pengertian pada anggota keluarga yang lain tentang kondisi anaknya yang sakit dan memiliki koping yang positif
- h. Mengembangkan sistem dukungan sosial.
Upaya ini dapat dilakukan dengan cara membuat jaringan kerjasama dengan anggota keluarga yang lain, kerabat atau kawan, dan menggunakan jaringan kerjasama sebagai sumber pemecahan masalah.

8.14 Memberikan Dukungan Pada Anggota Keluarga

Perawat dapat mendiskusikan dengan tentang kebutuhan anak untuk membantu orang tua. Mengidentifikasi alasan spesifik dari perasaan dan respon terhadap stres dan memberiakan kesempatan kepada orang tua untuk mengurangi beban emosi.

a. Memberikan informasi

Salah satu intervensi keperawatan yang penting adalah memberikan informasi sehubungan dengan penyakit, prosedur pengobatan dan prognosis, reaksi emosional anak terhadap sakit dan dirawat, serta reaksi emosional anggota keluarga terhadap anaknya yang sakit dan dirawat.

b. Melibatkan saudara

Keterlibatan saudara sangat penting untuk mengurangi stres pada anak, misalnya keterlibatan dalam program bermain, mengunjungi saudara yang sakit secara teratur.

8.15 Menyiapkan anak untuk Hospitalisasi

Ketakutan yang timbul biasanya disebabkan oleh tidak mempunyai pengalaman dirawat atau ketidaktahuan tentang prosedur tindakan. Bila anak tidak mempunyai coping yang efektif, hal tersebut akan menimbulkan stres. Hal tersebut dapat dicegah dengan memberikan penjelasan kepada anak dengan cara membawa anak berkeliling di rumah sakit atau dapat dijelaskan melalui pertunjukan boneka. Pada waktu anak didaftarkan untuk dirawat, perawat menjelaskan prosedur – prosedur yang akan dilakukan pada anak.

8.16 Mencegah atau meminimalkan Dampak dari Perpisahan

- a. Rooming in adalah orang tua dan anak tinggal bersama, Jika tidak bisa sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak/ komunikasi antara orang tua dan anak.
- b. Partisipasi orang tua
Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anaknya yang sakit terutamadalam perawatan yang bisa dilakukan misalnya memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan pada anak atau memandikan. Perawat berperan sebagai pemberi pendidikan kesehatan terhadap keluarga.
- c. Membuat ruang perawatan seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster/ kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruang tersebut.

8.17 Konsep bermain sebagai intervensi keperawatan anak.

Bermain merupakan gambaran kemampuan fisik intelektual, emosional, social, dan merupakan alat yang baik untuk belajar karena dengan bermain anak akan belajar berkata – kata, menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan yang dapat dilakukan, mengenal waktu, jarak dan suara, bermain merupakan proses alamiah yang dapat mendukung kesehatan fisik dan psikologi anak dalam masa pertumbuhannya.

Fungsi utama bermain adalah bermain dapat merangsang perkembangan sensorik – motorik, perkembangan kreativitas, perkembangan social, perkembangan kesadaran diri, perkembangan moral dan bermain sebagai terapi. Adapun manfaat bermain sebagai berikut :

- a. *Learning by planning.*

Bermain dapat melatih keseimbangan motorik kasar dan halus. Motorik kasar seperti keseimbangan anak dalam berlari, sedangkan motorik halus seperti keseimbangan anak dalam menulis. Motorik kasar dan halus yang

seimbang sangat mendukung bagi perkembangan psikologis anak.

b. Perkembangan otak kanan anak

Otak kanan memberikan kemampuan perasaan anak terhadap kenyataan yang sesungguhnya akan diri anak, anak dapat merasakan sesuatu yang dapat membuat nyaman atau tidak nyaman terhadap diri dan lingkungannya.

c. Mengembangkan pola berinteraksi dan emosi anak.

Bermain dapat mengajarkan bagaimana anak berinteraksi dengan teman sebayanya dengan berbagai macam – macam karakter yang tidak sama. Bermain mengajarkan anak menghadapi rasa takut dan ditolak oleh temannya. Bermain mengenalkan anak akan rasa takut, sedih, gembira dan bahagia serta rasa marah. Hal ini mengajarkan anak bagaimana cara mencari jalan keluar terhadap perasaan tersebut.

d. Belajar arti memberi dan menerima.

Bermain dapat memberikan anak pelajaran tentang bersedekah misalnya anak akan saling meminjam mainan dan menghargai setiap pemberian temannya.

e. Melatih rasa dan sikap percaya diri

Percaya pada orang lain kemampuan memecahkan masalah. Rasa percaya diri dan mampu mempercayai temannya akan memberikan manfaat baik bagi anak, anak akan lebih mudah mendapatkan cara dalam memecahkan masalah karena mendapatkan dukungan dari temannya.

Bermain merupakan salah satu intervensi keperawatan untuk mengurangi dampak hospitalisasi. Bermain juga menjadi suatu kebutuhan bagi anak baik dalam keadaan sakit atau sehat. Bermain menjadi media untuk anak mampu bekerjasama dengan perawat selama dalam perawatan. Bermain terapeutik yang mempunyai dasar bahwa bermain bagi anak merupakan kegiatan yang sehat bagi proses tumbuh kembang anak, dengan bermain anak menggali mengekspresikan perasaan dan pikiran serta mengalihkan perasaan nyeri dan relaksasi. Oleh sebab itu

bermain menjadi bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan pada anak selama dalam perawatan.

Adapun prinsip bermain dirumah sakit, dalam melakukan aktivitas bermain untuk anak yang dirawat dirumah sakit, perawat hendaknya memperhatikan prinsip bermain sebagai berikut :

- a. Tidak banyak energi, singkat dan sederhana.
- b. Mempertimbangkan keamanan dan infeksi silang
- c. Kelompok umur yang sama
- d. Permainan tidak bertentangan dengan pengobatan
- e. Semua alat permainan dapat dicuci.
- f. Melibatkan orang tua.

DAFTAR PUSKATA

- Anisa Oktiawati, Khodijah, Ikawati Setyaningrum, R. C. D. (2017). *Teori dan Konsep Keperawatan Pediatrik* (Pertama). Jakarta.
- Heri Saputro, I. F. (2017). *Anak Sakit Wajib Bermain di Rumah Sakit*. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan.
- Lia Kartika, Murti Ani, Ria Mariyana, Andi Yudianto, Sugih Wijayanti, Monalisa Sitompul, Ana Farida uLfa, D. H. P. (2021). *Keperawatan Anak Dasar* (1st ed.). Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Liza Putri, S. I. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Anak* (1st ed.). Sumatera Barat: Insan Cendekia Mandiri.
- Nurlaila, Wuri Utami, T. C. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: leutika prio.
- Rekawati Susilaningrum, Nursalam, S. U. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak* (2nd ed.). Jakarta: Salemba medika.
- Simon, M. G. (2021). *Keperawatan Anak (Masalah Kesehatan Pada Anak Dengan Pendekatan Proses Keperawatan* (1st ed.). Yogyakarta: Rizmedia Pustaka Indonesia.

BAB 9

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

Oleh Lamria Situmeang

9.1 Pendahuluan

9.2 Latar Belakang

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) merupakan suatu pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus pada kesehatan anak usia 0-59 bulan (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan atau cara penatalaksanaan balita sakit. Konsep pendekatan MTBS yang pertama kali diperkenalkan oleh organisasi kesehatan dunia WHO (*World Health Organizations*) merupakan suatu bentuk strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan bayi dan anak balita di negara-negara berkembang.

Tercatat pada tahun 2017 sebanyak 5,4 juta kematian anak di dunia terjadi pada usia dibawah 5 tahun. Persentase kejadian tersebut meningkat dari tahun-tahun sebelumnya, tahun 1990 sebesar 40%, tahun 2000 41%, dan tahun 2017 47%. Melalui data tersebut didapatkan bahwa 2,5 juta kematian terjadi pada masa neonatus, 1,6 juta pada usia 1-11 bulan, dan 1,3 juta pada usia 1-4 tahun. Kesimpulannya adalah 75,9% dari angka kematian anak terjadi pada masa bayi yaitu 0 sampai 11 bulan (UN IGME, 2018). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 mengungkapkan, Angka Kematian Bayi (AKB) dalam kurun waktu 5 tahun belakangan adalah 1 dari 42 anak di Inonesia meninggal sebelum ulang tahun pertamanya.

Pemerintah Indonesia juga melakukan upaya dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2013 mengenai Penyelenggaraan Manajemen

Terpadu Balita Sakit (MTBS) Berbasis Masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan tersebut memuat paket pelayanan kesehatan khusus untuk bayi muda dengan usia 0-2 bulan atau paket pelayanan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). MTBM merupakan salah satu komponen dari MTBS, dimana digunakan sebagai pedoman pada penanganan bayi muda, baik bayi dalam keadaan sehat maupun sakit. Penanganan atau tatalaksana ini diberikan pada kunjungan neonatal (Kemenkes RI, 2013). Paket untuk bayi muda adalah perawatan esensial bayi baru lahir, pengenalan tanda bahaya bayi baru lahir serta persiapan rujukan, penatalaksanaan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), dan penatalaksanaan infeksi pada bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2014).

9.3 Pengertian MTBS

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah pendekatan yang utuh untuk penatalaksanaan balita sakit yang datang berkunjung ke fasilitas kesehatan dasar yang terdiri dari kuratif penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi, dan Usaha promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling tentang pemberian makanan untuk tujuan mengurangi angka kematian bayi dan anak balita serta menekan morbiditas karena penyakit bagi yaitu anak umur 0-5 tahun (tidak termasuk umur 5 tahun).

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI dalam Bahasa Inggris) merupakan suatu pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit usia 0-5 tahun secara menyeluruh (Maryunani, 2014).

Menurut Maryunani (2014): (1) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu bentuk manajemen yang dilakukan secara terpadu, tidak terpisah : Dikatakan terpadu dan terintegrasi karena bentuk manajemen atau pengelolaannya dilaksanakan secara Bersama dna penanganan kasusnya tidak terpisah-pisah, yang meliputi manajemen anak sakit, pemberian nutrisi, pemberian imunisasi, pencegahan penyakit, dan promosi untuk tumbuh-kembang; Disamping itu

juga, pelaksanaan MTBS yang terpadu ini sangat cocok untuk balita yang berobat ke puskesmas Sejarah Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) WHO dan UNICEF meresmikan Integrated Management of Childhood Illness (IMCI).

9.4 Sejarah Terbentuknya MTBS

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan pelayanan terhadap balita sakit yang dikembangkan oleh WHO. Dengan MTBS dapat ditangani secara lengkap kondisi kesehatan balita pada tingkat pelayanan kesehatan dasar, yang memfokuskan secara integrative aspek kuratif, preventif dan promotif termasuk pemberian nasihat kepada ibu sebagai bagian dari pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan anak. Pemberian antibiotika sangat selektif sesuai klasifikasi dan dapat dan dapat membatasi beberapa klasifikasi yang akhirnya dapat menekan biaya pengobatan. Melihat keunggulan tersebut maka dapatlah dimengerti mengapa Indonesia termasuk salah satu pengguna dini dari pendekatan MTBS ini, bahkan Indonesia sekarang sudah sampai tahap pematapan implementasi.

Pendekatan MTBS mulai diluncurkan oleh WHO pada tahun 1994 yang merupakan hasil kerjasama WHO dengan UNICEF serta lembaga lainnya. Sebelum pendekatan MTBS ini dipakai setiap negara dianjurkan untuk melakukan adaptasi terhadap bahan dan metode pelatihan. WHO telah menerbitkan petunjuk pelaksanaan adaptasi agar negara pelaksana lebih mudah melaksanakannya. Secara umum digariskan oleh WHO agar adaptasi dilakukan menjamin semua penyakit yang paling sering diderita balita, maka petugas kesehatan terdepan harus dapat menanganinya. Begitu pula adaptasi tersebut harus sejalan dengan kebijakan nasional serta kebijakan program dan dapat diimplementasikan pada sistem kesehatan yang sudah ada. Negara pengguna pendekatan MTBS dibenarkan untuk melakukan adaptasi lokal demi efektifitas dan efisiensi tetapi sampai tingkat tertentu pendekatan MTBS ini terstandarisasi, mulai dari bahan, metode, perangkat pelatihan serta cara, alat, monitoring dan evaluasi. Pendekatan MTBS ini dirancang

menurunkan angka kematian balita di negara sedang berkembang.

9.5 Tujuan MTBS

Tujuan dari MTBS

1. Mengurani angka morbiditas dan kesakitan penyakit yang dialami balita.
2. Menunjang bagi pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak.

9.6 Penilaian dan Klasifikasi Anak Sakit

- a. MTBS dilaksanakan untuk memeriksa tanda-tanda bahaya umum seperti:
 - ❖ Apakah Balita bisa minum/menyusu?
 - ❖ Apakah Balita selalu memuntahkan semuanya?
 - ❖ Apakah Balita menderita kejang ?
 - ❖ Kemudian petugas akan melihat/memeriksa apakah anak tampak tidak sadar letargis/?
- b. Setelah itu petugas kesehatan akan menanyakan keluhan utama lain:
 - ❖ Apakah Balita menderita batuk atau sukar bernafas?
 - ❖ Apakah Balita menderita diare?
 - ❖ Apakah Balita demam?
 - ❖ Apakah Balita mempunyai masalah telinga?
 - ❖ Melakukan Kondisi gizi
 - ❖ Melakukan Pemeriksaan Hb terkait anemia
 - ❖ Pemeriksaan kondisi imunisasi
 - ❖ Mengecek status pemberian vitamin A
 - ❖ Mengidentifikasi masalah/keluhan-keluhan lain

Sesuai dengan perihal diatas , maka petugas Kesehatan atau kader terlatih akan mengklasifikasi keluhan/penyakit anak, selanjutnya petugas melakukan langkah-langkah tindakan/pengobatan yang telah ditetapkan dalam penilaian/klasifikasi. Tindakan yang dilakukan dapat berupa:

- a. Menjelaskan pada ibu tentang cara pemberian obat oral di rumah
- b. Menjelaskan pada ibu tentang cara mengobati infeksi lokal di rumah
- c. Memberitahukan kepada ibu tentang aturan-aturan perawatan anak sakit di rumah, misal aturan penanganan diare di rumah
- d. Melakukan konseling bagi ibu, misal: anjuran pemberian makanan selama anak sakit maupun dalam keadaan sehat
- e. Mengingatkan pada ibu kapan harus kembali lagi

Wajib di ketahui, untuk bayi yang berusia s/d 2 bulan, dipakai penilaian dan klasifikasi bagi Bayi Muda (0-2 bulan) menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) yang menjadi bagian dari MTBS. Penilaian dan klasifikasi diberikan dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang penting yang terkait dengan Menilai batuk atau sukar bernapas dan klasifikasinya, menilai diare dan klasifikasinya, menilai demam dan klasifikasinya, serta menilai masalah telinga dan klasifikasinya.

1. Menilai batuk atau sukar bernapas dan klasifikasinya

Jika sudah memeriksa tanda bahaya umum, ditanyakan kepada ibu apakah mengalami batuk atau sukar bernapas, bila balita batuk atau sukar bernapas, sudah berapa lama, menghitung frekuensi napas, memeriksa adanya tarikan dinding dada bawah ke dalam, memeriksa dan mendengar adanya wheezing dan melihat dan dengar adanya stridor.

- a. Ini adalah hal yang dapat dikaji Pada Anak yang mengalami batuk, sesak dan sukar bernapas
 - ❖ Apakah balita mengalami SUKAR BERNAPAS ?
 - ❖ Berapa lama?
 - ❖ Hitung napas dalam 1 menit
 - ❖ Perhatikan apakah ada tarikan dinding dada ke dalam
 - ❖ Mengukur kondisi oksigen dengan menggunakan oxymeter, selanjutnya menetapkan klasifikasi apakah balita mengalami pneumonia berat, pneumonia atau batuk bukan pneumonia.

- ❖ Nafas cepat pada anak
 - Umur < 2 bulan : > 60 kali
 - Umur 2 – 11 bulan : > 50 kali
 - Umur 1 – 5 tahun : > 40 kali
 - Umur > 5 tahun : > 30 kali
- ❖ Tatalaksana
 - Anak di rawat jalan
 - Beri antibiotik: Kotrimoksazol (4 mg TMP/kg BB/kali) 2 kali sehari selama 3 hari atau Amoksisilin (25 mg/kg BB/kali) 2 kali sehari selama 3 hari.
 - Untuk pasien HIV diberikan selama 5 hari.

2. Menilai diare dan klasifikasinya

Banyak balita yang pernah terkena ,bila anak mengalami diare maka petugas harus bertanya kepada ibu apakah anak menderita diare, bila anak diare, tanyakan sudah berapa lama, apakah feses bercampur darah

Selanjutnya memeriksa kondisi umum anak, apakah anak letargis atau tidak sadar, apakah anak gelisah dan rewel/mudah marah; melihat apakah mata anak cekung, mengidentifikasi upaya anak untuk minum: apakah anak tidak bisa minum atau malas minum, apakah anak haus minum dengan lahap; melakukan pemeriksaan dengan cubitan pada bagian kulit perut melihat turgor: apakah kembalinya sangat lambat (lebih dari 2 detik) atau lambat. Setelah penilaian didapatkan tanda dan gejala diare, kemudian diklasifikasikan apakah anak mengalami dehidrasi berat, ringan/sedang, tanpa dehidrasi, diare persisten berat, diare persisten atau disentri.

a. Tata laksana pada Anak dengan Diare

Tatalaksana Anak dirawat jalan

- Ajari ibu mengenai 4 aturan untuk perawatan di rumah :
- beri cairan tambahan - beri tablet Zinc
- Lanjutkan pemberian makan - nasihati kapan harus kembali

- Beri cairan tambahan
- Jika anak masih mendapat ASI, nasihati ibu untuk menyusui anaknya lebih sering dan lebih lama pada setiap pemberian ASI.
- Jika anak mendapat ASI eksklusif
- Beri larutan oralit atau air matang sebagai tambahan ASI dengan menggunakan sendok.
- Setelah diare berhenti, lanjutkan kembali ASI eksklusif kepada anak, sesuai dengan umur anak.
- Pada anak yang tidak mendapat ASI eksklusif
 - ✚ Beri larutan oralit
 - ✚ Cairan rumah tangga (seperti sup, air tajin, dan kuah sayuran)
 - ✚ air matang

3. Menilai demam dan klasifikasinya.

Pada anak balita sering sekali mengalami yang namanya demam. Bila anak demam wajib kita bertanya kepada ibu apakah anak demam, kemudian periksa apakah anak teraba panas atau mengukur suhu tubuh dengan termometer. Anak dikatakan demam bila badan anak teraba panas atau jika suhu badan 37,5 derajat celsius atau lebih. Bila anak demam, tentukan daerah resiko malaria: beresiko tinggi, beresiko rendah atau tanpa beresiko malaria. bila daerah beresiko rendah atau tanpa beresiko malaria, bisa di tanyakan apakah anak pernah berkunjung keluar daerah ini dalam 2 minggu terakhir. Bila ya, apakah dari beresiko tinggi atau beresiko rendah malaria selanjutnya tanyakan sudah berapa lama anak demam. bila lebih dari 7 hari apakah demam di alami setiap hari, periksa dan raba apakah ada kaku kuduk, identifikasi adanya pilek, apakah anak mengalami campak dalam 3 bulan terakhir, identifikasi adanya tanda-tanda campak: ruam kemerahan di seluruh kulit dan ada salah satu gejala berikut: batuk, pilek atau mata merah.

Selanjutnya klasifikasikan apakah anak mengalami penyakit berat dengan demam, malaria atau demam mungkin bukan malaria. Bila anak menderita campak saat ini atau 3

bulan terakhir: periksa ada luka di mulut, apakah lukanya dalam atau luas, periksa apakah mata bernanah, periksa apa terjadi kekeruhan pada kornea mata. Selanjutnya klasifikasikan apakah anak mengalami campak, campak dengan komplikasi berat, atau campak dengan komplikasi pada mata atau mulut. Bila demam kurang dari 7 hari, di Tanya apakah anak mengalami perdarahan dari hidung atau gusi yang cukup berat, apakah anak muntah: sering, muntah dengan darah atau seperti kopi; apakah berak bercampur darah atau berwarna hitam; apakah ada nyeri ulu hati atau anak gelisah; periksa adanya perdarahan dari hidung atau gusi yang berat, bintik perdarahan di kulit (petekie), periksa tanda-tanda syok yaitu ujung ekstremitas terasa dingin dan nadi sangat lemah atau tak teraba. Selanjutnya klasifikasikan apakah anak menderita Demam Berdarah Dengue (DBD), mungkin DBD atau demam mungkin bukan DBD.

a. Tatalaksana Anak Dengan Demam Berdarah Dengue Tanpa Syok

❖ Anak dirawat di rumah sakit

- Usahakan anak banyak minum larutan oralit atau jus buah, air tajin, air sirup, susu, untuk mengganti cairan yang hilang akibat kebocoran plasma, demam, muntah/diare.
- Bila anak demam bisa di berikan paracetamol untuk menurunkan panas
- Tidak boleh mengkonsumsi asetosal atau ibuprofen karena obat-obatan ini dapat merangsang terjadinya perdarahan.
- Pasangkan infus sesuai dengan dehidrasi sedang:
 - ✚ Berikan hanya larutan isotonik seperti Ringer laktat/asetat
 - ✚ Kebutuhan cairan parenteral
 - ✓ Berat badan < 15 kg : 7 ml/kgBB/jam
 - ✓ Berat badan 15-40 kg : 5 ml/kgBB/jam
 - ✓ Berat badan > 40 kg : 3 ml/kgBB/jam
 - ✚ Mengukur tanda vital dan diuresis setiap jam, serta pemeriksaan laboratorium (hematokrit, trombosit, leukosit dan hemoglobin) tiap 6 jam

- ✚ Jika terjadi penurunan hematokrit dan klinis membaik, turunkan jumlah cairan secara bertahap sampai keadaan stabil.
- ✚ Cairan intravena biasanya hanya memerlukan waktu 24–48 jam sejak kebocoran pembuluh kapiler spontan setelah pemberian cairan.
- ✚ Jika terjadi perburukan klinis berikan tatalaksana sesuai dengan tata laksana syok terkompensasi (compensated shock).

b. Tatalaksana Demam Berdarah Dengue dengan Syok

Tata laksana anak dengan gawat darurat.

- ❖ Melakukan pemasangan oksigen 2-4 L/menit secara nasal.
- ❖ Memberikan 20 ml/kg larutan kristaloid seperti Ringer laktat/asetat secepatnya.
- ❖ Bila tidak ada perubahan klinis, bisa memberikan ulang kristaloid 20 ml/kgBB secepatnya (maksimal 30 menit) atau pertimbangkan pemberian koloid 10-20ml/kgBB/jam maksimal 30 ml/kgBB/24 jam.
- ❖ Bila perbaikan klinis tidak ada tetapi hematokrit dan hemoglobin menurun pertimbangkan terjadinya perdarahan tersembunyi; berikan transfusi darah/komponen.
- ❖ Jika ada perubahan klinis yang baik (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi hingga 10 ml/kgBB/jam dalam 2-4 jam dan secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai kondisi klinis dan laboratorium.
- ❖ Terkait banyaknya kasus yang terjadi, cairan intravena dapat dihentikan setelah 36-48 jam. Ingatlah banyak kematian terjadi karena pemberian cairan yang terlalu banyak daripada pemberian yang terlalu sedikit.
- ❖ Tatalaksana komplikasi perdarahan Jika terjadi perdarahan berat segera beri darah bila mungkin.
- ❖ Jika tidak, beri koloid dan segera rujuk.

- ❖ Kelebihan cairan bisa menjadi penyebab komplikasi penting dalam penanganan syok, bisa terjadi karena:
 - kelebihan dan/atau pemberian cairan yang terlalu cepat
 - penggunaan jenis cairan yang hipotonik
 - pemberian cairan intravena yang terlalu lama
 - pemberian cairan intravena yang jumlahnya terlalu banyak dengan kebocoran yang hebat ; Tanda awal:
 - napas cepat
 - tarikan dinding dada ke dalam
 - efusi pleura yang luas
 - asites
 - edema peri-orbital atau jaringan lunak

c. Tatalaksana Demam Typoid

- ❖ Memberikan kloramfenikol (50-100 mg/kgBB/hari dibagi dalam 4 dosis per oral atau intravena) selama 10-14 hari
- ❖ Pemberian kloramfenikol, dipakai amoksisilin 100 mg/kgBB/ hari peroral atau ampicilin intravena selama 10 hari, atau kotrimoksazol 48 mg/kgBB/hari (dibagi 2 dosis) peroral selama 10 hari.
- ❖ Kalau keadaan klinis tidak mengalami perbaikan digunakan generasi ketiga sefalosporin seperti seftriakson (80 mg/kg IM atau IV, sekali sehari, selama 5-7 hari) atau sefiksime oral (20 mg/kgBB/hari dibagi 2 dosis selama 10 hari).

d. Tatalaksana Demam Malaria

- ❖ Bila anak melakukan rawat jalan dengan obat anti malaria lini pertama, seperti yang direkomendasikan pada panduan nasional.
- ❖ WHO merekomendasikan saat ini kombinasi artemisinin sebagai obat lini pertama (lihat rejimen yang dapat digunakan di halaman berikut). Klorokuin dan Sulfadoksin-pirimetamin tidak lagi menjadi obat anti malaria klinis pertama maupun kedua karena tingginya angka resistensi terhadap obat ini di banyak negara untuk Malaria falsiparum.
- ❖ Malaria (tidak berat/tanpa komplikasi) Demam
 - Pengobatan selama 3 hari dengan memberikan rejimen yang dapat dipilih di bawah ini : Artesunat ditambah amodiakuin. Tablet terpisah

50 mg artesunat dan 153 mg amodiakuin basa (saat ini digunakan dalam program nasional) Artesunat : 4 mg/kgBB/dosis tunggal selama 3 hari Amodiakuin : 10 mg-basa/kgBB/dosis tunggal selama 3 hari; Dehidroartemisinin ditambah piperakuin (fixed dose combination). Dosis dehidroartemisinin: 2-4 mg/kgBB, dan piperakuin: 16-32 mg/kgBB/dosis tunggal.

- Obat kombinasi ini diberikan selama tiga hari. Artesunat ditambah sulfadoksin/pirimetamin (SP). Tablet terpisah 50 mg artesunat dan 500 mg sulfadoksin/25 mg pirimetamin: Artesunat : 4 mg/kgBB/dosis tunggal selama 3 hari SP : 25 mg (Sulfadoksin)/kgBB/dosis tunggal Artemeter/lumefantrin. Tablet kombinasi yang mengandung 20 mg artemeter dan 120 mg lumefantrin: Artemeter : 3.2 mg/kgBB/hari, dibagi 2 dosis Lumefantrin : 20 mg/kgBB Tablet kombinasi ini dibagi dalam dua dosis dan diberikan selama 3 hari. Amodiakuin ditambah SP. Tablet terpisah 153 mg amodiakuin basa dan 500 mg sulfadoksin/25 mg pirimetamin Amodiakuin : 10 mg-basa/kgBB/dosis tunggal SP : 25 mg (Sulfadoksin)/kgBB/dosis tunggal

e. Tatalaksana Demam Dengan Meningitis

- ❖ Antibiotik Berikan pengobatan antibiotik lini pertama sesegera mungkin.
 - seftriakson: 100 mg/kgBB IV-drip/kali, selama 30-60 menit setiap 12 jam; atau
 - sefotaksim: 50 mg/kgBB/kali IV, setiap 6 jam.
 - Pada pengobatan antibiotik klinis
 - Kedua berikan:
 - 🚦 Kloramfenikol: 25 mg/kgBB/kali IM (atau IV) setiap 6 jam
 - 🚦 Ditambah ampisilin: 50 mg/kgBB/kali IM (atau IV) setiap 6 jam Jika diagnosis sudah pasti, berikan pengobatan secara parenteral selama sedikitnya 5 hari,

dilanjutkan dengan pengobatan per oral 5 hari bila tidak ada gangguan absorpsi.

- Jika ada gangguan absorpsi maka seluruh pengobatan harus diberikan secara parenteral.
- Pengobatan di berikan selama 10 hari. Bila tidak ada perbaikan: - bisa mempertimbangkan komplikasi yang sering terjadi seperti efusi subdural atau abses serebral.
- Bila kondisi ini dicurigai, rujuk.
- Menidentifikasi tanda infeksi fokal lain yang mungkin menyebabkan demam, seperti selulitis pada daerah suntikan, mastoiditis, artritis, atau osteomielitis.
- Bila demam masih ada dan kondisi umum anak tidak membaik setelah 3–5 hari, ulangi pungsi lumbal dan evaluasi hasil pemeriksaan CSS
- Bila diagnosis belum jelas, pengobatan empiris untuk meningitis TB dapat ditambahkan.
- Untuk Meningitis TB diberikan OAT minimal 4 rejimen: INH: 10 mg/kgBB /hari (maksimum 300 mg) - selama 6–9 bulan Rifampisin: 15-20 mg/kgBB/hari (maksimum 600 mg) – selama 6-9 bulan Pirazinamid: 35 mg/kgBB/hari (maksimum 2000 mg) - selama 2 bulan pertama Etambutol: 15-25 mg/kgBB/hari (maksimum 2500 mg) atau Streptomisin: 30-50 mg/kgBB/hari (maksimum 1 g) – selama 2 bulan Steroid Prednison 1–2 mg/kgBB/hari dibagi 3-4 dosis, diberikan selama 2–4 minggu, dilanjutkan tapering off. Bila pemberian oral tidak memungkinkan dapat diberikan deksametason dengan dosis 0.6 mg/kgBB/hari IV selama 2–3 minggu.

- Tidak direkomendasikan penggunaan deksametason pada semua pasien dengan meningitis bakteri

f. Tatalaksana Demam Dengan Sepsis

- ❖ Ampisilin (50 mg/kgBB/kali IV setiap 6-jam) ditambah aminoglikosida (gentamisin 5-7 mg/kgBB/kali IV sekali sehari, amikasin 10-20 mg/kgBB/ hari IV) sepsis
- ❖ Pilihan kedua Ampisilin (50 mg/kgBB/kali IV setiap 6-jam) kombinasi dengan Sefotaksim (25 mg/kgBB/kali setiap 6 jam). Seluruh pengobatan diberikan dalam waktu 10-14 hari.
- ❖ Bila dicurigai adanya infeksi anaerob diberikan Metronidazol (7.5 mg/kgBB/ kali setiap 8 jam). Pengobatan diberikan dalam waktu 5-7 hari.

g. Tatalaksana Demam Dengan Campak

Anak-anak dengan campak komplikasi memerlukan perawatan di rumah sakit.

- ❖ Terapi Vitamin A: berikan vitamin A secara oral pada semua anak.
- ❖ Bila anak menunjukkan gejala pada mata akibat kekurangan vitamin A atau dalam keadaan gizi buruk, vitamin A diberikan 3 kali: hari 1, hari 2, dan 2-4 minggu setelah dosis kedua.
- ❖ Berikan pengobatan sesuai dengan komplikasi yang terjadi: Penurunan kesadaran dan kejang dapat merupakan gejala ensefalitis atau dehidrasi berat.
- ❖ Konjungtivitis ringan tanpa adanya pus, tidak perlu diobati.
Jika ada pus, bersihkan mata dengan kain bersih yang dibasahi dengan air bersih. Setelah itu beri salep mata tetrasiklin 3 kali sehari selama 7 hari.
- ❖ Tidak boleh menggunakan salep yang mengandung steroid.
- ❖ Bila tidak ada perubahan kondisi , rujuk.
- ❖ Luka pada mulut. Jika ada luka di mulut, mintalah ibu untuk membersihkan mulut anak dengan air bersih yang diberi sedikit garam, minimal 4 kali sehari.

- ❖ Berikan gentian violet 0.25% pada luka di mulut setelah dibersihkan.
- ❖ Bila luka di mulut menyebabkan berkurangnya asupan makanan, anak mungkin memerlukan makanan melalui NGT. Gizi buruk: sesuai dengan tatalaksana gizi buruk

4. Menilai masalah telinga dan klasifikasinya

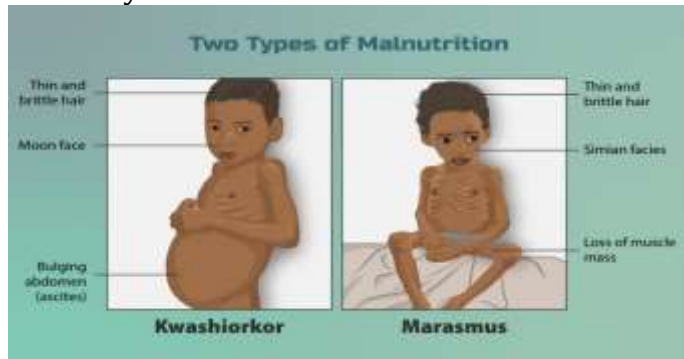
Jika sudah memeriksa telinga, petugas bertanya kepada ibu apakah telinganya. bila anak mengalami masalah telinga tanyakan apakah telinga nya sakit, periksa apakah nanah ada keluar dari telinga, raba apakah ada pembengkakan nyeri di belakang telinga. selanjutnya klasifikasikan apakah anak mengalami otitis media, infeksi telinga akut, infeksi telinga kronis atau tidak ada infeksi telinga.

a. Tatalaksana Dengan Infeksi Telinga

- ❖ Memberikan pengobatan rawat jalan kepada anak:
 - Yang menjadi penyebab tersering adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* dan *Moraxella catarrhalis*, diberikan Amoksisilin (15 mg/ kgBB/kali 3 kali sehari) atau Kotrimoksazol oral (24 mg/kgBB/kali dua kali sehari) selama 7–10 hari.
 - Bila terdapat nanah mengalir dari dalam telinga, ajarkan pada ibu cara mengeringkannya dengan wicking (membuat sumbu dari kain atau tisyu kering yang dipluntir lancip).
 - Memotivasi ibu untuk membersihkan telinga 3 kali sehari hingga tidak ada lagi nanah yang keluar.
 - Melarang ibu untuk tidak memasukkan apa pun ke dalam telinga anak, kecuali bila terjadi penggumpalan cairan di liang telinga, yang dapat dilunakkan dengan meneteskan larutan garam normal.
 - menasehati anak untuk berenang atau memasukkan air ke dalam telinga. Jika anak mengalami nyeri telinga atau demam tinggi ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) yang menyebabkan anak gelisah, berikan parasetamol. Antihistamin tidak diperlukan untuk pengobatan OMA, kecuali jika terdapat juga rinosinusitis alergi.

h. Menilai status gizi dan anemi serta klasifikasinya

Seluruh anak perlu di kaji kondisi gizi , kekurangan gizi adalah permasalahan yang sering dialami oleh balita,khususnya penduduk miskin.langkah nya yaitu apakah anak terlihat sangat kurus,mengobservasi pembengkakan pada kedua kaki,melihat keputihan telapak tangan dan membandingkan berat badan anak sesuai usia. Selanjutnya mengklasifikasikan sesuai tanda dan gejala apakah gizi buruk dan atau anami berat,bawah garis merah (BMG) dan atau anemi, tidak BMG dan tidak anemi. Yang dimaksud dengan gizi buruk adalah adanya edema pada kedua kaki atau adanya severe wasting (BB/TB < 70% atau < -3SDa), atau ada gejala klinis gizi buruk (kwashiorkor, marasmus atau marasmikkwashiorkor) Walaupun kondisi klinis pada kwashiorkor, marasmus, dan marasmus kwashiorkor berbeda tetapi tatalaksananya sama.



Gambar 14. *Two types of malnutrition*

Sumber : Myupchar, Wikimedia Commons, 2019

a. Tatalaksana perawatan Anak Dengan Gizi Buruk

- ❖ Jika saat anak masuk rumah sakit: anak dipisahkan dari pasien infeksi ditempatkan di ruangan yang hangat (25–30°C, bebas dari angin) dipantau secara rutin memandikan anak dilakukan seminimal mungkin dan harus segera keringkan.
- ❖ Untuk mencapai keberhasilan di perlukan :
- ❖ Fasilitas dan staf yang profesional (Tim Asuhan Gizi)

- Timbangan badan yang akurat Bercak Bitot (biasanya terdapat juga serosis konjungtiva) = gejala pada anak dengan defisiensi vitamin A.
- Penyediaan dan pemberian makan yang tepat dan benar
- Pencatatan asupan makanan dan berat badan anak, sehingga kemajuan selama perawatan dapat dievaluasi
- Keterlibatan orang tua.
- Menjelaskan bagi ibu meliputi menilai tentang cara pemberian makan anak, memotivasi ibu tentang pemberian makan selama sakit dan sehat, menjelaskan kepada ibu tentang masalah pemberian makan, meningkatkan pemberian cairan selama sakit, mengingatkan ibu untuk pemeriksaan kunjungan ulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2019, Buku Bagan MTBS Revisi tahun 2019.
- Direktorat Bina Kesehatan Anak, Depkes, salah satu materi yang disampaikan pada Pertemuan Nasional Program Kesehatan Anak, 2009, Manajemen Terpadu Balita Sakit.
- WHO, Buku Pelayanananan Kesehatan Anak Sakit di Rumah Sakit. 2009.

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN KARDIOVASKULER PENYAKIT KAWASAKI

Oleh Ito Wardin

10.1 Penyakit Kawasaki

10.1. Pendahuluan

Penyakit Kawasaki adalah vaskulitis sistemik akut, pasien dengan penyakit kawasaki dapat mengakibatkan kelainan pada arteri koroner, seperti aneurisma koroner, infark miokardium serta dapat mengakibatkan kematian yang mendadak (Tirayo *et al.*, 2019). Penyakit Kawasaki ialah sebuah penyakit jantung yang biasanya berlansung pada bayi serta anak, selain itu penyakit kawasaki pertama kali di laporkan oleh Tamisaku Kawasaki di negara jepang pada tahun 1967 menyebutkan bahwa penyakit Kawasaki dapat menyerang usia dibawah 5 tahun dengan insiden tertinggi di usia 1-5 tahun (Ryusuke Ae., Makino Nobuko., Kosami., Koki & Matsubara Yuri., 2020). Penyakit Kawasaki saat ini telah dilaporkan lebihn 60 negara dan wilayah di seluruh dunia mengalami peningkatan, serta pada anak-anak dari semua ras dan etnis (Indrarto, 2015; Fujioka *et al.*, 2021)

Vaskulitis sendiri merupakan respon hipersensitivitas tipe lambat terdapat beberapa antigen vaskular yang bereaksi saling ataupun yang baru terpapar. pengaktifan sel B poliklonal serta Produksi sitokin menyebabkan terbentuknya auto-antibodi atas sel otot polos serta sel endotel yang menyebabkan vaskulitis. Vaskulitis menyerupai atas poliartritis nodus yang tampak dalam sel radang transmural, walaupun nekrosis fibrinoid tak begitu jelas yang terdapat pada poliarteritis nodus.

Vaskulitis akut terkadang mengalami pengurangan dengan cara spontan ataupun menjadi respon terapi, hal ini dapat mengakibatkan aneurisma setelahnya akibat kerusakan dinding arteri, selain itu arteritis lainnya, lesi penyembuhan bisa memperlihatkan adanya penebalan tunika intima secara obstruktif. Perbaikan secara patologis pada luar sistem kardiovaskuler umumnya tak amat signifikan. Vaskulitis akan mengalami peradangan pada dinding pembuluh darah dan biasanya berhubungan terhadap indikasi sistemik (termasuk malaise, demam, artralgia serta mialgi). Selain itu juga dapat terjadi akibat dari infeksi, akan tetapi lebih cenderung ditemukan terdapatnya reaksi imunologi yang melandasinya. Seperti ANCA (anti-neutrophil antibodies), endapan kompleks imun, maupun antibodi anti-sel endotel. Kemudian ada beragam jenis vaskulitis sering melanda pembuluh darah dengan cara spesifik terhadap kaliber serta daerah terpilih (Robbins, 2020).

Angka kejadian penyakit jantung Kawasaki saat ini, tertinggi di negara Jepang pada tahun 2012 dengan angka kejadian per tahunnya 265/100.000. di Indonesia angka kejadian penyakit Kawasaki di perkirakan insiden sekitar 5000 kasus per tahunnya (Advani & Santoso, 2019). Sebelumnya penyakit Kawasaki dikenal dengan *mucocutaneous lymph node syndrome* yang merupakan penyakit vasculitis sistemik yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas signifikan akibat komplikasi kardial, selain itu ketika penyakit kawasaki tidak cepat di tangani akan menyebabkan infark miokard serta dapat mengalami kematian mendadak atau penyakit jantung iskemik.

10.1.2 Penyebab

Penyebab Penyakit Kawasaki pada anak dan bayi saat ini belum bias ditemukan secara pasti, meskipun begitu faktor yang paling mungkin terjadi adalah infeksi, akan tetapi agen pencetus peradangan yang memiliki peranan masih belum didapatkan menggunakan beragam inspeksi kultur bakteri dan serologi maupun virus (Andriani, 2019). Studi lain mengatakan bahwa penyebab penyakit

kawasaki adalah karena respon imun akibat infeksi pada orang yang secara genetik beresiko pada penyakit kawasaki (Mayasari *et al.*, 2019). Sedangkan menurut Noval Rivas & Arditi, (2020) mengatakan bahwa penyebab penyakit kawasaki pernah di usulkan salah satunya adalah virus, racun dan lingkungan, akan tetapi masih juga belum teridentifikasi dengan jelas. Adanya peningkatan jumlah sel plasma IgA+ telah terdeteksi di pankreas, ginjal, dinding arteri koroner dan saluran pernafasan pada pasien penyakit kawasaki.

101.3 Manifestasi Klinis

Gejala yang sering muncul pada penyakit Kawasaki pada anak merupakan awal untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Andriani, 2019; Yolanda, 2015) sebagai berikut:

Tabel 5. Gejala Yang Sering Muncul Pada Pasien Anak Dan Bayi

Tanda dan gejala Demam Demam pada penyakit Kawasaki mencapai 39-40 °C bersifat remiten dan iritabilitas, demam dapat berlangsung selama 11 hari atau 1 sampai 2 minggu. Pemberian terapi akan dapat menurunkan suhu tubuh setelah 2 hari. Pasien yang tidak diberikan terapi akan mengalami demam selama 4 minggu.	
Injeksi Konjungtiva Bilateral Konjungtiva akan mengalami kemerahan atau injeksi konjungtiva tidak ada nyeri pada limbus injeksi ini tidak ada secret, edema konjungtiva atau ulkus kornea.	
Perubahan Pada Bibir Dan Kavum Oral Pada bagian ini akan mengalami perubahan sebagai berikut: 1. Deskuamasi, eritema fisura, serta mengalami hemoragi di bagian bibir. 2. lidah berwarna merah, Strawberry tongue 3. Eritema difusi di mukosa orofaringeal, akan tetapi tak mencakup eksudat faring maupun ulkus oral.	
Perubahan Pada Ekstremitas Perubahan ditemukan dalam tahap akut selama 1 hingga 2 hari ialah eritema, edema di bagian kaki serta telapak tangan. 2 sampai 3 minggu sesudah awitan demam bakal berlangsung deskuamasi periungual di bagian kuku jari tangan serta kaki. 1 sampai 2 bulan pengidap bisa terjadi <i>Beau's Line</i> (garis horizontal putih yang dalam di area kuku).	
Limfadenopati servikal Limfadenopati servikal adalah deskripsi klinis yang sangat sedikit didapati. Limfadenopati biasanya unilateral, padat, pada trigonum anterior, tidak disertai eritema, tidak berfluktuasi, kurang dari 1 nodus serta diameter lebih 1,5 cm	

Terdapat prevalensi 20% dari penyakit Kawasaki yang tidak mendapatkan perawatan memiliki gejala sisa kardiovaskular seperti artritis koronaria asimtomatis, arteri koronaria, ekstasia hingga aneurisma arteri koronaria besar (memiliki diamter 7 sampai 9 milimeter), rupture, trombosit infark miokardium serta kematian mendadak. Terapi immunoglobulin intravena dapat menekan peradangan melalui mekanisme yang tidak terlalu jelas, dan pemberian terapi aspirin jika diberikan bersamaan dengan terapi immunoglobulin intravena akan menurunkan secara bermakna penyakit arteri koronaria simptomatis (Robbins, 2020).

10.1.4 Penatalaksanaan

Penanganan pada pasien penyakit kawasaki akut harus dilakukannya perawatan di rawat inap rumah sakit dan pemberian terapi. Terapi yang diberikan adalah Immunoglobulin Intavena (IVIG) dan Aspirin (Advani, 2018).

1. Immunoglobulin Intavena (IVIG)

Pemberian terapi IVIG dosisnya sebanyak 2 gram per kilogram pada dosis infus serta berbarengan dengan pemberian Aspirin. Pemberian terapi kepada penderita ini perlu sudah terdiagnosa sejak 10 hari pertama. Mekanisme aksi dari IVIG di Kawasaki penyakit tidak diketahui, tetapi pengobatan yang cepat menghasilkan penurunan suhu badan sampai yg normal dan resolusi dari tanda-tanda klinis penyakit pada kebanyakan pasien (Ryusuke Ae., Makino Nobuko., Kosami., Koki. &., Matsubara Yuri., 2020).

2. Aspirin

Pemberian terapi Aspirin dengan takaran yang tinggi akan memberikan efek inflamasi dan anti platelet dan takaran rendah, sehingganya hal ini memiliki peran untuk menyusutkan angka kelainan coroner dalam tahap akut, anjuran takaran terapi aspirin ialah sebanyak 80 sampai 100 miligram per kilogram per hari serta dibagikan kedalam 4 dosis. Aspirin takaran tinggi serta immunoglobulin intravena memiliki peran menjadi anti-inflamasi. Dosis

akan di kurangi ketika anak atau pasien yang terdiagnosa penyakit kawasaki memiliki suhu tubuh normal selama 48-72 jam. Sembari takaran aspirin tinggi diteruskan hingga 14 hari. kemudian, takaran aspirin dilakukan pengurangan menjadi 3 sampai 5 miligram per kilogram per hari serta takaran pemeliharaan dipertahankan hingga tak terdapat perbaikan koroner dalam 6 hingga 8 minggu sesudah timbul serangan. Pada anak yang memiliki abnormalitas koroner, aspirin terus dikasihkan. Untuk catatan, pemberian ibuprofen dihindari kepada anak yang memiliki aneurisma koroner yang memperoleh aspirin guna dampak antiplatelet (Budiyanto N., 2007)

10.1.5 Komplikasi

Komplikasi adalah keadaan dimana individu mengalami penyakit yang muncul akibat adanya efek dari penyakit tertentu yang ada pada tubuh. Pada penyakit kawasaki di anak dan bayi dapat mengalami kematian mendadak serta mengalami gangguan fungsi jantung serta pembuluh darah yang berat, kelainan jantung pada penyakit kawasaki ialah Aneurisma arteri koroner, Infark Miokard (Abrams et al., 2017). Selain itu juga akan mengalami proliferasi sel endotelial CD209 yang berfungsi atas keretakan pada pasien anak dan bayi pada saat mengalami penyakit kawasaki. Terjadinya komplikasi aneurisma koroner dikarenakan jumlah platelet lebih tinggi (OR 1,01) dan albumin rendah (OR 0,34) (Ham Franscisca Maria., 2020)

10.2 Asuhan Keperawatan Pada Anak Dan Bayi Dengan Penyakit Kawasaki

1. Pengkajian

Pengkajian pada anak dan bayi dengan gangguan penyakit Kawasaki dilakukan dengan menilai beberapa komponen, yaitu, thermometer, Ekokardiografi (Advani, 2018; Noto *et al.*, 2014).

2. Thermometer/ pengukur suhu

Thermometer merupakan alat untuk pengukur suhu pada pasien dan penyakit

Kawasaki perlu di lakukannya untuk pengukuran suhu agar bisa diketahui sudah berapa lama pasien mengalami demam.

3. Ekokardiografi

Ekokardiografi merupakan bagian dari pemeriksaan pada pasien penyakit kawasaki yang non invasif serta memiliki sensitivitas serta spesifitas tinggi guna melakukan pendeteksian abnormalitas pada arteri coroner segmen proksimal. Pemeriksaan menggunakan ekokardiograf adalah perikarditis, fase akut vaskulitis arteri koroner, miokarditis serta endokarditis. Ekokardiografi sangat memiliki peran pokok di saat untuk menegakan diagnosis, tatalaksana pasien dan stratifikasi risiko.

10.2.1 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa ialah suatu penilaian klinis atas pengalaman maupun tanggapan seseorang, keluarga maupun komunitas dalam persoalan kesehatan, dalam risiko persoalan Kesehatan maupun dalam proses kehidupan. Selain itu diagnosa keperawatan ialah suatu area mendasar untuk menetapkan asuhan keperawatan yang efisien dalam memberikan bantuan pasien memenuhi kesehatan secara maksimal. Sebagai contoh diagnosa keperawatan yang di angkat dengan gangguan jantung Kawasaki pada anak dan bayi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017) sebagai berikut:

1. Resiko penurunan curah jantung (D.0011)

Definisi: beresiko menghadapi pemompaan jantung dengan cara tak adekuat guna mencukupi keperluan metabolisme tubuh. Faktor Resiko:

- a. Penggantian *Preload*
- b. Perkembangan *Afterload*
- c. Penggantian Irama Jantung
- d. Perkembangan Frekuensi Jantung

e. Perkembangan Kotraktifitas

Keadaan Klinis Terkait:

- a. Sindrom Koroner Akut
- b. Gagal Jantung Kongestif
- c. *Atrial/ Ventricular Septal Defect*
- d. Gangguan Katup Jantung (Pulmonalis, Stenosis/Regurgitasi Aorta, Trikupidalis,
- e. Atau Mitralis
- f. Aritmia

2. Gangguan Integritas jaringan/Kulit (D.0129) Definisi:

Kecelakaan (epidermis dan/ataupun dermis) maupun jaringan (Kornea, membran Mukosa, Tendon, Fasia, Kartilago, Tulang, ligamen dan/ataupun Kapsul sendi).

Penyebab:

- a. Penggantian status nutrisi (kekurangan maupun kelebihan)
- b. Penggantian sirkulasi
- c. Kelebihan/kekurangan volume cairan
- d. Suhu lingkungan yang ekstrim
- e. Material kimia iritatif
- f. Neuropati perifer
- g. Efek samping terapi radiasi
- h. perkembangan humoral
- i. Perkembangan pigmentasi
- j. Minim mendapatkan paparan informasi mengenai usaha melindungi/mempertahankan integritas jaringan

Gejala serta tanda minor:

Subjektif: (*tidak tersedia*)

Objektif: pendarahan, nyeri, hematoma, kemerahan,

Gejala serta tanda mayor:

Subjektif: (*tidak tersedia*)

Objektif: adanya Kerusakan lapisan kulit dan atau jaringan

3. Hipertermia (D.0130) Definisi:

Suhu tubuh mengalami peningkatan di atas batas normal.

Penyebab:

- a. Terpapar lingkungan panas
- b. Dehidrasi
- c. Ketidaksesuaian pakaian terhadap suhu lingkungan
- d. Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)
- e. Respon trauma
- f. meningkatnya laju metabolisme
- g. Kegiatan yang berlebihan
- h. pemakaian incubator Gejala serta tanda minor:

Subjektif: (*tidak tersedia*)

Objektif : kejang, Kulit merah, takipnea, takikardi, kulit terasa hangat. Gejala serta tanda mayor:

Subjektif: (*tidak tersedia*)

Objektif: Suhu tubuh diatas rentang normal

4. Intoleransi Aktivitas (D.0056) Kategori : Fisiologis

Subkategori :Aktivitas/istiraha

Definisi :

Ketakcukupan energi dalam melaksanakan kegiatan setiap hari. Penyebab:

- a. Ketidakseimbangan diantara kebutuhan serta suplai oksigen
- b. Kelemahan
- c. Imobilitas
- d. Tirah baring
- e. Gaya hidup monoton

Gejala serta tanda minor:

Subjektif : Merasa tidak nyaman sesudah melakukan kegiatan, Dispnea saat/sesudah kegiatan, merasakan lemah.

Objektif : Gambaran EKG memperlihatkan adanya aritmia saat/sesudah kegiatan, Tekanan darah mengalami perubahan melebihi

20% dari keadaan istirahat, gambaran EKG memperlihatkan iskemia, sianosis.
Gejala serta tanda mayor
Subjektif : Mengeluh lelah
Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

10.2.2 Luaran Dan Kreterian Hasil

Luaran keperawatan sebagai acuan untuk perawat guna menentukan keadaan maupun kondisi Kesehatan secara maksimal mungkin yang diharapkan bisa dipenuhi pada pasien sesudah pemberian intervensi keperawatan. Melalui terdapatnya luaran keperawatan bakal mengalami peningkatan kesuksesan intervensi keperawatan bisa dilakukan pengamatan serta dilakukan pengukruan dengan cara spesifik. Dalam pembahasan ini, luaran dan kreteriahasil berdasarkan diagnosa yang di poin 10.2.2 yang sesuai dengan buku PPNI 2019. Luaran dan kreteria hasil sebagai berikut:

Tabel 6. Luaran dan kreteria hasil berdasarkan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan 1 : Resiko penurunan curah jantung (D.0011) Luaran utama : Curah jantung (L.02008) Definisi : keadekuatan jantung memompa darah guna mencapai keperluan metabolisme tubuh. Ekspetasi : Meningkatkan Kreteria hasil:					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kekuatan nadi perifer	1	2	3	4	5
Ejection fraction (EF)	1	2	3	4	5
Cardiac index (Ci)	1	2	3	4	5
Left ventricular stroke work index (LVSWI)	1	2	3	4	5
Struke volume index (SVI)	1	2	3	4	5

Diagnosa keperawatan 2 : Gangguan Integritas jaringan/Kulit (D.0129) Luaran utama : Integritas jaringan serta kulit (L.14125) Definisi : keutuhan kulit (epidermis dan/ataupun dermis) maupun jaringan (kornea, membran mukosa, otot, fasia, tulang, tendon, kartilago, ligament dan/ataupun kapsul sendi) Ekspetasi : Mengalami peningkatan Kreteria hasil:					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Hidrasi	1	2	3	4	5
Elastisitas	1	2	3	4	5
Perfusi jaringan	1	2	3	4	5

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kerusakan lapisan kulit	1	2	3	4	5
Kerusakan jaringan	1	2	3	4	5
Perdarahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Pigmentasi abnormal	1	2	3	4	5
Hematoma	1	2	3	4	5
Nekrosis	1	2	3	4	5
Jaringan parut	1	2	3	4	5
Abrasi kornea	1	2	3	4	5

Diagnosa keperawatan 3 : Hipertermia (D.0130) Luaran utama : Termoregulasi (L.14134) Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas batas normal. Ekspetasi : mengalami perbaikan Kreteria hasil:					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kulit merah	1	2	3	4	5
Menggigil	1	2	3	4	5
Akrosianosis	1	2	3	4	5
Pucat					
Kejang					
Takipnea					
Takikardi					
Bradikardi					
Dasar kuku sianosis					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Suhu kulit	1	2	3	4	5
Suhu tubuh	1	2	3	4	5
Pengisian kapiler	1	2	3	4	5
Kadar glukosa darah	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Ventilasi	1	2	3	4	5

Diagnosa keperawatan 4 : Intoleransi Aktivitas (D.0056) Luaran utama : Toleransi aktivitas (L.05047) Definisi : Ketidacukupan energi dalam melaksanakan kegiatan setiap hari. Ekspetasi : Meningkatkan Kreteria hasil:					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Kecepatan berjalan	1	2	3	4	5
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	1	2	3	4	5
Kekuatan tubuh area bawah	1	2	3	4	5
Kekuatan tubuh area atas	1	2	3	4	5
Toleransi untuk menaiki tangga	1	2	3	4	5

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningk at
Keluhan lelah	1	2	3	4	5
Dispnea saat aktivitas	1	2	3	4	5
Dispnea setelah aktivitas	1	2	3	4	5
Perasaan lemah	1	2	3	4	5
Aritmia saat aktivitas	1	2	3	4	5
Aritmia setelah aktivitas	1	2	3	4	5

10.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ialah semua bentuk pengobatan yang dilaksanakan dari perawat, berdasarkan kepada wawasan serta penilaian klinis dalam memenuhi wawasan, peningkatan, serta penyembuhan kesehatan pasien seorang, keluarga dan komunitas. Intervensi dibuat berdasarkan diagnose yang ada pada (poin 10.2.2). yang berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia PPNI 2018. Intervensi berdasarkan buku SDKI sebagai berikut.

1. Perawatan jantung (I.02075)
2. Perawatan jantung akut (I.02076)
3. Perawatan integritas kulit (I.11353)
4. Perawatan luka (I.14564)
5. Manajemen hipotermia (I.14507)
6. Pemantauan cairan (I.03121)
7. Manajemen energi (I.05178)
8. Terapi aktivitas (I.06208)

DAFTAR PUSTAKA

- Abrams, J. Y., Belay, E. D., Uehara, R., Maddox, R. A., Schonberger, L. B., & Nakamura, Y. (2017). Cardiac Complications, Earlier Treatment, and Initial Disease Severity in Kawasaki Disease. *Journal of Pediatrics*, 188, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.05.034>
- Advani, N. (2018). Frekuensi Ekokardiografi pada Fase Awal Penyakit Kawasaki. *Sari Pediatri*, 20(3), 152. <https://doi.org/10.14238/sp20.3.2018.152-7>
- Advani, N., & Santoso, L. A. (2019). Peran foto toraks sebagai alat bantu diagnostik pada fase akut penyakit Kawasaki. *Sari Pediatri*, 20(6), 331. <https://doi.org/10.14238/sp20.6.2019.331-4>
- Andriani, R. (2019). Penyakit Kawasaki: Tatalaksana di Rumah Sakit dengan Fasilitas Terbatas. *Cdk-278*, 46(8), 516–519.
- Budiyanto N. (2007). *Problem Jantung pada Penyakit Kawasaki*. 28(4), 285–296.
- Fujioka, T., Asakawa, N., Suzuki, T., Kobayashi, J., Takahashi, K., & Tsuchiya, K. (2021). Giant coronary artery aneurysm associated with Kawasaki disease showing progressive dilation over 30 years. *Journal of Cardiology Cases*, 23(6), 281–284. <https://doi.org/10.1016/j.jccase.2021.01.011>
- Ham Franscisca Maria., M. S. (2020). Buku Ajar Patologi Dasar Robbins. In *Patologi Umum Penyakit Infeksi: Vol. (Issue)*. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20140128>
- Indrarto, F. W. (2015). Penyakit Kawasaki. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 1(1), 70. <https://doi.org/10.21460/bikdw.v1i1.8>
- Mayasari, R., -, F., & K, S. (2019). Penyakit Kawasaki. *Media Dermato Venereologica Indonesiana*, 46(2), 99–106. <https://doi.org/10.33820/mdvi.v46i2.63>

- Noto, N., Kamiyama, H., Karasawa, K., Ayusawa, M., Sumitomo, N., Okada, T., & Takahashi, S. (2014). Long-term prognostic impact of dobutamine stress echocardiography in patients with kawasaki disease and coronary artery lesions: A 15-year follow-up study. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(4), 337–344. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.09.021>
- Noval Rivas, M., & Arditi, M. (2020). Kawasaki disease: pathophysiology and insights from mouse models. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(7), 391–405. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-0426-0>
- Robbins. (2020). *Buku Ajar Patologi Dasar Penyakit Infeksi* (M. F. H. dan M. Saraswati. (ed.)). https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Patologi_Robbins_E_Book/Yvn2DwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=penyakit+kawasaki&pg=PA383&printsec=frontcover
- Ryusuke Ae., Makino Nobuko., Kosami., Koki., K. M., & ., Matsubara Yuri., N. Y. (2020). Epidemiology, Treatments, and Cardiac Complications in Patients with Kawasaki Disease: The Nationwide Survey in Japan, 2017-2018. *Journal of Pediatrics*, 225, 23-29.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.034>
- Tirayo, A. J., Akune, K., & Program, M. P. (2019). Penyakit kawasaki pada anak. *Medical Profession (MedPro)*, 1(2), 105–111.
- Yolanda, N. (2015). *Panduan Diagnosis dan Terapi Kawasaki Disease*. 42(9), 663–667.

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN HEMATOLOGI

Oleh Yuniske Penyami

11.1 Anemia

11.1.1 Konsep Dasar Penyakit Anemia

Anemia merupakan penyakit yang umum terjadi di negara berkembang dalam semua kalangan usia, termasuk anak. Anemia adalah berkurangnya jumlah eritrosit atau sel darah merah dan konsentrasi haemoglobin (Hb) dalam setiap milimeter kubik darah (Nelson, 1993; Susilaningrum, Nursalam & Utami, 2013). Anak dikategorikan menderita anemia ketika konsentrasi haemoglobin <110 g/L (WHO, 2008). Hampir semua gangguan pada sistem hematologi disertai anemia dan gejala yang paling sering muncul adalah pucat pada tubuh khususnya ekstremitas.

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, prevalensi anemia pada anak usia 6 – 59 bulan di dunia sekitar 39,8% atau sekitar 269 juta anak dengan anemia. Sebanyak 60,2% prevalensi anemia pada anak di bawah 5 tahun berasal dari negara Afrika. Prevalensi anemia di Indonesia sebesar 21,7% yang terdiri dari penderita berusia 5-14 tahun sebanyak 26,4% dan 18,4% penderita berusia 15-24 tahun (Riskesdas, 2013). Sedangkan menurut Riskesdas tahun 2018 prevalensi anemia pada remaja sebesar 32% dengan arti 3-4 dari 10 remaja menderita anemia.

Anemia memiliki penyebab yang beragam. Penyebab anemia dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Gangguan produksi eritrosit yang dapat terjadi karena:
 - a. Perubahan sintesis Hb, dapat menyebabkan anemia defisiensi besi, thalassemia, anemia infeksi kronik
 - b. Perubahan sintesis DNA akibat kekurangan nutrisi dapat menimbulkan anemia pernisiiosa dan anemia asam folat
 - c. Fungsi sel stem (sel induk) terganggu bisa terjadi anemia aplastic, leukemia
 - d. Infiltrasi sumsum tulang, contohnya karena kanker.
2. Kehilangan darah
 - a. Akut karena perdarahan masif karena trauma yang terjadi mendadak.
 - b. Kronis karena perdarahan saluran cerna karena menorrhagia.
3. Meningkatnya pemecahan eritrosit (hemolisis) yang dapat disebabkan oleh:
 - a. Faktor bawaan, misalnya kekurangan enzim G6PD (untuk mencegah kerusakan eritrosit)
 - b. Faktor didapat, yaitu adanya bahan yang dapat merusak eritrosit, misalnya ureum pada darah karena gangguan ginjal atau penggunaan obat acetosal
4. Tidak tersedianya bahan baku pembentuk eritrosit, yaitu protein, asam folat, vitamin B12, dan zat besi.

Berdasarkan penyebab anemia di atas, dapat disimpulkan mekanisme penyebab terjadinya anemia adalah: sel-sel darah merah yang hilang, tubuh memproduksi sel-sel darah merah lebih lambat dari seharusnya, dan tubuh menghancurkan sel-sel darah merah. Penyebab anemia juga menjadi landasan klasifikasi jenis anemia menurut Susilaningrum dkk (2013), yaitu sebagai berikut:

1. Anemia Defisiensi Besi (Fe)

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi karena kekurangan zat besi dimana zat besi merupakan bahan baku pembuat sel darah dan haemoglobin. Penyebabnya meliputi masukan yang kurang mengandung

zat besi, penurunan penyerapan pada usus karena kelainan dan konsumsi banyak teh, kebutuhan Fe meningkat misalnya karena pertumbuhan cepat (contoh pada balita dan remaja).

Kekurangan Fe mengakibatkan menurunnya Hb dan eritrosit yang dihasilkan juga menurun. Eritrosit dengan Hb yang sedikit akan menghasilkan bentuk sel darah yang hipokromik mikrositik (bentuk sel darah kecil).

Anemia pada bayi beresiko mengalami anemia, terutama pada bayi prematur. Hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya persediaan Fe saat fetus. Cadangan Fe akan disimpan di liver, lien dan sumsum tulang belakang pada trimester akhir kehamilan, Fe yang tersimpan cukup akan memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 5-6 bulan, sedangkan pada bayi prematur hanya usia 2-3 bulan saja. Manifestasi kekurangan Fe pada bayi adalah kulit terlihat pucat, perkembangan otot terlambat dan mudah sekali mengalami infeksi. Oleh karena itu sangat penting untuk memenuhi kebutuhan Fe bayi dan anak dengan pemberian nutrisi yang adekuat.

2. Anemia Megaloblastik

Jenis anemia ini adalah anemia yang terjadi karena defisiensi asam folat dimana asam folat merupakan bahan esensial untuk sintesis DNA dan RNA. DNA dan RNA penting untuk metabolisme sel, DNA untuk sintesis dan RNA untuk mematangkan sel. Penurunan asam folat dalam tubuh dapat disebabkan oleh intake yang kurang contohnya bayi tidak diberi makanan tambahan (MPASI) pada usia 6 bulan, gangguan absorpsi karena masalah gastrointestinal, pemberian obat antagonis asam folat contohnya metotreksat, pirimetasin, derivat barbiturat.

3. Anemia Pernisiosa

Anemia ini terjadi karena kekurangan vitamin B12 atau kobalamin yang berfungsi untuk pematangan normoblast, metabolisme jaringan saraf dan purin. Anemia pernisiiosa sama dengan anemia megaloblastik karena bentuk selnya sama yaitu makrositik normokromik

(bentuk sel darah merah besar, bentuk abnormal, kadar Hb normal). Penyebab utama anemia ini adalah masukan yang kurang dan adanya kerusakan lambung sehingga lambung tidak dapat mengeluarkan secret yang berfungsi untuk absorpsi B12.

4. Anemia Pascaperdarahan

Anemia yang terjadi sebagai akibat dari perdarahan masif secara mendadak ataupun menahun karena kecelakaan, operasi atau persalinan dengan perdarahan hebat. Anemia ini termasuk dalam anemia normositik normokromik, artinya bentuk sel darah merah normal, tapi rusak.

Kehilangan darah mendadak lebih berbahaya dibandingkan kehilangan darah secara perlahan-lahan, karena saat kehilangan darah mendadak akan menyebabkan reflek kardiovaskular berupa kontraksi arteriol, pengurangan aliran darah ke organ yang kurang vital dan penambahan aliran darah ke organ vital (otak dan jantung). Kehilangan darah >20% dapat menimbulkan syok yang menetap (*irreversible*). Syok yang terjadi karena perdarahan disebut syok hemoragik. Akibat selanjutnya terjadi gejala: (1) rendahnya Hb, eritrosit dan hematokrit; (2) leukositosis; (3) kadang-kadang bisa menimbulkan gagal jantung; (4) hipoksemia sehingga kelainan serebral; (5) oliguria atau anuria karena menurunnya aliran darah ke ginjal.

5. Anemia Aplastik

Anemia aplastik adalah anemia yang ditandai pansitopenia atau penurunan jumlah semua sel darah tepi disertai dengan ketidakmampuan sumsum tulang untuk memproduksi sel darah karena penurunan selularitas sumsum tulang. Anemia ini tergolong anemia normositik normokromik jika melihat bentuk sel darahnya.

Adapun penyebab dari anemia ini adalah:

- a. menurunnya jumlah sel induk atau bahan dasar darah bisa karena bawaan, idiopatik pada 50% penderita. Selain karena bawaan, bisa juga karena didapat, kemungkinan disebabkan oleh konsumsi obat-obatan

yang dapat menekan sumsum tulang belakang contohnya bisulfan, klorampenikol, dan klorpromazina.

- b. *mikroenviroment*, contohnya radiasi atau kemoterapi dalam waktu yang lama.
 - c. Penurunan poitin yang berfungsi menghambat tumbuhnya sel-sel darah dalam sumsum tulang.
 - d. Adanya sel inhibitor (T-limfosit) sehingga menekan maturase sel-sel induk pada sumsum tulang.
6. Anemia Hemolitik

Anemia ini merupakan anemia yang terjadi karena prematuritas umur eritrosit (normalnya 100-120 hari). Penghancuran eritrosit yang berlebihan akan memengaruhi fungsi hepar yang akan menyebabkan terjadinya peningkatan bilirubin. Pada jenis anemia ini terdapat kekurangan bahan pembentuk sel darah seperti vitamin, protein atau adanya infeksi yang menyebabkan ketidakseimbangan antara penghancuran dan pembentukan sistem eritropoetik. Penyebab anemia ini diduga karena: kongenital (kelaianan rantai Hb, defisiensi enzim G6PD) dan didapat (misalnya karena infeksi, sepsis, obat-obatan, dan keganasan sel).

7. Anemia Sickle Cell

Anemia jenis ini merupakan anemia yang menyerupai anemia hemolitik yang terjadi karena sintesis Hb abnormal sehingga mudah rusak. Anemia ini merupakan penyakit keturunan yang disebut dengan *hereditary hemogloninopathy*).

11.1.2 Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Anemia

1. Pengkajian (Mendri & Prayogi, 2018)

- a. Kaji riwayat penyakit yang diderita: riwayat penyakit sekarang maupun riwayat penyakit dahulu, riwayat operasi dan riwayat alergi.
- b. Kaji riwayat kesehatan keluarga yang mungkin berkaitan dengan anemia

- c. Kaji riwayat tumbuh kembang anak, status imunisasi dan riwayat nutrisi (kaji adanya tanda-tanda gangguan nutrisi seperti antropometri, adanya keputihan dll).

Pengkajian keperawatan pada anemia menurut Susilaningrum dkk (2013) difokuskan pada bayi dan balita yang mengalami anemia defisiensi Fe.

- a. Usia

Usia anak yang sering mengalami anemia defisiensi Fe adalah 6-24 bulan dan masa pubertas, karena pada usia tersebut kebutuhan Fe cukup tinggi digunakan untuk pertumbuhan yang relatif cepat dibandingkan pada usia pertumbuhan lainnya.

- b. Pucat

- 1) Gejala yang sering muncul pada anak dengan anemia adalah pucat pada telapak tangan, dasar kuku, konjungtiva, dan mukosa bibir. Cara mengkajinya yaitu dengan membandingkan tangan anak dengan tangan petugas (syaratnya tangan petugas harus normal).
- 2) Pada anemia pascaperdarahan, pucat dan takikardi muncul saat kehilangan darah sekitar 12-15%. Secara umum kehilangan darah secara mendadak mengakibatkan reflek kardiovaskular berupa kontraksi arterial, penambahan aliran darah ke organ vital dan pengurangan aliran darah ke organ kurang vital contohnya ekstremitas.
- 3) Pada anemia defisiensi Fe, pucat muncul karena tidak tercukupinya bahan baku pembuat sel darah dan bahan esensial untuk pematangan sel darah.
- 4) Pada anemia hemolitik, pucat terjadi karena penghancuran sel darah merah sebelum waktunya.
- 5) Pada anemia aplastik, pucat muncul karena terhentinya pembentukan sel darah pada sumsum tulang.

- c. Mudah Lelah/lemah

Oksigen berikatan dengan haemoglobin pada sel darah merah memiliki fungsi salah satunya menghasilkan

energi untuk aktivitas tubuh. Pada anemia, kadar oksigen dalam tubuh berkurang karena kadar haemoglobin berkurang mengakibatkan keterbatasan energi yang dihasilkan, beberapa tanda dan gejalanya yaitu: anak lesuh, kurang bergairah dan mudah Lelah.

- d. Pusing kepala
Pusing kepala dapat terjadi karena berkurangnya aliran darah ke otak.
- e. Napas pendek
Kadar Hb yang rendah akan menurunkan kadar oksigen sehingga kompensasinya dengan napas menjadi cepat dan pendek.
- f. Nadi cepat
Peningkatan denyut nadi merupakan kompensasi reflek kardiovaskular karena perdarahan mendadak.
- g. Eliminasi urin terkadang mengalami penurunan
Adanya perdarahan yang hebat dapat mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal sehingga merangsang aktifnya hormon renin angiotensin untuk menahan garam dan air sebagai kompensasinya adalah menurunnya produksi urin untuk memperbaiki perfusi.
- h. Gangguan pada sistem saraf
Anemia defisiensi vitamin B12 dapat menimbulkan gangguan pada sistem saraf ditandai dengan keluhan seperti kesemutan, ektrimitas lemah, spatisitas dan gangguan melangkah.
- i. Gangguan saluran cerna
Pada anemia berat, sering timbul keluhan nyeri perut, mual, muntah, dan penurunan nafsu makan (anoreksia)
- j. Pika
Pika adalah suatu kondisi yang berulang ketika anak makan zat yang tidak bergizi (biasanya kapur, kertas, dll) yang tidak disertai gangguan jiwa atau gangguan fisik. Gejala ini biasanya terjadi pada usia 1-4 tahun.
- k. *Irritable* (cengeng, rewel, mudah tersinggung)
Anak cengeng dan rewel sering terjadi pada anak dengan anemia defisiensi besi. Anak tetap rewel walaupun kebutuhan makan dan minum sudah terpenuhi.

- l. Suhu tubuh meningkat
Suhu tubuh meningkat terjadi diduga karena pengeluaran leukosit dari jaringan iskemik.
 - m. Pola makan
Pola makan yang salah sering ditemukan pada anak dan bayi dengan anemia sehingga masukan tidak adekuat salah satu contohnya adalah keterlambatan memberikan makanan pada bayi usia 6 bulan.
 - n. Pemeriksaan penunjang
Pemeriksaan darah tepi untuk mengetahui Hb, eritrosit dan hematokrit. Selain itu pemeriksaan sel darah juga untuk melihat bentuk sel untuk menentukan jenis anemia.
 - o. Program terapi
Prinsip program terapi adalah tergantung berat ringannya anemia, etiologi, akut atau kronik; tidak selalu transfusi darah, menghilangkan penyebab dan mengurangi gejala.
2. Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2016)
- a. Ansietas berhubungan dengan prosedur diagnostik/transfusi
 - b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum
 - c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien atau ketidakadekuatan intake zat besi
 - e. Resiko perfusi jaringan serebral/renal tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah.
3. Rencana Keperawatan (PPNI, 2018b)
- a. Tingkat ansietas menurun
Intervensi: Reduksi Ansietas
O: Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

T: (1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. (2) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan (misalnya boneka atau mainan lain).

E: (1) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. (2) Latih teknik relaksasi

K: Kolaborasi pemberian obat antiansietas

Salah satu cara untuk menghindari kecemasan anak terhadap prosedur tindakan yaitu pendekatan atau komunikasi pada anak dengan menunjukkan sikap yang bersahabat.

b. Toleransi aktivitas meningkat

Intervensi: Manajemen Energi, Terapi Aktivitas

O: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

T: (1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (2) Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan

E: (1) Anjurkan tirah baring (2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

K: (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. (2) Kolaborasi dengan terapis okupasi dengan merencanakan dan memonitor program aktivitas

Selanjutnya perlu dipikirkan untuk mengadakan aktivitas yang layak bagi anak. Meskipun terdapat penurunan aktivitas, anak dapat melakukan aktivitas sesuai kemampuannya supaya anak tidak menarik diri dari pergaulan. Karena dengan bermain, anak dapat memperoleh stimulus untuk perkembangannya.

c. Status nutrisi membaik

Intervensi: Manajemen Nutrisi

O: (1) Identifikasi status nutrisi (2) Monitor asupan makanan dan hasil pemeriksaan laboratorium

T: Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

E: anjurkan posisi duduk dan ajarkan diet sesuai program

K: (1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (contoh: antiemetic). (2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis utrien yang dibutuhkan.

d. Perfusi serebral dan renal efektif/ meningkat

Intervensi: Pencegahan Syok dan Pencegahan Perdarahan (PPNI, 2018a)

O: (1) Monitor tanda dan gejala perdarahan. (2) Monitor status kardiopulmonal (TD, frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas).

T: Pertahankan bedrest, pertahankan oksigenasi dan cairan

E: jelaskan penyebab atau faktor resiko syok dan perdarahan

K: Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, kolaborasi pemberian transfusi darah.

Transfusi sel darah merah berkali-kali dapat menimbulkan depresi tulang belakang, oleh karena itu perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital, reaksi alergi, dan tanda-tanda penting lainnya. Pengobatan penyebab, misalnya karena cacingan, maka anak perlu diberikan obat cacing.

11.2 Leukemia

11.2.1 Konsep Penyakit Leukemia

Leukemia adalah penyakit keganasan yang sering terjadi pada anak ditandai dengan adanya ploriferasi abnormal dari sel darah putih (leukosit) (Susilaningrum dkk, 2013; Mendri & Prayogi, 2018).

Berdasarkan perjalanan penyakitnya, leukemia dibagi menjadi akut dan kronis, sedangkan menurut morfologi sel terbagi menjadi 5 sesuai dengan jenis sistem hemopoetik dalam sumsum tulang, yaitu: eritropoetik, granulapoetik, trombopoetik, limfopoetik dan retikulosis.

Berdasarkan perjalanan penyakitnya, leukemia dibagi menjadi: Leukemia Lymphoblatik Akut (LLA), Leukemia

Myeloblastik Akut (LMA), Leukemia Lymphoblastik Kronik (LLK) dan Leukemia Myeloblastik Kronik (LMK).

Program terapi utama pada leukemia ditujukan untuk dua hal, yaitu:

1. Memperbaiki keadaan umum, dengan tindakan:
 - a. Transfusi sel darah merah padat (PRC) untuk mengatasi anemia. Perlu dilakukan transfusi trombosit jika kurang dari $10.000/\text{mm}^3$.
 - b. Pemberian antibiotik profilaksis untuk pencegahan infeksi
2. Pengobatan spesifik
Pelaksanaan sangat tergantung kebijakan masing-masing rumah sakit namun prinsip dasar pelaksanaannya adalah sebagai berikut:
 - a. Induksi untuk mencapai remisi. Obat yang diberikan untuk mengatasi kanker sering disebut dengan sitostatika (kemoterapi)
 - b. Intensifikasi, yaitu pengobatan secara intensif agar sel-sel yang tersisa tidak memperbanyak diri lagi
 - c. Mencegah penyebaran ke sistem saraf pusat, obat diberikan secara intrarectal.
 - d. Terapi rumatan (pemeliharaan) dimaksudkan untuk mempertahankan masa remisi.

11.2.2 Asuhan Keperawatan Leukemia

1. Pengkajian

Pengkajian pada anak leukemia harus dilakukan secara cermat karena sering disertai dengan keluhan-keluhan yang tidak spesifik di awal dan terkesan anak hanya menderita penyakit yang ringan. Adapun data yang didapatkan adalah data-data yang berkaitan dengan kegagalan sumsum tulang dan adanya infiltrasi ke organ lain, yaitu:

a. Usia

Leukemia merupakan kanker yang banyak diderita anak pada usia 2-5 tahun dan lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan.

- b. Sumsum tulang gagal memproduksi sel darah, keluhannya adalah:
 - 1) Anemia: pucat, mudah lelah, dan kadang-kadang sesak napas.
 - 2) Suhu tubuh tinggi dan mudah infeksi. Adanya penurunan leukosit dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh sehingga anak sering mengalami infeksi lokal maupun sistemik.
 - 3) Perdarahan
Tanda-tanda perdarahan sering juga dijumpai, misalnya perdarahan mukosa, epistaksis, perdarahan bawah kulit (petekie) bahkan perdarahan spontan karena trombosit yang sangat rendah.
- c. Sel-sel darah abnormal yang melakukan infiltrasi ke organ tubuh lain, biasanya ditandai dengan:
 - 1) Nyeri pada tulang dan persendian
 - 2) Pembesaran kelenjar getah bening, dapat diamati dengan palpasi superfisial
 - 3) Hepatosplenomegali
Lien atau limpa dapat mengalami pembesaran karena organ ini memiliki fungsi untuk membentuk eritrosit pada masa bayi dalam kandungan. Ketika sumsum tulang mengalami kerusakan, lien dan hepar akan mengambil alih untuk sistem pertahanan tubuh. Karena itu sebagai kompensasi, lien dan hepar dapat mengalami pembesaran.
 - 4) Penurunan kesadaran karena infiltrasi ke otak dapat menyebabkan kejang sampai koma.
- d. Data tidak spesifik untuk anak sakit juga perlu dikaji, yaitu:
 - 1) Penurunan nafsu makan yang akan mempengaruhi pola makan anak.
 - 2) Kelemahan dan kelelahan fisik
 - 3) Pola hidup, misalnya konsumsi bahan makanan yang mengandung karsinogenik (pengawet pada makanan kalengan misalnya).

- 4) Efek samping bila pasien menggunakan sitostatika contohnya rambut rontok, stomatitis atau kuku menghitam.
 - e. Pemeriksaan Penunjang Diagnosis
 - 1) Pemeriksaan darah, umumnya didapatkan hasil: Hb dan eritrosit menurun, leukosit (normal, menurun, atau meningkat), trombositopenia, hapusan data (hormokrom, normasiter, hampir sering dijumpai blastosit abnormal).
 - 2) Pemeriksaan sumsum tulang
Pemeriksaan sumsum tulang mutlak dilakukan pada anak dengan leukemia. Hasil pemeriksaan yang sering didapatkan adalah blastosit abnormal dan sistem hemopoitik normal terdesak.
2. Diagnosis Keperawatan
- a. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder dengan penurunan hemoglobin
 - b. Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor resiko gangguan koagulasi (adanya trombositopenia)
 - c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis adanya keengganan untuk makan
 - d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek kemoterapi atau terapi radiasi
3. Perencanaan Keperawatan
- a. Tingkat infeksi menurun
Intervensi: Pencegahan Infeksi
O: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
T: (1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. (2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.
E: (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada anak dan keluarga. (2) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.
K: Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu

b. Tingkat perdarahan menurun

Intervensi: Pencegahan Perdarahan

O: (1) Monitor tanda dan gejala perdarahan internal dan eksternal. (1) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah.

T: (1) Pertahankan *bed rest* selama perdarahan, lakukan mobilisasi secara hati-hati. (2) Batasi tindakan invasif (bila anak perlu diinjeksi, gunakan ukuran jarum yang kecil). (3) Gunakan sikat gigi yang lembut dan hindari pengambilan suhu dan pengobatan melalui anus.

E: (1) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K. (2) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

K: Kolaborasi pemberian produk darah.

c. Status nutrisi membaik

Intervensi: Manajemen nutrisi

O: (1) Identifikasi makanan yang disukai. (2) Monitor berat badan.

T: (1) Lakukan oral hygiene sebelum makan. (2) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

E: Ajarkan diet yang diprogramkan

K: Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

d. Citra tubuh meningkat

Intervensi: Promosi citra tubuh

O: Identifikasi harapan dan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan

T: (1) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis. (2) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh.

E: (1) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh. (2) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.

11.3 Hemofilia

11.3.1 Konsep Penyakit Hemofilia

Hemofilia adalah suatu penyakit genetik yang menyebabkan tubuh kekurangan protein untuk faktor pembekuan darah, sehingga sering terjadi perdarahan eksternal maupun internal yang sulit dihentikan. Jenis hemofilia terbagi menjadi 2 yaitu:

1. Hemofilia A: sekitar 80% kasus, penyebab karena kekurangan faktor VIII.
2. Hemofilia B atau biasa disebut Christmas disease: kekurangan faktor IX

Selain itu, berdasarkan jumlah faktor pembekuan darah, hemofilia digolongkan menjadi:

1. Hemofilia ringan, 5-30% dari jumlah normalnya dan mengalami masalah perdarahan hanya dalam situasi tertentu (misalnya operasi, cabun gigi atau saat mengalami luka serius)
2. Hemofilia sedang, 2-5% dari jumlah normalnya dan biasanya perdarahan dapat terjadi akibat aktivitas tubuh yang terlalu berat, seperti olahraga berlebihan.
3. Hemofilia berat, 1% dari jumlah normalnya dan dapat mengalami beberapa kali perdarahan dalam sebulan. Kadang-kadang perdarahan terjadi begitu saja tanpa sebab yang jelas.

11.3.2 Asuhan Keperawatan Hemofilia

dan prosedur mobilisasi. (2) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

- a. Proses keluarga membaik

Intervensi: Promosi Proses Efektif Keluarga

1. O: (1) Identifikasi tipe proses keluarga. (2) Identifikasi masalah atau gangguan dalam proses keluarga Pengkajian
 - a. Lakukan pengkajian fisik
 - b. Kaji riwayat kesehatan: riwayat penyakit keluarga (orang tua yang terkena hemofilia)
 - c. Observasi adanya manifestasi hemofilia, meliputi:

- 1) Perdarahan yang berkepanjangan dimana saja dari atau di dalam tubuh. Contoh perdarahan internal: memar terutama memar disertai pembengkakan, kemerahan atau nyeri di bagian tubuh tertentu terutama otot dan sendi (contohnya lutut). Tanda lain perdarahan internal yaitu hematuria (urin berwarna merah atau berwarna seperti teh), kotoran hitam atau berdarah, terdapat darah pada muntahan, mengalami sakit kepala, muntah, lesu (mengantuk) atau kejang.
- 2) Hemoragi karena trauma, misalnya saat anak kehilangan gigi, sirkumsisi, luka, epitaksis, saat injeksi dll.
- 3) Memar berlebihan karena cedera ringan
- 4) Hemoragi subcutan dan intramuscular
- 5) Hemartrosis (perdarahan dalam rongga sendi), khususnya lutut, pergelangan kaki, dan siku
- 6) Hematoma, nyeri, bengkak dan Gerakan terbatas
- 7) Hematuria spontan
- d. Bantu dengan prosedur diagnostik dan pengujian, misalnya koagulasi, penentuan faktor defisiensi khusus atau pengujian DNA.
2. Diagnosis Keperawatan
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan perdarahan jaringan dan sendi
 - b. Resiko cedera berhubungan dengan ketidaknormalan profil darah akibat perdarahan
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang karena efek perdarahan sendi dan jaringan
 - d. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional karena anak menderita penyakit serius
3. Perencanaan Keperawatan
 - a. Tingkat nyeri menurun
Intervensi: Manajemen Nyeri
O: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri

T: Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (hypnosis, akupresur, terapi bermain, dll)

E: (1) Jelaskan strategi meredakan nyeri. (2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

K: Kolaborasi pemberian analgetik

b. Tingkat Cedera menurun

Intervensi: Manajemen Cedera

O: (1) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera. (2) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera

T: (1) Sediakan pencahayaan yang memadai. (2) Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci

E: (1) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri. (2) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga

c. Mobilitas fisik meningkat

Intervensi: Dukungan Mobilisasi

O: Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

T: (1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. (2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

E: (1) Jelaskan tujuan

T: (1) Pertahankan interaksi yang berkelanjutan dengan anggota keluarga. (2) Motivasi anggota keluarga untuk melakukan aktivitas bersama seperti makan bersama, diskusi bersama

E: (1) Jelaskan strategi mengembalikan kehidupan keluarga yang normal kepada keluarga. (2) Diskusikan dukungan sosial dari sekitar keluarga. (3) Latih keluarga manajemen waktu jika perawatan di rumah dibutuhkan.

11.4 Talasemia

Talasemia adalah suatu gangguan atau penyakit hereditas diturunkan melalui gen pada sel darah karena ketidakcukupan protein atau rantai polipeptida kemoglobin (CDC, 2021; Broyles dalam Susilaningrum, 2013). Penyebab kerusakan hemoglobin karena gangguan pembentukan jumlah rantai globin atau struktur Hb sehingga mengakibatkan umur eritrosit prematur (kurang dari 120 hari). Insiden pembawa sifat talasemia di Indonesia sekitar 6-10%, dengan kata lain 6-10 orang dari 100 orang merupakan pembawa sifat talasemia (WHO dalam Ketut dan Sarwo, 2018). Kemungkinan sifat talasemia dapat diturunkan oleh pasangan suami istri adalah 25% anak menderita talasemia, 50% carrier dan 25% normal.

Talasemia terdiri dari 2 jenis, yaitu talasemia alfa (hilangnya globin alfa) dan talasemia beta (hilangnya globin beta), sedangkan secara klinis diklasifikasikan menjadi talasemia mayor dan talasemia minor. Talasemia mayor menunjukkan gejala yang jelas saat dilakukan pengkajian dan talasemia minor tidak memberikan gejala yang jelas.

Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Talasemia

1. Pengkajian

a. Asal keturunan/kewarganegaraan

Insiden talasemia banyak dijumpai di negara sekitar Mediterania (Turki, Yunani, Cyprus, dll). Talasemia merupakan penyakit darah yang paling banyak dijumpai pada anak.

b. Umur

Talasemia mayor biasanya gejala sudah muncul pada usia kurang dari 1 tahun, sedangkan pada talasemia yang memiliki gejala ringan biasanya datang berobat pada usia sekitar 4-6 tahun.

c. Riwayat kesehatan anak

Rendahnya Hb menimbulkan kecenderungan terjadinya infeksi saluran napas bagian atas atau infeksi lainnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Perlu dikaji apakah orang tua memiliki penyakit talasemia karena talasemia merupakan penyakit

herediter, misalnya jika kedua orang tua menderita talasemia maka anaknya berpotensi terkena talasemia mayor.

e. Riwayat ibu saat hamil

Pada masa kehamilan sangat penting untuk mengkaji secara mendalam faktor resiko terjadinya talasemia. Jika resiko tersebut ditemukan, ibu perlu diberikan informasi bahwa anaknya beresiko terkena talasemia.

f. Pertumbuhan dan perkembangan

Pada talasemia mayor, kecenderungan terdapat gangguan tumbuh kembang sejak bayi karena terjadi hipoksia jaringan yang bersifat kronis, juga sering ditemukan penurunan kecerdasan anak. Sedangkan pada talasemia minor tidak ditemukan gangguan tumbuh kembang anak.

g. Pola makan

Anak sering mengalami susah makan karena ada anoreksia sehingga berat badan anak kurang dari normal atau tidak sesuai dengan usianya.

h. Pola aktivitas

Anak tampak lemah dan kelelahan dan tidak selincah anak seusianya.

i. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum: tampak lemah dan kurang bergairah
- 2) Kepala dan bentuk muka: khusus bagi anak yang belum mendapatkan pengobatan terdapat tanda khas, yaitu kepala membesar dan bentuk muka mongoloid (hidung pesek tanpa pangkal hidung, jarak kedua mata lebar), tulang dahi lebar.
- 3) Konjungtiva tampak pucat kekuningan
- 4) Bibir pucat kehitaman
- 5) Anemia kronik mengakibatkan pembesaran jantung sehingga pada inspeksi dada kiri tampak lebih besar.
- 6) Perut terlihat buncit dan terdapat pembesaran limpa dan hati saat palpasi (hepatosplemagali)

- 7) Pertumbuhan fisik kecil dan berat badan kurang dari normal
- 8) Terdapat keterlambatan kematangan fungsi seksual, contohnya tidak adanya rambut ketiak, pubis atau kumis.
- 9) Kulit: warna pucat kekuningan, jika sering mendapat transfusi darah kulit menjadi kelabu seperti besi karena adanya hemosiderosis (penumpukan zat besi di jaringan).
- 10) Pengkajian psikososial pada anak meliputi usia, tugar perkembangan psikososial, kemampuan beradaptasi dengan penyakit dan mekanisme koping yang digunakan anak. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian psikososial pada keluarga meliputi respons emosional keluarga, koping yang digunakan keluarga, dan penyesuaian keluarga terhadap stres.
- 11) Penegakkan diagnosis
 - a) Pemeriksaan darah tepi didapatkan gambaran: anisositosis (sel darah tidak terbentuk sempurna), hipokrom (sel berkurang), poikilositosis adanya bentuk sel darah yang tidak normal), terdapat fragmentasi dan banyak sel normoblast, kadar Fe dalam serum tinggi pada sel target.
 - b) Kadar hemoglobin rendah, yaitu kurang dari 6 mg/dl. Hal ini terjadi karena penghancuran sel darah merah.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan karena penurunan nafsu makan.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin akibat perdarahan
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder karena penurunan hemoglobin
- e. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik karena anemia kronis
- f. Ketidakefektifan coping keluarga berhubungan dengan dampak penyakit anak terhadap fungsi keluarga.

3. Perencanaan Keperawatan

Secara umum tujuan perawatan anak talasemia adalah sebagai berikut:

- a. Anak akan terpenuhi kebutuhan perfusi jaringan sehingga dapat melaksanakan aktivitas yang layak sesuai kemampuannya
- b. Keluarga dapat memahami keadaan anaknya dan berkurang cemasnya serta dapat membantu program terapi anaknya. Konseling genetic juga perlu dipahami dan didukung oleh keluarga.
- c. Terhindar dari resiko infeksi dan komplikasi seperti ISPA, gagal jantung, dan perdarahan lien.
- d. Terpenuhi kebutuhan nutrisi dan dapat tumbuh normal sesuai usianya.

a) Status nutrisi membaik

Intervensi: Manajemen Nutrisi, Promosi Berat Badan

O: (1) Monitor adanya mual muntah (2) Monitor albumin, limfosit dan elektrolit serum

T: Hidangkan makanan secara menarik dan berikan suplemen bila perlu

E: (1) Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi (2) Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan.

b) Perfusi perifer meningkat

Intervensi: Perawatan Sirkulasi

O: (1) Periksa sirkulasi perifer. (2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi

T: Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.

E: Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (misalnya melembabkan kulit kering pada kaki)

c) Toleransi aktivitas meningkat

Intervensi: Manajemen energi

O: (1) Monitor pola dan jam tidur. (2) Monitor kelelahan fisik dan emosional.

T: Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

E: (1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. (2) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

K: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

d) Tingkat Infeksi Menurun

Intervensi: Pencegahan Infeksi

O: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

T: (1) Batasi jumlah pengunjung (2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

E: (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi. (2) Ajarkan cara cuci tangan dengan benar. (3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

K: Kolaborasi pemberian imunisasi

e) Status Perkembangan Membaik

Intervensi: Promosi Perkembangan Anak

O: Identifikasi kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi anak

T: (1) Fasilitasi hubungan anak dan teman sebayanya. (2) Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak. (3) Dukung anak mengekspresikan perasaannya secara positif

E: (1) Ajarkan sikap kooperatif, bukan kompetisi di antara anak. (2) Ajarkan anak cara meminta bantuan dari anak lain

- K: Rujuk untuk konseling ke psikolog, jika perlu
- f) Status koping keluarga membaik
- Intervensi: Promosi Koping
- O: Identifikasi kemampuan yang dimiliki dan metode penyelesaian masalah
- T: (1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. (2) Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- E: (1) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama. (2) Anjurkan penggunaan sumber spiritual.

Prosedur Pemberian Produk Darah (PPNI, 2021)

Kategori: fisiologis

Subkategori: sirkulasi

Definisi: mempersiapkan dan memberikan produk darah dengan menggunakan set transfusi.

Diagnosis Keperawatan yang terkait:

1. Hipovolemia
2. Resiko Hipovolemia
3. Perfusi perifer tidak efektif
4. Resiko perfusi perifer tidak efektif
5. Resiko syok
6. Resiko alergi

Luaran Keperawatan:

1. Status cairan membaik
2. Perfusi perifer meningkat
3. Tingkat syok menurun
4. Tingkat alergi menurun

Prosedur

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
 - a. Produk darah, sesuai kebutuhan
 - b. Sarung tangan bersih

- c. Set transfusi (blood set)
 - d. Cairan NaCl 0,9%
 - e. Kateter IV
 - f. Sduit 3 cc
 - g. Alkohol swab
 - h. Pengalas
 - i. Bengkok
 - j. Plester
 - k. Gunting
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 5. Pasang sarung tangan bersih
 6. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah dan identitas pasien)
 7. Pasang akses intravena, jika belum terpasang
 8. Periksa kepatenan akses intravena, flebitis dan tanda infeksi lokal
 9. Berikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan
 10. Sambungkan kantung darah dengan set transfusi
 11. Atur kecepatan transfusi 2 mL/menit pada 15 menit pertama dan jika terjadi respons alergi maka transfusi dapat dipercepat sesuai target dan kondisi pasien
 12. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam (untuk WB, PRC, PRC-LD, WE), 2 jam untuk TC, atau 6 jam (untuk FFP dan *cryoprecipitate*)
 13. Bila selang dengan mengalirkan cairan NaCl 50-100 mL
 14. Monitor TTV dan adanya tanda/gejala respons alergi (saat ditransfusi dimulai, 15 menit setelah transfusi dimulai, saat transfusi selesai, 4 jam setelah transfusi selesai).
 15. Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi
 16. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 17. Lepaskan sarung tangan
 18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 19. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Anak Sakir dan Bayi Resiko Tinggi* (1st ed.). Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Nelson. (1993). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Susilaningrum, Rekawati, Nursalam, Utami, S. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan* (2nd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- <https://www.cdc.gov/ncbddd/thalassemia/facts.html#:~:text=A%20person%20who%20has%20thalassemia,may%20need%20regular%20blood%20transfusions>. diakses tanggal 29 Maret 2021.

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN GIZI

Oleh Wa Nuliana

12.1 Konsep Gizi Pada Bayi Dan Anak

12.1.1 Pengertian gizi

Gizi atau nutrient merupakan bagian penting dalam pemenuhan kebutuhan kehidupan seseorang terutama dalam kesehatan dan pembangunan. Ilmu gizi berkaitan dengan semua aspek interaksi antara makanan dan nutrisi, kehidupan, kesehatan dan penyakit. Proses ini dimulai ketika sebuah zat makanan ditelan, diserap, diangkut, dimanfaatkan dan dikeluarkan dalam tubuh manusia (Beauman et al., 2005; Cederholm et al., 2017).

Pada bayi dan anak gizi dibutuhkan dalam pertumbuhan dan perkembangan, menghasilkan energi, pemeliharaan jaringan tubuh, peningkatkan kesehatan (Harjatmo, Pari and Wiyono, 2017), perkembangan kognitif, kinerja sekolah, serta terhindar dari suatu penyakit dan produktivitas masa depan (UNICEF, 2019). Untuk mencapai kondisi ini diperlukan zat gizi atau nutrient yang diperoleh dari makanan yang dikonsumsi.

12.1.2 Kebutuhan gizi pada bayi dan anak

Bayi dan anak memiliki pertumbuhan yang cepat dibandingkan dengan orang dewasa. Pertumbuhan berat badan ini dimulai 6 minggu selama dikandung dan dalam 4-5 bulan setelah lahir. Kondisi ini bergantung pada suplai nutrisi yang diperoleh. Bayi muda yang sehat membutuhkan sekitar 3 kali lebih banyak energi per kg berat badan daripada orang dewasa, karena kebutuhan metabolisme yang meningkat untuk pertumbuhan (Koletzko, 2008).

Secara garis besar terdapat dua jenis zat gizi yaitu makronutrient dan micronutrient. makronutrient adalah zat

yang kandungannya dapat memberikan energi utama pada bayi dan anak seperti; lemak, karbohidrat, dan protein, sedangkan micronutrient adalah vitamin, mineral dan unsur renik (trace element) yang dibutuhkan dalam jumlah sedikit namun dampaknya pada kesehatan tubuh sangat penting (UNICEF, 2019; Webster-Gandy, Madden and Holdsworth, 2019).

Selain pemenuhan gizi yang harus dipenuhi, kebutuhan gizi pada bayi dan anak juga harus seimbang. Sebagaimana tertuang dalam “Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 41 tahun 2014 tentang pedoman gizi seimbang disebutkan bahwa makanan yang diberikan harus mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan memantau berat badan secara teratur”. Upaya ini ditujukan untuk mempertahankan berat badan normal dalam mencegah masalah gizi.

Gizi seimbang harus disesuaikan dengan usia anak. Pada usia 0-6, anak hanya diberikan ASI (Air Susu Ibu) (Kementerian Kesehatan RI, 2014). ASI merupakan makanan utama bayi yang mengandung zat gizi yang komplit seperti karbohidrat (laktosa), lemak (*polyunsaturated fatty acid*/asam lemak tak jenuh ganda), protein (lactalbumin), vitamin dan mineral serta zat anti infeksi. Kandungan lengkap pada ASI sehingga dijadikan intervensi kesehatan masyarakat yang utama dalam mengurangi kematian pada neonatus dan bayi (Ali, Dhaded and Goudar, 2014). Pemberian ASI pada bayi direkomendasikan oleh WHO dan UNICEF dilakukan 1 jam setelah lahir dan harus dilanjutkan hingga anak berusia 2 tahun (ASI Eksklusif) (Kementerian Kesehatan RI, 2014; *World Health Organization* (WHO), 2021a).

Pada anak usia 6-24 bulan anak diberikan ASI ditambah dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI). pada usia 6 bulan, kebutuhan energi dan zat gizi bayi sudah mengalami peningkatan, jika anak hanya diberikan ASI saja tidak cukup, sehingga perlu adanya makanan pendamping untuk memenuhi kebutuhan gizi tersebut. Makanan yang diberikan pada usia ini, dimulai dari makanan yang bentuk lumat, kemudian makanan lembik, dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi

mulai berusia satu tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Transisi ini disebut MP-ASI (Makanan Pendamping ASI).

MP-ASI yang diperkenalkan harus; tepat waktu, memadai, aman dan diberikan dengan benar. Tepat waktu-artinya diberikan saat kebutuhan energi dan nutrisi meningkat, apa yang dapat diberikan melalui ASI eksklusif; memadai-artinya menyediakan energi, protein, dan zat gizi mikro yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi anak yang sedang tumbuh; aman-artinya disimpan dan disiapkan secara higienis, dan diberi makan dengan tangan bersih menggunakan peralatan bersih dan bukan botol dan dot; diberi makan dengan benar-artinya diberikan sesuai dengan sinyal nafsu makan dan rasa kenyang anak, dan frekuensi makan serta pemberian makan sesuai dengan usia (WHO, 2003).

World Health Organization (WHO), (2021), menyatakan bahwa prinsip untuk pemberian makanan pendamping ASI yang tepat adalah sebagai berikut;

1. Pemberian ASI pada anak harus diteruskan hingga anak berusia 2 tahun dan ketika bayi meminta ASI ibu harus menyusui.
2. Mempraktekkan pemberian makan yang responsif (misalnya, memberi makan bayi secara langsung dan membantu anak yang lebih besar. Beri makan dengan perlahan dan sabar, dorong mereka untuk makan tetapi jangan memaksa mereka, bicaralah dengan anak dan pertahankan kontak mata)
3. Mempraktikkan kebersihan yang baik dan penanganan makanan yang benar
4. Pada anak usia 6 bulan, mulailah memberikan makanan dalam jumlah kecil dan tingkatkan secara bertahap seiring bertambahnya usia anak
5. Makanan yang diberikan harus bervariasi dan konsistensi makanan harus ditingkatkan secara bertahap.
6. Tingkatkan frekuensi makan anak: 2-3 kali sehari untuk bayi usia 6-8 bulan dan 3-4 kali sehari untuk bayi usia 9-23 bulan, dengan 1-2 kudapan tambahan sesuai kebutuhan
7. Menggunakan makanan pelengkap yang diperkaya atau suplemen vitamin-mineral sesuai kebutuhan;

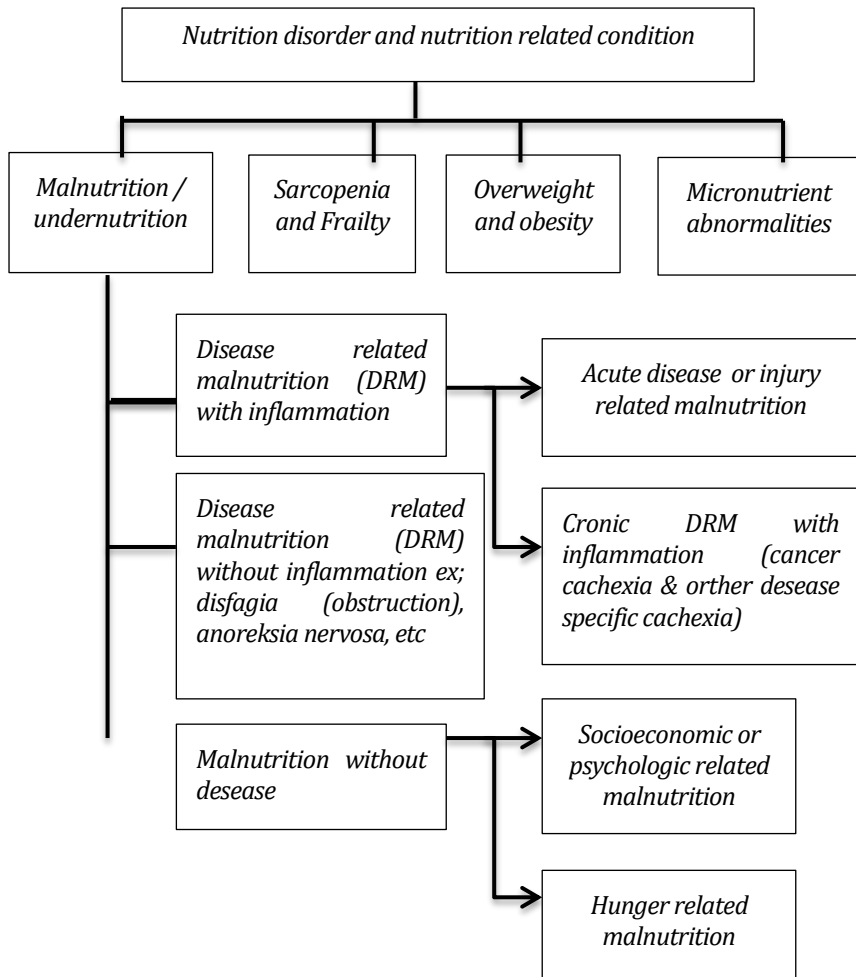
8. Selama sakit, tingkatkan asupan cairan termasuk lebih banyak menyusui, dan tawarkan makanan favorit yang lembut.

Anak usia 6-9 tahun, anak harus dibiasakan makan 3 kali sehari dengan keluarga, diperbiasakan mengkonsumsi ikan dan sumber protein lainnya, banyak makan sayur dan buah, bila ke sekolah membawa bekal makanan dan air putih dari rumah, batasi makanan cepat saji, jajanan dan makanan selingan yang manis, asin dan berlemak, menyikat gigi 2 kali sehari dan hindari merokok. Anak usia 10-19 tahun (masa prapubertas-pubertas), pada usia ini, anak membutuhkan porsi makanan yang banyak untuk pertumbuhan linier pada awal remaja, banyak mengkonsumsi makanan yang beragam, sayuran hijau dan buah-buahan yang berwarna. Khusus untuk remaja putri, konsumsi zat besi dan asam folat sangat penting untuk ditingkatkan di usia ini (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

12.1.3 Gangguan gizi pada bayi dan anak

Gangguan gizi pada bayi dan anak dapat terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran zat gizi dalam tubuh atau disebut juga sebagai nutritional imbalance. Ketidakseimbangan ini dapat berupa kekurangan gizi atau kelebihan gizi (Arisman, 2009).

Cederholm et al., (2017) menyatakan bahwa masalah gizi terjadi, karena adanya gangguan gizi dan kondisi tertentu yang mempengaruhi gizi seseorang. Masalah gizi dibagi menjadi empat yaitu malnutrisi / undernutrition; sarcopenia dan frailty; overweight dan obesitas; serta abnormalitas micronutrient (gambar 15).



Gambar 15. Masalah gizi (Cederholm *et al.*, 2017)

1. Malnutrisi / undernutrition

Malnutrisi dapat didefinisikan sebagai “keadaan akibat kurangnya asupan atau penyerapan nutrisi yang menyebabkan perubahan komposisi tubuh (penurunan massa bebas lemak) dan massa sel tubuh yang menyebabkan penurunan fungsi fisik dan mental dan gangguan hasil klinis dari penyakit. Malnutrisi yang dihubungkan dengan penyakit akibat inflamasi penyakit akut dan kronis; malnutrisi tanpa inflamasi misalnya disfagia

yang disebabkan karena adanya obstruksi saluran cerna, anoreksia nervosa dan sebagainya; dan malnutrisi tanpa adanya penyakit yang disebabkan karena social ekonomi dan kelaparan. Pada malnutrisi yang disebabkan penyakit kronis misalnya kanker dan cachexia (Cederholm et al., 2017). Cachexia atau protein-energy wasting” (PEW) pada anak dapat dijumpai pada anak penyakit kronis seperti CKD (chronic kidney disease) (Mak et al., 2012).

Dipasquale, Cucinotta and Romano, (2020) menyatakan bahwa malnutrisi akut sering terjadi pada anak-anak. Malnutrisi akut didefinisikan sebagai kekurangan gizi yang diakibatkan oleh asupan energi atau protein yang tidak mencukupi. Malnutrisi akut menyebabkan perubahan biokimia berdasarkan mekanisme metabolisme, hormonal dan glukoregulasi. Kondisi ini banyak terjadi pada Negara berkembang, penyebab utamanya karena faktor ekonomi dan lingkungan. Sedangkan penyebab lainnya karena penyakit sehingga terjadi deficit yang abnormal pada tubuh, pengeluaran energi yang berlebih atau penurunan asupan makanan. Malnutrisi akut mencakup kwashiorkor dan marasmus. Kedua keadaan ini, hampir mirip gejalanya namun dibedakan dengan adanya edema pada kwashiorkor.

2. *Sarcopenia dan frailty*

Sarcopenia adalah sindrom yang ditandai dengan hilangnya massa otot rangka, kekuatan dan fungsi (kinerja) secara progresif dan umum dengan konsekuensi risiko hasil yang merugikan (Cederholm et al., 2017; Podgórska-Bednarz et al., 2021), dapat terjadi pada anak dengan penyakit liver kronis, limfomablastik akut. Gangguan ini memiliki dampak negatif yang berkepanjangan pada pertumbuhan, perkembangan neurokognitif, dan kualitas hidup yang berlanjut hingga dewasa (Ooi et al., 2020). Sarcopenia dapat diagnosis dengan mengukur relatif massa otot atau muscle mass (SMI) dan kekuatan otot atau muscle strength (rMGS) (Podgórska-Bednarz et al., 2021).

frailty dipersepsikan secara umum sebagai kelemahan adalah keadaan kerentanan dan non-ketahanan dengan kapasitas cadangan terbatas dalam sistem organ utama tubuh.

Hal ini menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk menahan stres seperti trauma atau penyakit dan dengan demikian kelemahan merupakan faktor risiko ketergantungan dan kecacatan. *frailty* disebabkan karena malnutrisi, kurangnya aktivitas fisik, penyakit kronis, polifarmasi, dan ketidakseimbangan hormonal, sitokin, dan metabolisme (Cederholm et al., 2017).

Lurz et al., (2018) menilai *frailty* pada anak dengan 5 aspek yaitu; *weakness* (kelemahan), menilai kekuatan genggam dengan menggunakan jamar hand dynamometer (Kg/m²); *slowness* (kelambatan) menilai jarak tempuh dengan berjalan (meter), minimal 6 meter "*normal walking*"; *shrinkage* (penyusutan) menilai konsistensi tubuh dengan tricep skinfold *thickness* (cm); *exhaustion* (kelelahan) yang dinilai dengan menggunakan kuesioner anak yang sudah tervalidasi misalnya PedsQl 4.0 multidimensional dengan 3 subskala (*general fatigue, rest fatigue, cognitive fatigue*) atau 4 subskala penilaian (*physical, emotion, social, and scholl functioning*) ; dan *diminished physical activity* (penurunan aktifitas fisik) menggunakan kuesioner anak yang tervalidasi yaitu Modified PAQ-C (<13 tahun) dan PAQ-A (≥13 tahun).

3. Overweight dan obesitas

Overweight (gizi lebih) dan obesitas diartikan sebagai penumpukkan abnormal atau kelebihan lemak dari pada yang diperlukan tubuh (*World Health Organization* (WHO), 2021b), dinilai berdasarkan berat badan/BB (Kg) per panjang badan/PB atau tinggi badan/TB (m²) untuk anak usia 0-60 bulan (<5 tahun) dan IMT (Indeks Massa Tubuh) per usia untuk anak 5-18 tahun.

Penentuan *overweight* dan obesitas pada anak merujuk pada tabel antropometri dan grafik pertumbuhan anak berdasarkan standar WHO. Untuk anak usia < 5 tahun (PB atau TB per BB), dikatakan anak *overweight* jika BB/PB atau BB/TB; Z skor >+2 sampai dengan +3 SD standar deviasi (SD) dan obesitas jika BB/PB atau BB/TB: Z skor >+3 SD. Untuk anak usia 5-18 tahun (IMT/Usia), dikatakan *overweight* jika diperoleh Z

skor $>+2$ sampai dengan $+3$ SD, dan obesitas jika Z skor $>+3$ SD (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), (2021), melaporkan bahwa berbagai perilaku seperti mengkomsumsi makanan dan minuman yang berkalori tinggi, rendah nutrisi, penggunaan obat-obatan dan rutinitas tidur yang berlebih serta kurangnya aktivitas (tidak mendapatkan aktivitas yang cukup dan banyak waktu yang terpakai untuk aktivitas yang tidak bergerak misalnya nonton TV atau main gadget atau smartphone dapat meningkatkan berat badan berlebih atau obesitas.

Anak dengan obesitas beresiko untuk menderita penyakit jantung (Cote *et al.*, 2013), resistensi insulin, penyakit diabetes mellitus tipe 2, masalah dalam pernapasan (apnea)(Narang and Mathew, 2012; Mofid, 2014) , masalah sendi dan ketidaknyamanan muskuloskeletal (Pollock, 2016), masalah psikologis seperti kecemasan depresi, harga diri rendah dan *bullying* (Halfon, Larson and Slusser, 2013; Bacchini *et al.*, 2015).

4. Abnormalitas *micronutrient*

Kelainan mikronutrien dapat melibatkan kekurangan atau kelebihan satu atau lebih vitamin, elemen atau mineral. Kondisi ini dapat terjadi akibat perubahan asupan makanan, gangguan penyerapan, kehilangan atau defisit pada tubuh (Cederholm *et al.*, 2017).

12.2 Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dan Anak Dengan Gangguan Gizi

12.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada bayi dan anak dengan gangguan gizi dapat dilakukan dengan menilai beberapa komponen meliputi; *antropometri, biochemical, clinical/ medical history, dietary, development feeding skill* dan karakteristik social ekonomi (Latif *et al.*, 2010).

1. Antropometri

Antropometri adalah suatu metode yang digunakan sebagai acuan untuk menilai status gizi dan tren pertumbuhan anak berdasarkan 4 parameter (BB/U, PB/U atau TB/U, BB/PB atau BB/TB dan IMT/U), dapat dilihat pada table 5.

Tabel 7. Parameter, kategori dan ambang batas status gizi anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut umur (BB/U) anak usia 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<- 3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (<i>normal</i>)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted Gizi</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	baik (<i>normal</i>)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinness</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (<i>normal</i>)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD sd + 2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 2 SD

Sumber; Kementerian Kesehatan RI, (2020)

Selain 4 parameter diatas pengukuran lingkaran kepala, pengukuran ketebalan lipatan kulit dan lingkaran lengan atas (LILA) atau *mid-upper-arm circumference* (MUAC), juga merupakan metode yang berguna untuk mengevaluasi komposisi tubuh (Dipasquale, Cucinotta and Romano, 2020).

Lingkar kepala diukur dengan menggunakan pita pengukur yang dilingkarkan pada kepala dengan tujuan untuk menilai pertumbuhan otak dan perkembangan syaraf anak yang erat kaitannya dengan kemampuan kognitif anak, Lingkar lengan atas (LILA) merupakan menggambarkan kondisi jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit, yang tidak berpengaruh oleh cairan tubuh (Harjatmo, Pari and Wiyono, 2017). LILA digunakan untuk menilai gizi buruk pada anak <5 tahun (Adelia

and Susanto, 2020) juga untuk menilai kekurangan energy kronis pada ibu hamil dan wanita usia subur (Harjatmo, Pari and Wiyono, 2017).

2. *Biochemical* atau pemeriksaan laboratorium

Penilaian biokimia merupakan bagian dari rangkaian pemeriksaan yang digunakan dalam penilaian status gizi. Pemeriksaan ini dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium baik melalui urin, maupun darah (Dipasquale, Cucinotta and Romano, 2020). Jenis dan frekuensi tes akan didasarkan pada sifat dan tingkat keparahan penyakit, jenis dukungan nutrisi yang diberikan, hasil tes sebelumnya dan pengaturan dimana perawatan diberikan dan protokol lokal yang disepakati. Tes ini dilakukan untuk memantau pemberian nutrisi enteral atau parenteral adalah sama. Jenis pemeriksaannya meliputi Sodium, potassium, urea and creatinine, Serum albumin dan C-reactive protein, Calcium, phosphate dan magnesium (Mishra, Bastola and Jha, 2009; Torrance, 2018; Fiorentini *et al.*, 2021), pemeriksaan hematocrit. Hemoglobin dan albumin (Latif *et al.*, 2010; Dipasquale, Cucinotta and Romano, 2020).

3. *Clinical / medical history*

Penilaian klinis atau riwayat medis sangat penting dinilai, untuk menilai gejala anak saat ini dan masalah kesehatan yang sudah ada sebelumnya, termasuk rasa sakit dan mobilitas (Wiskin *et al.*, 2015). Penilaian klinis mencakup kondisi yang dapat mempengaruhi dan menunjukkan perubahan atau masalah pada gizi anak seperti mual, muntah, diare, sembelit, kesulitan mengunyah, kesulitan menelan, *old man face*, *flag sign*, anemia, *bitot spot*, papil, lidah atrofi, iga gambang, pembesaran pada hati, *banggy pant*, edema pada hati, lemak sub kutan sedikit, nyeri dan lain-lain (Wiskin *et al.*, 2015; Arpaci, Toruner and Altay, 2018; Webster-Gandy, Madden and Holdsworth, 2019). Penilaian klinis dapat dilakukan melalui pemeriksaan fisik dengan melihat tanda dan gejala yang ditimbulkan pada tubuh anak seperti memeriksa pada tangan,

kulit, wajah dan rambut yang dapat mengindikasikan adanya defisiensi nutrisi (Wiskin *et al.*, 2015).

4. *Dietary*

Pengkajian dietary dilakukan dengan cara anamnesa oleh perawat mencakup asupan makanan, pemberian makan dan nutrisi; pola makanan khas anak (jenis makanan dan seberapa sering, keengganan dan preferensi), penggunaan suplemen oral dan vitamin (Latif *et al.*, 2010). Jenis makanan yang diberikan pada anak seperti ASI, susu formula, bubur susu, nasi tim, makanan biasa: lauk, sayuran, buah-buahan, dan lain-lain, termasuk formula parenteral. Selain jenis makanan yang diberikan, cara pemberian makanan juga perlu dikaji; Makanan yang diberikan dapat melalui oral, enteral ataukah parenteral.

Pengkajian ini juga dapat dilakukan dengan food record dan food recall 24 jam, yaitu rekapan apa yang dikonsumsi anak dimasa lalu meliputi jenis dan jumlah makanan dalam sehari. Kedua penilaian ini merupakan penilaian kuantitatif (Webster-Gandy, Madden and Holdsworth, 2019). Selain mengetahui apa yang dikonsumsi, perawat atau tenaga kesehatan juga harus mengkaji keluhan atau kurangnya nafsu makan, rasa kenyang untuk menilai adanya perbedaan normalitas (Wiskin *et al.*, 2015).

5. *Developmental feeding skills*

Developmental feeding skill merupakan pemeriksaan yang dilakukan perawat dengan wawancara atau anamnesa pengasuh. Tindakan ini bertujuan untuk menilai perkembangan keterampilan makan anak meliputi *oral motor control*, frekuensi dan durasi makan, konsistensi makan, kemampuan makan sendiri, cara pemberian makan anak seperti melalui botol, menyusui, atau gelas/cup serta kemajuan makan anak (Latif *et al.*, 2010).

6. Karakteristik social ekonomi

Karakteristik social ekonomi dilakukan dengan wawancara atau melihat catatan kesehatan. Dilakukan untuk menilai pola makan yang memadai atau tidak sesuai. Pengkajian

ini meliputi jumlah keluarga dan tingkat pendapatan, budaya pola makan keluarga, dan kecukupan sumber makanan (Latif *et al.*, 2010).

12.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis yang diperoleh dari respon individu, keluarga, komunitas terhadap masalah kesehatan yang dialaminya. Beberapa contoh diagnosa keperawatan utama yang dapat diambil pada anak dengan gangguan gizi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) meliputi;

1. Berat badan berlebih (D.0018)

Defenisi: Akumulasi lemak berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin.

Penyebab: kurang aktifitas fisik harian, kelebihan konsumsi gula, gangguan kebiasaan makan, penggunaan energy kurang dari asupan, sering mengemil, factor keturunan, penggunaan makanan formula atau makanan campuran (pada bayi), makanan padat sebagai sumber makanan utama pada usia <5 bulan, dan asupan kalsium rendah (pada anak-anak).

Gejala dan tanda mayor;

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: IMT $>25 \text{ kg/m}^2$ (pada dewasa) atau berat badan dan Panjang badan lebih dari presentil 95 (pada anak <2 tahun) atau IMT pada presentil ke 85-95 (pada anak 2-18 tahun)

Gejala dan tanda minor;

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: Tebal lipatan kulit trisep $>25 \text{ mm}$.

2. Deficit nutrisi (D. 0019)

Defenisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab: ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, factor psikologis.

Gejala dan tanda mayor;

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor;

Subjektif: cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Objektif: bising usus hiperaktif, otot penguyah dan menelan melemah, membrane mukosa pucat, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan.

3. Disfungsi motilitas gastrointestinal (D. 0021)

Defenisi: peningkatan, penurunan, tidak efektif atau kurangnya aktifitas peristaltic usus.

Penyebab: asupan enteral, intoleransi makanan, malnutrisi.

Gejala dan tanda mayor;

Subjektif: mengungkapkan nyeri/kram abdomen, flatus tidak ada

Objektif: suara peristaltic berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)

Gejala dan tanda minor;

Subjektif: merasa mual.

Objektif: residu lambung meningkat/menurun, muntah, regusitasi, pengosongan lambung cepat, distensi abdomen, feses keras dan sulit keluar, diare.

4. Obesitas (D. 0030)

Defenisi: Akumulasi lemak berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin, serta melampaui kondisi berat badan lebih (*overweight*).

Penyebab: kurang aktifitas fisik harian, kelebihan konsumsi gula, gangguan kebiasaan makan, penggunaan energy kurang dari asupan, sering mengemil, factor keturunan, penggunaan makanan formula atau makanan campuran (pada bayi), makanan padat sebagai sumber makanan utama pada usia <5 bulan, dan asupan kalsium rendah (pada anak-anak).

Gejala dan tanda mayor;

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: IMT $>27 \text{ kg/m}^2$ (pada dewasa) atau berat badan dan Panjang badan lebih dari presentil 95 (pada anak <2 tahun)

Gejala. dan tanda minor;

Subjektif: (tidak tersedia).

Objektif: Tebal lipatan kulit trisep >25 mm.

12.2.3 Luaran dan Kriteria Hasil

Luaran keperawatan merupakan indikator atau kriteria hasil yang digunakan untuk mengevaluasi intervensi yang diberikan pada pasien. Luaran keperawatan dapat berupa kondisi, perilaku atau persepsi pasien maupun keluarga. Pada pokok bahasan ini, luaran dan kriteria hasil yang diambil hanya pada luaran utama dari diagnosa keperawatan pada point 11.2.2 berdasarkan PPNI, (2019). Adapun luaran dan kriteria hasil tersebut diuraikan berikut ini:

Tabel 8. Luaran dan kriteria hasil berdasarkan diagnosa keperawatan (PPNI, 2019)

Diagnosa keperawatan 1; Berat badan berlebih (D.0018)

Luaran utama : berat badan (L.03018)

Defenisi luaran; Akumulasi bobot tubuh sesuai dengan usia dan jenis kelamin

Ekspetasi; membaik

Kriteria hasil:

	Memburuk	cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik
Berat badan	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit	1	2	3	4	5
Indeks masa tubuh	1	2	3	4	5

Diagnosa keperawatan 2; Deficit nutrisi (D. 0019)

Luaran utama : Status nutrisi (L.03030)

Defenisi luaran; keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Ekspetasi; membaik

Kriteria hasil:

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Porsi makan dihabiskan	1	2	3	4	5
Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5
Albumin serum	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang makanan sehat	1	2	3	4	5

	Memburuk	cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik
Berat badan	1	2	3	4	5
IMT	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit trisept	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5

Diagnosa keperawatan 3; Disfungsi motilitas gastrointestinal (D.0021)

Luaran utama : Motilitas gastrointestinal (L.03023)

Defenisi luaran; aktivitas peristaltic gastrointestinal

Ekspetasi; membaik

	Kriteria hasil:				
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Nyeri	1	2	3	4	5
Kram abdomen	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Regurgitasi	1	2	3	4	5
Diare	1	2	3	4	5
Distensi abdomen	1	2	3	4	5
Suara peristaltik	1	2	3	4	5
Faltus	1	2	3	4	5

Diagnosa keperawatan 4; Obesitas (D. 0030)

Luaran utama : berat badan (L.03018)

Defenisi luaran; Akumulasi bobot tubuh sesuai dengan usia dan jenis kelamin

Ekspetasi; membaik

		Kriteria hasil:				
		Memburuk	cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik
Berat badan		1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit		1	2	3	4	5
Indeks masa tubuh		1	2	3	4	5

Luaran tambahan: citra tubuh (L.09067)

Defenisi: persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu

Ekspetasi: meningkat

		Kriteria hasil:			
	Memburuk	cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik
Respon non verbal pada perubahan tubuh	1	2	3	4	5
Hubungan sosial	1	2	3	4	5

12.2.4 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan perawat sesuai dengan kemampuan atau skill yang dimiliki dan penialain klinis guna meningkatkan, mencegah dan memulihkan kesehatan klien, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang diambil. Pada materi ini, intervensi yang diambil merupakan intervensi utama sesuai dengan diagnosa keperawatan (point 16.2.2), yang bersumber pada buku standar

intervensi keperawatan Indonesia oleh PPNI, 2018. Adapun intervensi yang diberikan meliputi;

1. Manajemen nutrisi (I. 03119)
2. Manajemen berat badan (I. 03097)
3. Promosi latihan fisik (I. 05183)
4. Promosi berat badan (I. 03097)
5. Pengontrolan infeksi (I. 14551)
6. Edukasi berat badan efektif (I. 12365)
7. Promosi citra tubuh (I. 09305)
8. Promosi koping (I. 09312)

12.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam menerapkan atau mengatualisasikan apa yang telah direncanakan (intervensi) guna mengatasi masalah kesehatan klien (Semachew, 2018).

12.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan perawat untuk menilai sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan indikator dan kriteria hasil yang ditetapkan (Semachew, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Adelia, S. and Susanto, J. C. (2020) 'Mid-upper arm circumference measurement for severe malnutrition screening in underfives', *Paediatrica Indonesiana(Paediatrica Indonesiana)*, 60(1), pp. 42–52. doi: 10.14238/pi60.1.2020.42-52.
- Ali, S. S., Dhaded, S. M. and Goudar, S. S. (2014) 'The impact of nutrition on child development at 3 years in a rural community of India', *International Journal of Preventive Medicine*, 5(4), pp. 494–499.
- Arisman (2009) *Buku Ajar Ilmu Gizi; Gizi dalam Daur Kehidupan*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Arpaci, T., Toruner, E. and Altay, N. (2018) 'Assessment of Nutritional Problems in Pediatric Patients with Cancer and the Information Needs of Their Parents: A Parental Perspective', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(2), pp. 231–236. doi: 10.4103/apjon.apjon_78_17.
- Bacchini, D. *et al.* (2015) 'Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study', *PLoS ONE*, 10(11), pp. 1–13. doi: 10.1371/journal.pone.0142715.
- Beauman, C. *et al.* (2005) 'The principles, definition and dimensions of the new nutrition science', *Public Health Nutrition*, 8(6a), pp. 695–698. doi: 10.1079/phn2005820.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2021) *Childhood Obesity Causes & Consequences*. Available at: <https://www.cdc.gov>.
- Cederholm, T. *et al.* (2017) 'ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition', *Clinical Nutrition*, 36(1), pp. 49–64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
- Cote, A. T. *et al.* (2013) 'Childhood obesity and cardiovascular dysfunction', *Journal of the American College of Cardiology*, 62(15), pp. 1309–1319. doi: 10.1016/j.jacc.2013.07.042.
- Dipasquale, V., Cucinotta, U. and Romano, C. (2020) 'Acute malnutrition in children: Pathophysiology, clinical effects and treatment', *Nutrients*, 12(8), pp. 1–9. doi: 10.3390/nu12082413.

- Fiorentini, D. *et al.* (2021) 'Magnesium: Biochemistry, nutrition, detection, and social impact of diseases linked to its deficiency', *Nutrients*, 13(4). doi: 10.3390/nu13041136.
- Halfon, N., Larson, K. and Slusser, W. (2013) 'Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of us children aged 10 to 17', *Academic Pediatrics*. Elsevier Ltd, 13(1), pp. 6–13. doi: 10.1016/j.acap.2012.10.007.
- Harjatmo, T. P., Pari, H. M. and Wiyono, S. (2017) *Penilaian status gizi, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2014) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Gizi Seimbang', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 41 ttg Pedoman Gizi Seimbang.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No.41_ttg_Pedoman_Gizi_Seimbang.pdf).
- Kementerian Kesehatan RI (2020) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta, pp. 1–9.
- Koletzko, B. (2008) 'Basic concepts in nutrition: Nutritional needs of children and adolescents', *e-SPEN*, 3(4). doi: 10.1016/j.eclnm.2008.04.007.
- Latif, L. A. *et al.* (2010) *Nutrition Intervention for Children with Special Health Care Needs*. 3rd edn, Washington State Departement of Health. 3rd edn. Edited by Y. Yang, B. Lucas, and S. Feucht. Washington: Washington State Departement of Health. doi: 10.1109/CVPR.2008.4587495.
- Lurz, E. *et al.* (2018) 'Frailty in Children with Liver Disease: A Prospective Multicenter Study', *Journal of Pediatrics*. Elsevier Inc., 194, pp. 109–115.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.10.066.
- Mak, R. H. *et al.* (2012) 'Cachexia and protein-energy wasting in children with chronic kidney disease', *Pediatric Nephrology*, 27(2), pp. 173–181. doi: 10.1007/s00467-011-1765-5.
- Mishra, S. K., Bastola, S. P. and Jha, B. (2009) 'Biochemical nutritional

- indicators in children with protein energy malnutrition attending Kanti Children Hospital, Kathmandu, Nepal', *Kathmandu University Medical Journal*, 7(26), pp. 129–134. doi: 10.3126/kumj.v7i2.2705.
- Mofid, M. (2014) 'Obstructive sleep apnea: The sleeping giant of the childhood obesity epidemic', *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 27(10), pp. 27–30. doi: 10.1097/01.JAA.0000453860.16582.9c.
- Narang, I. and Mathew, J. L. (2012) 'Childhood obesity and obstructive sleep apnea', *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2012. doi: 10.1155/2012/134202.
- Ooi, P. H. *et al.* (2020) 'Pediatric Sarcopenia: A Paradigm in the Overall Definition of Malnutrition in Children?', *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 44(3), pp. 407–418. doi: 10.1002/jpen.1681.
- Podgórska-Bednarz, J. *et al.* (2021) 'Nutritional disorders in a group of children and adolescents with syndromes or diseases involving neurodysfunction', *Nutrients*, 13(6), pp. 1–16. doi: 10.3390/nu13061786.
- Pollock, N. K. (2016) 'Childhood obesity, bone development, and cardiometabolic risk factors', *Mol Cell Endocrinol.*, 15(410), pp. 52–63. doi: 10.1016/j.mce.2015.03.016.Childhood.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia; Defenisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia; Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- Semachew, A. (2018) 'Implementation of nursing process in clinical settings: The case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017', *BMC Research Notes*. BioMed Central, 11(1), pp. 4–8. doi: 10.1186/s13104-018-3275-z.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Torrance, A. (2018) 'Biochemical assessment in undernutrition', *Advanced Nutrition and Dietetics in Nutrition Support*, pp. 65–73. doi: 10.1002/9781118993880.
- UNICEF (2019) *Children, food and nutrition: growing well in a changing world*. Available at:

- <https://www.unicef.org/media/60806/file/SOWC-2019.pdf>.
- Webster-Gandy, J., Madden, A. and Holdsworth, M. (2019) *Gizi dan Dietetika*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- WHO (2003) 'Global Strategy for Infant and Young Child Feeding', *Fifthy-fourth world health assembly*, (1), p. 8.
- Wiskin, A. E. *et al.* (2015) 'How to use: Nutritional assessment in children', *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 100(4), pp. 204–210. doi: 10.1136/archdischild-2014-306516.
- World Health Organization(WHO) (2021a) 'Infant and young child feeding'. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding#:~:text=increase the number of times,mineral supplements as needed%3B and>.
- World Health Organization(WHO) (2021b) *Overweight and Obesitas*, World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Accessed: 9 June 2021).

BAB 13

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN RESIKO TINGGI

Oleh Anis Laela Megasari

13.1 Pendahuluan

Neonatal adalah bayi sebelum usia satu bulan dalam hidup mereka, saat ini anak-anak memiliki resiko tinggi mengalami masalah medis, terutama kematian. Bayi resiko tinggi berdasarkan ukuran berat badan terdiri dari Bayi BBLR yaitu (1) bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi, (2) berat badan lahir rendah sedang yaitu bayi lahir dengan berat badan 1501 sampai 2500 gram, dan (3) berat badan sangat rendah yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari 1500 gram, (4) berat badan lahir sangat rendah sekali yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari 1000 gram (Syaiful et al. 2019). Sekitar 2,5 miliar sebelum satu bulan kehidupan pertama, terdapat 7000 bayi mengalami kematian setiap hari, Umumnya bayi yang meninggal pada minggu pertama setelah kelahiran. Tingkat kematian neonatal paling tinggi adalah di Afrika, yaitu sebanyak 27 untuk setiap 1.000 kelahiran hidup, diikuti oleh negara-negara Asia Selatan dengan laju kematian neonatal 26 untuk setiap 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi baru lahir di Indonesia mencapai 28.158 orang pada tahun 2020. Dari jumlah itu, lebih dari 20.266 balita (71,97%) meninggal dalam rentang usia 0-28 hari (neonatal). Sebanyak 5.386 balita (19,13%) berhasil dalam rentang usia 29 hari-11 bulan (pasca neonatus). Sementara itu, 2.506 balita (8,9%) meninggal dalam rentang usia 12-59 bulan. Sebagian besar atau 35,2% kematian neonatus disebabkan oleh berat badan lahir rendah, akibat asfiksia sekitar 27,4%, kelainan bawaan sekitar 11,4%, kontaminasi sekitar 3,4%, dan lain-lain 22,5% (Tengah 2014).

Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi (AKBa) merupakan salah satu tujuan ketiga dalam *Sustainable Development Goal* (SDGs) yaitu untuk menjamin kehidupan yang sehat dan bekerja pada bantuan pemerintah dari penduduk di segala usia (Djaja and Sulistiyowati 2014). Kematian bayi baru lahir dan balita ditetapkan dapat dicegah pada tahun 2030 dengan sasaran angka kematian neonatus 12/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita menjadi 25/1.000 kelahiran hidup. Karena banyaknya kasus kematian neonatus di masyarakat, diperlukan suatu intervensi agar tidak meningkatkan kematian neonatus sebelum usia satu bulan sepanjang kehidupan sehari-hari. Karena bayi termasuk kelompok usia yang rentan terhadap kondisi medis, (misalnya, hipotermia, sepsis, penyakit kuning, dan sebagainya) dan juga berisiko kematian. Kematian neonatus juga merupakan salah satu tanda obyektif dari *Sustainable Development Goal* (SDGs), yang dikenang untuk tujuan ketiga, yaitu menjamin kehidupan yang kokoh dan bekerja pada bantuan pemerintah dari penduduk di segala usia (Achadi 2019).

Jumlah kematian bayi yang sangat tinggi ini membutuhkan tindakan pencegahan, seperti penghindaran khusus atau perawatan medis untuk anak-anak saat masih di klinik sampai mereka kembali dan sampai mereka berusia satu bulan dalam keberadaan mereka tanpa menghadapi masalah medis. Pekerjaan petugas medis diperlukan sebagai pekerja kesejahteraan, pekerjaan perawat medis dalam asuhan keperawatan meliputi: promotif, preventif, terapeutik dan rehabilitatif. Upaya promosi adalah untuk lebih mengembangkan status/derajat kesehatan yang ideal, jenis gerakannya adalah upaya pelatihan kesehatan tentang cara terbaik untuk menjaga kesehatan. Contoh upaya untuk bayi adalah penyuluhan kesehatan kepada keluarga, khususnya ibu-ibu tentang pembatasan ASI, makanan bayi baru lahir, dan lain-lain.

13.2 Pengertian Bayi Resiko Tinggi

Bayi baru lahir yang berisiko tinggi memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk tertular penyakit atau meninggal dibandingkan bayi lainnya. Istilah "bayi berisiko tinggi" mengacu pada anak yang membutuhkan pemantauan dan perawatan terus-menerus. Secara umum, bayi baru lahir (bayi di bawah usia 28 hari) memiliki risiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh keadaan atau kondisi bayi sebagai akibat dari kehamilan, persalinan, dan penyesuaian diri dengan kehidupan di luar kandungan (Oktarina 2015).

13.3 Klasifikasi Bayi Resiko Tinggi

Klasifikasi bayi resiko tinggi dibedakan berdasarkan 4 macam yaitu (Oxorn and Forte 2010):

13.3.1 Klasifikasi berdasarkan berat badan

Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram (BBLR) yg dikelompokkan sbg berikut :

1. Bayi berat badan lahir amat sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1000 gram.
2. Bayi berat badan lahir sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1500 gram.
3. Bayi berat badan lahir cukup rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan 1501-2500 gram.

13.3.2 Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan

1. Bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan belum mencapai 37 minggu.
2. Bayi cukup bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 38-42 minggu.
3. Bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan > 37 minggu.

13.3.3 Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan dan berat badan

1. Bayi yang lahir dengan retardasi pertumbuhan intrauterin yang beratnya turun di bawah persentil ke-10 pada grafik pertumbuhan intrauterin dikenal sebagai kecil untuk usia kehamilan (KMK).
2. Bayi yang lahir antara persentil ke-10 dan ke-90 pada grafik pertumbuhan intrauterin diklasifikasikan sebagai bayi kecil untuk usia kehamilan (KMK).
3. Bayi besar untuk usia kehamilan (BMK) adalah bayi yang lahir dengan berat badan lebih besar dari persentil ke-90 pada grafik pertumbuhan intrauterin untuk usia kehamilannya.

13.3.4 Klasifikasi berdasarkan masalah patofisiologis

Pada klasifikasi ini yaitu semua neonatus yang lahir disertai masalah patofisiologis atau mengalami gangguan fisiologis.

1. **Hiperbilirubinemia**
Suatu keadaan dimana kadar bilirubin serum total bayi baru lahir lebih besar dari 10 mg/dL pada minggu pertama, mengakibatkan ikterus yang parah.
2. **Asfiksia Neonaturum**
Merupakan kelainan dimana kemampuan bayi baru lahir untuk bernapas secara spontan dan teratur setelah lahir mengalami gangguan, dan sering disertai dengan hipoksia.
3. **Tetanus neonaturum**
Tetanus pada neonatus disebabkan oleh infeksi yang ditularkan melalui tali pusat dan disebabkan oleh bakteri anaerob *Clostridium tetani*, yang tumbuh subur tanpa adanya oksigen.
4. ***Respiratory Distress Sindrom***
Dispnea, bernapas lebih dari 0 kali per menit, sianosis, erangan, dan retraksi suprasternal selama ekspirasi adalah beberapa gejalanya.

13.4 Macam Bayi Resiko Tinggi dan Tindakan Penanganannya

Menurut Nyoman Ribek, dkk. (2018) yang termasuk neonatus resiko tinggi yaitu diantaranya sebagai berikut:

13.4.1 Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Bayi baru lahir yang lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram, tanpa memandang usia kehamilan, dikenal sebagai bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Berat bayi yang diukur satu jam setelah lahir dikenal sebagai berat lahir. Kehamilan prematur, bayi kecil saat hamil, atau kombinasi keduanya menyebabkan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah. Bayi prematur adalah bayi yang lahir sebelum minggu ke-37 kehamilan. Bayi yang lahir prematur belum siap untuk hidup di luar kandungan, sehingga mereka akan mengalami kesulitan bernapas, mengisap, melawan infeksi, dan menghangatkan diri (Pristya, Novitasari, and Hutami 2020).

Patofisiologi BBLR terjadi karena pusat pengatur suhu tubuh masih berkembang, asupan kalori dan cairan di bawah kebutuhan, cadangan energi juga tidak mencukupi, dan jaringan lemak subkutan lebih tipis (kurang isolator), bahaya kehilangan panas dan air lebih besar pada BBLR dan bayi prematur. Suhu ruangan antara 28 dan 32 derajat Celcius, dengan suhu konten 37 derajat Celcius. Karena dinding otot perut masih lemah, otot saluran pencernaan masih lemah, dan berat badan tidak bertambah dalam waktu lama, minum oral mudah kembung. Karena penurunan BB yang begitu mendadak harus dijaga agar tidak sampai di bawah 10%. Asfiksia, Pneumonia Bawaan, Apnea berulang, Hipotermia, Hipoglikemia, Hipokalsemia, dan Hiperbilirubinemia adalah masalah klinis yang umum pada BBLR. Paritas, riwayat kehamilan yang buruk, jarak kelahiran yang terlalu dekat, kelainan akut dan kronis, malnutrisi sebelum dan selama kehamilan, banyak kehamilan, infeksi TORCH, dan kemiskinan merupakan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap BBLR.

Pengkajian pada BBLR sering ditemukan beberapa kondisi berikut: BBL < 2500 gramm, PB < 45 cm, LD < 30 cm, LK

< 35 cm, HR 100-140 X/ mt, Sh neonatus normal 36,5–37,5 °C, Stres dingin 36-36,4°C, hipotermi sedang 32-35,9 dan hipotermi berat < 32 °C, reflek isap dan menelan belum sempurna, cepat dingin banyak tidur walau perut kosong, ukuran kepala lebih besar dibanding badan, rambut tipis dan halus, mata bersih, tampak oedema pada kelopak mata, pupil bereaksi terhadap cahaya. Telinga tak ada kartilago sebelum 36 minggu, kulit dada tipis, gerakan peristaltic kelihatan, pembuluh darah terlihat, hati dan ginjal mudah dipalpasi. Penis dan skrotum kecil, testis tak teraba karena belum turun, pada perempuan labio mayora tak teraba, labio minora dan clitoris tampak menonjol. Pada extremitas kulitnya tak ada lemak, kuku lembek dan belum melewati ujung jari serta garis telapak kaki sedikit daya isap dan menelan serta reflek moro lemah sebelum 32 minggu.

Diagnosa keperawatan pada BBLR diantaranya (PINTHA ULINA DAMANIK 2020):

1. Sianosis, atau banyak sekret di mulut, merupakan faktor risiko aspirasi mobilitas dan peningkatan sekresi.
2. Termoregulasi yang tidak efektif didefinisikan oleh bayi yang cepat dingin, jaringan subkutan tipis, usia kehamilan kurang dari 37 minggu, lingkaran kepala kurang dari 35 cm, dan suhu kurang dari 36,5 °C (hipotermia)
3. Ketidakefektifan pola makan bayi terkait dengan kelesuan yang disebabkan oleh indikator awal refleksi hisap yang lemah, serta banyak tidur meskipun perut kosong
4. Kerentanan terhadap infeksi nosokomial meningkatkan risiko integritas kulit yang terganggu. Kulit yang terlalu tipis merupakan faktor risiko
5. Kerentanan bayi terhadap infeksi mempengaruhi risiko infeksi.

Rencana tindakan Keperawatan BBLR yaitu:

1. DX 1. Tujuan: Tidak terjadi aspirasi dengan kriteria : mulut bersih, tidak cyanosis, RR–35- 45X/mt. Tindakannya bersihkan jalan nafas, monitor respirasi, mengisap slym
2. DX 2. Tujuan : Suhu tubuh bayi normal dengan kriteria: Sh 36,5–37,5°C, akral hangat, tidak menggigil. Tindakan: rawat bayi dalam incubator, bayi dalam dekapan ibu

dalam posisi tegak dengan kepala miring ke kiri atau ke kanan, observasi suhu tubuh bila $< 36,5^{\circ}\text{C}$ disebut hipotermi, $36-36,4$ disebut stress dingin, hipotermi sedang $32-35,9$ dan hipotermi berat $< 32^{\circ}\text{C}$, gunakan topi (tutup kepala), segera keringkan bila bayi basah, observasi kaki dan tangan kemungkinan dingin

3. Dx.3. Tujuan : Dari hari pertama sampai hari ketiga pemberian makanan parenteral, infus Dekstrosa 10% diberikan. Setelah hari ketiga diberikan minuman campuran yang mengandung 100 cc Dekstrosa 10%, 2 CC KCl, 2 CC NaCl, dan 3 CC Ca Glukosa. 530 CC biasanya dihitung dengan mengalikan 5 kali. Asam Amino B. Nutrisi disediakan untuk nutrisi. Jika kondisi pasien kritis, cairan diberikan dengan kecepatan 60 CC/Kg/BB/hari. Jika pada hari pertama tidak merasa tertekan, akan diberikan 70 CC/Kg/BB/hari. Nutrisi oral dimulai jika situasi membaik, dan ketika 50% dari kebutuhan cairan tercapai, nutrisi oral + 10% Parenteral Dextrose sudah cukup. Menghitung kebutuhan nutrisi, jika bayi mengalami distress maka diberikan 60 CC/Kg/BB/per hari dan jika membaik diberikan 70 CC/Kg/BB/per hari untuk hari pertama dan hari selanjutnya ditambah 10 CC/BB/per hari.

Makanan dengan cara enteral (NGT) dilakukan bila daya hisap belum baik. Dan BBLR kurang bulan, awasi terjadinya refleks regurgitasi, aspirasi lambung perut kembung dan ileus. Jenis makanan yang dianjurkan adalah ASI, berikan ASI dengan memakai sendok atau alat tetes/pipet. Yang sudah mampu mengisap waktu menyusui diberikan setiap 1-2 jam selama 2-3 menit. Dan bayi dalam kondisi hangat. Bila ASI tak memungkinkan berilah susu formula khusus BBLR yang diberikan sampai BB 2000 gram. Susu formula yang diberikan biasanya Prenant atau SGM BBLR. Bila BBLR tak bisa memberi ASI pada bayinya sendiri, hanya boleh diberi oleh ibu yang juga melahirkan BBLR. Observasi BBLR kurang bulan lebih diperhatikan karena lebih sulit menerima makanan dari BBLR KMK. Pemberian Vit C sangat dianjurkan.

4. DX. 4 Tujuannya adalah untuk menjaga integritas kulit sambil mematuhi kriteria kulit yang tidak menyebabkan iritasi dan bebas eritema. Tindakannya adalah mengganti popok basah, memakai pakaian yang lembut dan mudah menyerap keringat, mengobrol dengan lipatan, dan mencucinya dengan air kapas hangat. Tali pusar dibersihkan dengan air sabun dan dibungkus dengan kain kasa kering jika tidak putus.
5. DX.5. Tujuannya bayi terhindar penyakit infeksi dengan kriteria tidak panas, tidak meradang Tindakannya bayi dirawat sesuai kelompok kondisi bayi, imunisasi diberikan bila usia kehamilan mencapai 37 minggu dan imunisasi yang diberi BCG, Hep B1 dan Polio 1.

13.4.2 Asfiksia Neonatorum

Pengertian. Asfiksia neonatorum terjadi ketika neonatus tidak dapat bernapas secara spontan, sering, atau tepat segera setelah lahir. Kondisi ini biasanya disertai dengan hipoksia dan hiperkapnia, dan sering menyebabkan asidosis. Jika bayi tidak ditangani dengan benar, asfiksia akan semakin parah (Wulandari 2017).

Patofisiologi. Asfiksia disebabkan oleh setiap situasi yang mengakibatkan pertukaran gas yang tidak mencukupi atau transportasi O₂ yang buruk dari ibu ke janin selama kehamilan, persalinan, atau segera setelah lahir, yang mengakibatkan kekurangan O₂ dalam darah (hipoksia) dan akumulasi CO₂ di dalam darah (hiperkapnia). Terdapat hipoglikemia dan asidosis respiratorik dan metabolik.

Data subyektif dan obyektif. Pernapasan kuping hidung, pernapasan cepat, nadi cepat, cyanosis dan nilai apgar kurang dari 6. Untuk menentukan tingkat asfiksia dapat dipakai penilaian apgar. Apabila nilai apgar: 10 bayi sangat normal tetapi jarang. 7-9 Asfiksia ringan dan bayi normal, 4-6: Asfiksia sedang, 0 -3: Asfiksia berat. dan bila nilai dibawah 7 perlu tindakan

Diagnosa keperawatan:

1. Intoleransi aktivitas bd ketidak-cukupan oksigen jaringan
2. Resiko terhadap infeksi bd kerentanan bayi
3. Resiko terhadap kerusakan integritas kulit bd kerentanan infeksi nosokomial.
4. Ketidakefektifan Pola Napas (Sari 2017)

Rencana tindakan keperawatan. Intervensi harus cepat, efektif, dan tepat waktu. Jika bayi bernafas kurang dari 20 kali per menit, terengah-engah, atau tidak bernafas spontan, dan denyut jantung masih kurang dari 100 denyut per menit, lakukan resusitasi dengan masker atau balon, beri oksigen jika perlu. Jika apnea hadir, natrium bikarbonat sering diresepkan. Jika asfiksia berat terjadi, antibiotik diberikan.

13.4.3 Hiperbilirubinemia atau Ikterus Neonatorum

Pengertian. Peningkatan kadar bilirubin tidak langsung pada bayi dikenal sebagai ikterus neonatorum (hiperbilirubinemia neonatus). Warna kulit, konjungtiva, dan mukosa menjadi kuning ketika kadar bilirubin meningkat. Jika ikterus muncul karena metabolisme normal bilirubin pada neonatus selama minggu pertama kehidupan, hal itu disebut fisiologis. Peningkatan kadar bilirubin dimulai pada hari kedua dan ketiga, memuncak pada hari kelima dan keenam, dan selanjutnya menurun pada hari kesepuluh dan keempat belas.

Kadar bilirubin pada neonatus cukup bulan kurang dari 10 mg/dl, sedangkan pada bayi prematur kurang dari 12 mg/dl. Peningkatan kadar bilirubin pada hari ketiga sebesar 0,2 mg/dl/jam, sedangkan peningkatan pada hari keempat dan kelima sebesar 0,2 mg/dl/jam. Ikterus yang cenderung menjadi patologik (Hiperbilirubinemia) adalah: Ikterus terjadi 24 jam pertama setelah kelahiran, peningkatan kadar bilirubin 5 mg/dl atau lebih tiap 24 jam, Ikterus disertai BL < 2000 grm, masa gestasi < 36 mg, Ikterus klinis menetap setelah usia > 8 hari. Kernicterus adalah ensefalopati bilirubin yang biasa ditemukan pada neonatus cukup bulan dengan ikterus berat. Bilirubin indirek lebih dari 20mg% dan disertai penyakit hemolitik berat.

Patofisiologi. Secara fisiologis, volume darah bayi lebih besar, sedangkan usia eritrosit lebih pendek, sehingga terjadi pemecahan eritrosit dan peningkatan produksi bilirubin sebesar 70-80 mg persen. Bilirubin diproduksi oleh eritrosit yang telah rusak. Ketika bilirubin berikatan dengan albumin dan diangkut ke hati, mekanisme konjugasi di mikrosom hati gagal. Sintesis sterkobilin tidak terjadi pada neonatus karena usus mereka bersih dari mikroorganisme. Sebaliknya, usus bayi mengandung sejumlah besar beta glukuronida, yang menghidrolisis bilirubin gluikoronida menjadi bilirubin tidak langsung dan diserap kembali ke dalam aliran darah melalui sirkulasi enterohepatik.

Data subyektif dan obyektif. Selaput lendir dan kulit tampak kering. Mengenai matahari, Anda telah membuat beberapa pengamatan yang sangat baik. Bila kadar bilirubin lebih besar dari 6 mg/dl, BBL tampak kuning. Mata berputar, lesu, kejang-kejang, tidak mau mengisap, lesu minum, leher kaku, semuanya merupakan indikasi penyakit kuning (kerusakan otak akibat pelekatan bilirubin tidak langsung ke otak). Ketulian, kesulitan berbicara, dan gangguan mental dapat terjadi jika kondisinya parah. Kotoran mungkin berwarna acholic, dan urin mungkin berwarna kuning tua. Bilirubin serum meningkat, Hematokrit mungkin turun, kultur darah mungkin positif (+), dan Bilirubin > 15. Metode Kramer untuk menentukan bilirubin adalah sebagai berikut: Kepala: 4-8 mg/dl, Leher-pusar: 5 mg/dl, Perut: 8-6 mg/dl, Lengan-paha: 11-18 mg/dl, Tangan-kaki: > 15 mg/dl

Diagnosa keperawatan:

1. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekresi bilirubin, efek fototerapi. Faktor resikonya: Bilirubin tinggi lebih dari 5 ml/dl/ 24 jam, kulit kuning hari pertama lahir, atau menetap pada lebih hari ke-8
2. Resiko kerusakan jaringan kornea berhubungan dengan pemanjangan lampu fototherapy. Faktor resiko: sclera kuning

3. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang ditandai minum menurun, kondisi lemah dan lethargi.

Tindakan keperawatan

1. DX 1. Tujuan: Untuk menjaga integritas kulit, harus bebas dari ikterus, kemerahan, dan eritema. Tindakannya adalah memantau perubahan pada kulit, mengubah posisi setiap 4 jam, dan menjaga kebersihan lingkungan; pasien telanjang bulat, jarak antara bayi dan lampu 40 cm, lama terapi cahaya 24 jam terus menerus, kemudian istirahat hanya saat minum. Prosedur ini kemudian dapat diulang pada dosis kedua. Fototerapi diberikan berdasarkan temuan tes laboratorium
2. DX2. Tujuannya integritas jaringan kornea utuh dengan criteria tajam penglihatan normal dan mata bebas melihat. Tindakannya tutup daerah mata dengan penutup khusus supaya tidak tembus cahaya. Penutupan mata dilepas pada saat pemberian minum
3. DX3. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sekaligus menghindari penurunan berat badan lebih dari 10% dan muntah. Tindakan yang dilakukan adalah dengan memberikan minum secara oral menggunakan sonde atau NGT, dan menimbang berat badan setiap hari. Untuk menghindari dehidrasi, sangat penting untuk merencanakan pemberian cairan tambahan. Diare akan lebih jarang terjadi jika Anda memberi anak Anda susu dengan kadar laktosa rendah.

13.4.4 Sepsis Neonatorum

Pengertian. Sepsis neonatal adalah syndrome klinis yang ditandai dengan infeksi sistemik dan diikuti bacteremia pada bayi berumur < 1 bulan.

Patofisiologi. Mikroorganisme atau kuman infeksius dapat menginfeksi bayi baru lahir dengan berbagai cara: a) Selama kehamilan dan sebelum kelahiran. Kuman dari ibu masuk ke dalam tubuh bayi melalui peredaran darah janin setelah melewati plasenta dan umbilikus. Virus rubella, herpes,

cytomegalovirus, hepatitis, influenza, dan parotitis adalah contoh mikroorganisme yang dapat mencapai plasenta. Malaria, sifilis, dan toxoplasma adalah beberapa kuman yang dapat menginfeksi jalur ini. G0 Selama tahap intranatal, kuman dari vagina dan serviks naik ke korion dan amnion, kemudian masuk ke tubuh bayi melalui umbilikus. Cara lain saat persalinan cairan amnion yang sudah terinfeksi dapat terinhalasi oleh bayi dan masuk ke traktus digestivus dan traktus respiratorius kemudian terjadilah infeksi. Sumber infeksi lain adalah manipulasi fetus, perdarahan pada ibu dan forsep tinggi, sehingga masuk melalui kulit bayi.

Data subyektif dan obyektif. . Secara umum, bayi tampak tidak sehat, menolak minum, mengalami lonjakan atau penurunan suhu tubuh, dan mengalami skleredema (jaringan yang mengeras). Muntah, diare, dan perut kembung adalah contoh masalah pencernaan. Dispnea, takipnea, dan sianosis diamati saat bernafas. Hematologi terdeteksi ikterus, petekie, dan leukosit 5000 mm². Kardiovaskular ditemukan takikardia, edema, dan dehidrasi, dan hematologi diidentifikasi ikterus, petechiae, dan dehidrasi. Tes laboratorium mengungkapkan KFD tinggi, dengan usia bayi mulai dari 4 hari hingga 9000 sel darah putih, 4.500 sel PMN, dan 100.000 trombosit. Sel darah putih > 20.000 atau 5000 saat bayi baru lahir berusia > 4 hari. Trombosit > 100.000, sel PMN > 4.500 atau 1400

Diagnosa keperawatan:

1. Resiko terjadi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema dan imobilitas
2. Diare berhubungan dengan iritasi usus akibat organisme yang menginfeksi
3. Resiko cedera berhubungan dengan gerakan tonik/klonik tak terkontrol.

Rencana tindakan Keperawatan.

1. DX.1. Tujuannya integritas kulit utuh dengan kriteria tidak ada eritema dan petichiae. Tindakannya Jaga kebersihan, incubator harus dicuci dengan antiseptik paling sedikit seminggu sekali. Air dalam incubator harus diganti setiap dua hari. Alat perlengkapannya harus disterilkan

2. DX2. Tujuannya tidak terjadi diare dengan kriteria feces tidak encer, warna kulit kuning, frekwensi BAB 1 kali sehari. Tindakannya bayi dirawat di ruang isolasi, kolaborasi dalam pemberian antibiotika, biasanya mendapat kombinasi penisilin G atau ampisilin dengan gentamisin atau metasilin dengan gentamisin, monitor frekwensi BAB
3. DX3. Tujuannya tidak terjadi cedera dengan kriteria bayi tenang, tidak ada kejang. Tindakannya sarankan penunggu yang menderita sakit apapun tidak diperkenankan kontak dengan bayi.

13.4.5 Respirasi Distres Syndrom (RDS)

Pengertian. Dispnea, hiperpnea dengan frekuensi pernapasan lebih dari 60 kali per menit, sianosis, erangan saat ekspirasi, dan anomali otot pernapasan saat inspirasi merupakan indikasi RDS. Kondisi ini ditandai dengan keterlambatan pematangan paru-paru. Insidensinya adalah 60-80 persen pada usia kehamilan kurang dari 28 mg dan 15-30 persen pada usia kehamilan 32-36 mg, menurut usia kehamilan.

Patofisiologi. Pada bayi, kekurangan surfaktan di paru-paru menyebabkan gangguan pernapasan. Obstruksi jalan napas bagian atas, kelainan parenkim paru, pneumotoraks, dan faktor lain dapat menyebabkan insufisiensi ini, mencegah paru-paru melakukan fungsinya. Akibatnya, alveolus mengembang selama inspirasi tetapi kolaps selama ekspirasi, menyebabkan ketidakseimbangan. Janin tidak dapat mempertahankan paru-parunya berkembang tanpa surfaktan; akibatnya, janin menggunakan lebih banyak oksigen untuk menghasilkan energi daripada yang diterimanya, menyebabkan bayi menjadi lelah, menyebabkan hipoperfusi jaringan paru-paru, menyebabkan aliran darah paru menurun dan berkembangnya atelektasis (kolaps paru).

Data subyektif dan obyektif. Bayi umumnya preterm, sering disertai riwayat asfiksia pada waktu lahir atau tanda gawat janin pada akhir kehamilan, tanda dan gejala yang menyertai adalah timbul setelah 6-8 jam setelah lahir,

pernafasan cepat (hiperpnoe) dengan frekwensi pernafasan lebih dari 60 x/menit, ada retraksi intercostals, epigastrium atau suprasternal pada inspirasi, sianosis, mendengkur, ada grunting yaitu terdengar seperti suara rintihan pada saat ekspirasi dan ada takhikardia (170 x/menit), ada napas kuping hidung. Pada foto thorak menunjukkan tampak bayangan seperti awan, analisa gas darah : PO₂ < 50 mmHg, PCO₂ > 60 mmHg, PH : 7,3–7,45, Saturasi O₂ : 92–94 %. Nilai kalium meningkat.

Diagnosa keperawatan:

1. Kerusakan pertukaran gas bd suplai oksigen yang tidak adekuat, penurunan kapasitas paru-paru, aspirasi
2. Tidak efektif pola nafas bd penurunan kapasitas paru-paru
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bd peningkatan metabolisme akibat stress.

Rencana tindakan Keperawatan

1. DX 1. Tujuannya Pertukaran gas dapat dioptimalkan dengan kriteria PO₂ dan PCO₂ dalam batas normal. Tindakannya observasi distress pernapasan seperti pucat, edema tungkai dalam 24 jam, facid otot, nadi > 100 x/menit dan hasil analisa gas darah. Observasi saturasi oksigen sebelum dan sesudah tindakan
2. Dx 2. Tujuannya pola nafas efektif dengan kriteria nafas teratur, suara nafas vesicular, frekwensi nafas 40–50 x/menit. Tindakannya Observasi tanda distress pernafasan seperti takipnue, kuping hidung, grunting, rales dan ronchi. Atur posisi tidur bayi, kepala ekstensi supaya bayi dapat bernafas dengan lega, Longgarkan pakaian bayi
3. Dx.3 Tujuannya bayi tidak mengalami penurunan berat badan lebih dari 20 % dan glucose > 40 mg%. Tindakannya beri nutrisi parenteral, observasi tanda vital.

13.4.6 Tetanus Neonatorum

Pengertian. Tetanus neonatorum adalah penyakit yang menyerang bayi dan anak kecil. Bakteri *clastridium tetani* yang harus disalahkan. Basil ini dapat menghasilkan racun neurotriopic yang menyebabkan ketegangan otot dan kejang dan dapat merusak sel darah merah dan leukosit. Patofisiologi. Pemotongan tali pusat yang tidak steril, perawatan tali pusat yang kotor, dan trauma persalinan dapat membuat Anda terkena *clastridium tetani*, yang menghasilkan racun. Tetanolysin merupakan toksin yang merusak eritrosit dan leukosit, meningkatkan risiko infeksi serta ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Tetanospasmin, racun yang menyebabkan kejang otot, juga ada. Ketika otot laring dan pernapasan kejang, sekresi menumpuk, yang dapat menyebabkan aspirasi, mengganggu pembersihan jalan napas dan menyebabkan pola pernapasan yang buruk. Kejang otot dapat menghasilkan trismus, yang menyebabkan otot leher dan rahang kaku, membatasi asupan nutrisi.

Data subyektif dan obyektif. Terangsang dan sering kejang disertai sianosis, kaku kuduk sampai opistotonus, dinding abdomen kaku mengeras, suhu meningkat, dahi berkerut, alis mata terangkat, sudut mulut tertarik ke bawah atau mulut mencucu seperti mulut ikan, ekstremitas biasanya terulur dan kaku, tiba-tiba bayi sensitif terhadap rangsangan, gelisah dan menangis. Masa tunas biasanya 3-10 hari kadang sampai beberapa minggu. Penyakit ini biasanya terjadi mendadak dan dalam 48 jam penyakit ini menjadi nyata dengan adanya trismus.

Diagnosa Keperawatan:

1. Gangguan pemenuhan oksigen bd spasme otot pernapasan dan laring ditandai asfiksia
2. Resiko terjadi trauma bd kejang
3. Gangguan pemenuhan nutrisi bd bayi tidak menetek dan menelan.

Rencana tindakan keperawatan.

1. Dx1. Tujuannya untuk memenuhi kebutuhan oksigen sekaligus menghindari sesak napas dan sianosis. Pemberian oksigen, pembersihan saluran pernafasan dengan suction agar jalan nafas lancar, kerjasama dalam pemberian ATS dan antikonvulsan, serta membuka atau melonggarkan pakaian bayi adalah semua tindakan.
2. Dx 2. Tujuannya tidak terjadi trauma bila kejang. Tindakannya bila terjadi kejang masukkan tongue spatel atau sendok yang sudah dibungkus ke dalam mulut bayi agar lidah tidak tergigit dan lidah tidak jatuh ke belakang menutupi saluran pernafasan.
3. Dx.3. Tujuannya kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi. Tindakannya Kolaborasi pemberian cairan glucosa, beri ASI menggunakan sonde.

13.4.7 Infeksi Tali Pusat

Pengertian. Infeksi tali pusat adalah infeksi bakteri pada tali pusat yang menyebabkan pembengkakan, nanah di ujung tali pusat, serta kemerahan dan edema di sekitar pangkal tali pusat. menyebabkan sejumlah abses Stafilokokus, streptokokus, atau bakteri lain adalah penyebab infeksi tali pusat ini.

Patofisiologis. Pemotongan tali pusat tidak steril, perawatan tali pusat tidak bersih, pemakaian zat yang tidak bersih atau berbahaya pada tali pusat, tali pusat tertutup. Penyebab infeksi tali pusat terbuka adanya paparan bakteri, sistem kekebalan tubuh yang jauh lebih rendah dari pada bayi normal (Dewi Marlina, 2020).

Data subyektif dan obyektif. ditandai dengan kulit kemerahan dan lembab. Kemerahan dan pembengkakan pada kulit yang meluas lebih dari 1 cm dari tali pusat, tali pusat mengeluarkan pus, tali pusat berbau busuk, kulit di sekitar tali pusat merah dan mengeras, dan distensi abdomen

Diagnosa Keperawatan Infeksi berat pada tali pusat di bawah dan infeksi lokal pada tali pusat

Rencana Tindakan Keperawatan. Curigai infeksi nasokomial jika infeksi terjadi saat bayi baru lahir dirawat di

rumah sakit atau jika lebih dari satu bayi mengalami infeksi tali pusat dari bangsal yang sama selama periode dua hari. Mengobati infeksi kulit jika muncul pustula atau kulit melepuh. Secara terbuka memberikan perawatan umum pada tali pusat

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi Marlina. 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi Tali Pusat Dalam Penerapan Perawatan Tali Pusat Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah*. Karya Tulis Ilmiah <http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/2956/1/Dewi%20Marlina%20Siregar.pdf> (diakses pada tanggal 10 Maret 2022).
- IDAI. 2012. *Buku Ajar Neonatal*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Nyoman Ribek, dkk. 2018. *Aplikasi Perawatan Bayi Risiko Tinggi Berdasarkan Kurikulum Berbasis Kompetensi Program Keperawatan*. Denpasar: Politeknik Kesehatan Denpasar. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/5606/1/buku%20cetak%20Bayi%20Resti%20pdf.pdf> (diakses pada tanggal 10 Maret 2022).
- WHO. 2007. *Buku Saku Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir Panduan Untuk Dokter, Perawat dan Bidan*. Jakarta: Buku kedokteran EGC <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42753/9794488356-ind.pdf?ua=1> (diakses pada tanggal 10 Maret 2022).
- Achadi, Endang L. 2019. "Kematian Maternal Dan Neonatal Di Indonesia." *FKM UI pada Rakernas*.
- Djaja, Sarimawar, and Ning Sulistiyowati. 2014. "Pola Penyebab Kematian Kelompok Bayi Dan Anak Balita, Hasil Sistem Registrasi Kematian Di Indonesia Tahun 2012." *Indonesian Journal of Health Ecology* 13(3): 265–72.
- Oktarina, Mika. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Deepublish.
- Oxorn, Harry, and William R Forte. 2010. *Ilmu Kebidanan: Patologi Dan Fisiologi Persalinan*. Penerbit Andi.
- PINTHA ULINA DAMANIK, P031714401062. 2020. "Asuhan Keperawatan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Pada Bayi Ny. S Diruang Perinatologi RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau."
- Pristya, Terry Y R, Alfira Novitasari, and Mila Syehira Hutami. 2020. "Pencegahan Dan Pengendalian BBLR Di Indonesia:
- Anis Laela Megasari* 209

- Systematic Review.” *Indonesian Journal of Health Development* 2(3): 175–82.
- Sari, Arum Anggita Nofita. 2017. “Asuhan Keperawatan Pada Klien Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Pola Napas Di Ruang Perinatalogi Rumah Sakit Daerah Bangil Pasuruan.”
- Syaiful, Yuanita et al. 2019. *Asuhan Keperawatan Kehamilan*. Jakad Media Publishing.
- Tengah, Poltekkes Kemenkes Jawa. 2014. “Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014.”
- Wulandari, Dwi Ari. 2017. “Asuhan Keperawatan Pada Klien Asfiksia Neonatorum Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Perinatologirumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan.”

BIODATA PENULIS



Suci Fitri Rahayu,Ns.,M.Kep

Dosen tetap pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 09 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan, Profesi Ners dan S2 Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Konsentrasi Gawat Darurat di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2017. Bergabung dan aktif dalam Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) dan Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan. Berbagai artikel penelitian dan pengabdian masyarakat sudah termuat di berbagai jurnal nasional. Berbagai buku ajarnya juga sudah terdaftar di e-HakCipta Kekayaan Intelektual oleh Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual Kementerian Hukum dan HAM RI.

BIODATA PENULIS



Mariani, Ns., M.Kep,

Dosen Keperawatan *Homebase* Profesi Ners Universitas
Muhammadiyah Banjarmasin

Lahir di Puruk cahu tanggal 20 Mei 1989. Penulis telah menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STikes Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2012, dan Magister Keperawatan Konsentrasi Gawat Darurat Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2018. Setelah selesai pendidikan, penulis mendedikasikan diri sebagai Dosen Keperawatan *Homebase* Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Banjarmasin sampai sekarang serta aktif melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) pada Rumpun Ilmu Keperawatan yang telah dipublikasikan secara Nasional dan telah didaftarkan sebagai HKI. Penulis aktif sebagai anggota Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Kalimantan Selatan dan Dewan Pengurus Komisariat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Periode 2019-2024.

BIODATA PENULIS



Esme Anggeriyane, Ns., M. Kep,

Dosen Keperawatan *Homebase* S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Lahir di Buntok tanggal 31 Desember 1990. Penulis telah menyelesaikan studi Diploma Tiga Keperawatan di STikes Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2011, S1 Keperawatan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2017 dan Magister Keperawatan Konsentrasi Gawat Darurat Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2019. Setelah selesai pendidikan, penulis mendedikasikan diri sebagai Dosen Keperawatan *Homebase* S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin sampai sekarang serta aktif melaksanakan Caturdharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) pada Rumpun Ilmu Keperawatan Anak dan Gerontik. Beberapa Karya Ilmiah yang telah didaftarkan di e-HakCipta Kekayaan Intelektual oleh Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual Kementerian Hukum dan HAM RI. Penulis aktif sebagai Dewan Pengurus Komisariat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Periode 2019-2024 dan Sekretaris Umum Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) Provinsi Kalimantan Selatan Periode 2022-2027.

BIODATA PENULIS



Sutrisari Sabrina Nainggolan, S.Kep, Ns, M.Kes, M.Kep.
Staf Dosen Pendidikan Profesi Ners

Penulis lahir di Palembang tanggal 24 Maret 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners pada Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, kemudian menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, dan pada tahun 2016 melanjutkan S2 pada Magister Keperawatan di Universitas Andalas. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Keperawatan Dasar, Keperawatan Maternitas, dan Metodologi Penelitian. Untuk meningkatkan keilmuan, penulis aktif mengikuti kegiatan pelatihan dan seminar ilmiah keperawatan pada tingkat nasional dan internasional. Selain itu, penulis juga aktif menjadi anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), pengurus DPK PPNI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, pengurus AIPNI Regional IV sebagai anggota bidang kerjasama dalam dan luar negeri, serta aktif sebagai anggota bidang kesejahteraan pada Himpunan Perawat Manajer Indonesia Provinsi Sumatera Selatan.

BIODATA PENULIS



Ns. Nur Hijrah Tiala, S.Kep., M.Kep

Dosen Keperawatan Program Studi Keperawatan di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis lahir di Enrekang tanggal 30 Juni 1993. Penulis menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan tahun 2015 dan profesi Ners tahun 2016 di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Kemudian tahun 2017 melanjutkan pendidikan Magister dengan bidang ilmu yang sama yaitu Keperawatan (Konsentrasi Anak) di Universitas Gadjah Mada dan selesai pada tahun 2019. Saat ini penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Keperawatan di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar.

BIODATA PENULIS



Sulistyani Prabu Aji, M.Kes

Staf Peneliti Pusat Kedokteran tropis UGM

Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis merupakan lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa Beasiswa ikatan Dinas S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan Sebagai pembicara maupun Moderator. Penulis adalah Pendiri sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi komplementer.

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : prabuajisulistyani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Qoriah Nur

Staf Dosen Jurusan Keperawatan

Penulis lahir di Jakarta tanggal 24 Oktober 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma IV Keperawatan, Politeknik Kesehatan (Poltekkes) Kementerian Kesehatan Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners pada Jurusan Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan, bidang Keperawatan Anak Universitas Indonesia Depok.

BIODATA PENULIS



Ns. Yofa Anggriani Utama, S.Kep, M.Kes, M.Kep

Dosen pengajar Program Studi Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang

Penulis merupakan dosen pengajar Program Studi Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang, Jenjang pendidikan akademik pertama kali menempuh Sekolah Perawat Kesehatan Pemda TK II Lahat tahun 2002, melanjutkan Studi Sarjana keperawatan sekaligus profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Tahun 2007, Pada tahun 2012 penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat, Karena ketertarikan penulis dengan dunia keperawatan sehingga pada tahun 2016 Melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang. Penulis mengawali karir sebagai dosen pada tahun 2008 hingga sekarang.

Email : yofaanggriani@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



Ito Wardin, S. Kep., Ns., M. Kep

Ketua Prodi Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan UMC

Penulis lahir di Desa Lamonae Kabupaten Konawe Utara Sulawesi Tenggara Pada Tahun 1993. Penulis saat ini sebagai Dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan UMC. Penulis merupakan lulusan S1 Keperawatan di Universitas Mandala Waluya Kendari tahun 2016, kemudian melanjutkan Pendidikan profesi Ners tahun 2016 dan melanjutkan S2 Keperawatan Anak di Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2020. Penulis juga sempat menjabat ketua umum HMPK- FKKMK Gadjah Mada tahun 2018. Penulis juga saat ini menjabat sebagai Ketua Prodi Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan UMC. Selanjutnya penulis sering melakukan penelitian nasional tentang Anak dengan kanker. Aktivitas keseharian penulis sering mengikuti kajian keislaman, politik, perkembangan Kemuhammadiyah dan sebagai kader Muhammadiyah.

Email Penulis: itowardin1993@gmail.com

BIODATA PENULIS

Yuniske Penyami, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang Program Studi DIII
Keperawatan Pekalongan

Lahir di Poso pada 24 Oktober 1990. Penulis berhasil menyelesaikan program Magister Ilmu Keperawatan pada tahun 2019 di Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Sarjana Keperawatan dan Ners diselesaikan penulis di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta tahun 2015. Saat ini penulis menjalankan profesinya sebagai tenaga pengajar atau dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang Program Studi DIII Keperawatan Pekalongan sejak tahun 2021.

BIODATA PENULIS



Wa Nuliana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Poltekkes Kemenkes Maluku Prodi Keperawatan Masohi

Lahir di kabupaten terpencil Indonesia Timur tepatnya di Lesane, kabupaten Maluku Tengah pada tanggal 11 Maret 1984. Penulis menyelesaikan sarjana keperawatan pada tahun 2005 dan profesi ners tahun 2006 di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA Makassar. Kemudian mengambil pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan keperawatan anak pada Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019. Saat ini penulis berkerja di intitusi pendidikan kesehatan di Maluku yakni Program Studi Keperawatan Masohi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku, sejak tahun 2009 hingga sekarang. Ketertarikan dalam menulis keperawatan anak karena sesuai denagn minat dan pekerjaan yang dijalani. Selain sebagai pendidik, penulis juga aktif dalam menjalan tridarma perguruan tinggi lainnya seperti penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email penulis: nulianamajid@gmail.com

BIODATA PENULIS



Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep

Dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi
Universitas Sebelas Maret (UNS)

Lahir di Kabupaten Semarang 03 Maret 1994. Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Diploma III sampai Program Magister di Poltekkes Kemenkes Semarang. Pada tahun 2017 pernah berkesempatan mengikuti *short course* di Mahidol University dan mengikuti magang di Siriraj Hospital, Thailand. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Sebelas Maret (UNS). Buku yang pernah dihasilkan diantaranya asuhan kebidanan neonatus, bayi, dan balita; mental health; penelitian keperawatan; gizi reproduksi; genetika; dan *discharge planning*. Penulis dapat dihubungi melalui email anislaela333@gmail.com